



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
แบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และ เวธกา กลิ่นวิจิต

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560
มหาวิทยาลัยบูรพา

เงินอุดหนุนรัฐบาล ม.บูรพา
(เพิ่มเติมครั้งที่ 2)
สัญญาเลขที่ 15/2560

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
แบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และ เวธกา กลิ่นวิจิต
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 15/2560 โครงการวิจัย เรื่อง “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทยในภาคตะวันออก” ซึ่งเป็นโครงการวิจัยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ที่มุ่งพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน ในด้านการส่งเสริมการตลาดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2555-2559) ในยุทธศาสตร์การวิจัยที่ 1 การสร้างศักยภาพและความสามารถในการพัฒนาทางสังคม แผนงานวิจัยเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและการสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพอนามัย ในรายประเด็น ข้อ 10 สังคมผู้สูงวัย และนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แกลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ วันศุกร์ที่ 12 กันยายน 2557 เรื่อง การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ดำเนินโครงการวิจัย โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี จันทบุรี และสระแก้ว ที่ให้ความอนุเคราะห์ประสานความร่วมมือกับชุมชนในพื้นที่เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ศาสตราจารย์เสาวคนธ์ ที่ปรึกษาคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และรองศาสตราจารย์สมจิต พุกกะธิตานนท์ ประธานราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน ที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำวิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตร ธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2561

Acknowledgement

This work was financially supported by the Research Grant of Burapha University through National Research Council of Thailand (Grant No.15/2560). The research project title is “Participation action research of the community on sufficiency health and quality of life in elderly, the eastern region of Thailand. This research is in line with the strategy of national development under the 11th National Economic and Social Development Plan (2012-2016) on the second strategic issue that aims to develop people into a sustainable lifelong learning society. In promoting holistic health risk reduction and in line with National Research Policy and Strategy No. 8 (2012-2016) in the first research strategy, capacity building and capacity for social development Research on self-reliance on health and health security in issue number 10 Aging society. And the policy of the Cabinet. Gen Prayut Chunyacha, the Prime Minister, announces to the National Legislative Assembly on Friday, September 12, 2557, on enhancing the quality of public health and public health services. Faculty of Medicine Burapha university conducted this research project in which supported by local government organizations and agencies under the Ministry of Health such as Chonburi, Chanthaburi and Sa Kaeo, who cooperated with the communities in the area to be a sample in the study. Thank you for this opportunity and thank you Professor Emeritus Dr. Sastree Saowakon, M.D., Dean's Advisor Faculty of Medicine Burapha university And Associate Professor Somjit Phruksaritanon, M.D., President of the Royal College of Family and Community Medicine as a consultant and expert in quality inspection of this research.

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

Especially respectfully commemorate of the Philistines to lecture and give knowledges to the researchers. We will seek out as a role model to our children and future generations. The success of this research study was giving as a substitute for your grace, and, thank you very much.

The researchers

August, 2018

“การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก”

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และ เวธกา กลิ่นวิจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกและพัฒนาคูณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยบนพื้นฐานแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพปัญหา กลุ่มตัวอย่าง 384 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 50 คน จากประชากรผู้สูงอายุ 4,143,750 คน และกลุ่มผู้ดูแล 334 คน จากประชากร จำนวน 14,142,060 คน พื้นที่ภาคตะวันออกใน 3 จังหวัด คือ ชลบุรี จันทบุรีและสระแก้ว เครื่องมือ กลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) และ 2) แบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแล ใช้แบบประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 3) แบบประเมินความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงวัย โดยการสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ อภิปรายร่วมกันเพื่อหาแนวทางและรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ โดยการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มผู้สูงอายุ ระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดี ร้อยละ 44 ด้านร่างกาย จิตใจ และ สัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54, 56 และ 54 ตามลำดับ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 76 ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ค่อนข้างเหมาะสม แต่ยังมีปัญหาด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสม

2. กลุ่มผู้ดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.69$) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.39) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 70.03) และ ข้อเสื่อม เก่าตี รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 55.17) การประเมินความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.31/10)

3. รูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้แนวคิดของภาพ “บ้าน” ที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวและนำทาง คือ หลักปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ที่เปรียบเสมือนหน้าจั่วของบ้าน และตัวบ้าน คือ ฐานของความรู้ คู่คุณธรรม โดยผู้สูงอายุเปรียบเสมือนผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน ที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่แวดล้อมด้วยสังคมและสิ่งแวดล้อม

4. ผลการประเมินการใช้รูปแบบ พบว่า ในภาพรวม ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.62$, $SD=0.70/\bar{X}=4.55$, $SD=0.64$)

สรุป การสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงกรอบแนวคิดของบ้านอันอบอุ่นเพื่อสร้างสังคมผู้สูงวัยให้มีความรัก การแบ่งปันและความเอื้อเพื่อเอื้ออารีต่อกันเปรียบเสมือนเพื่อนบ้านที่ดี ที่มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมและชุมชนร่วมกัน

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต สุขภาพพอเพียง วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ

**Participation Action Research of the Community on
Sufficiency health and quality of life in elderly,
The eastern region of Thailand**

Pisit Piriyaapun, MD. And Wethaka Klinwichit, Ph.D.

Abstract

The purposes of this research were to evaluate quality of life, Self-care potential of the elderly in the eastern region of Thailand, And develop sufficiency health and quality of life in elderly model under the Sufficiency economy philosophy and community participation. Participation Action Research were used in 3 phases; First phase, Situation and problem evaluation consisted of 384 samples that divided into 2 groups (50 elders and from 4,143,750 elder population and 334 caregivers from 14,142,060 population) in 3 provinces of the eastern region of Thailand such as Chonburi, Chantaburi and Sa kaeo. Instruments for the elderly group were 1) The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) –BREF 2) Self-care Assessment of elderly, The caregivers group used Self-care potential of elderly care assessment consisted of 1) Perception of elderly health status 2) perception of elderly health problems 3) Self-assessment of elderly care. Reliability of these instruments were 0.93 and 0.87. Statistics were frequency, percentage, mean and standard deviation.

It was found that;

1. Elderly: Quality of life of the elderly was at the moderate level (44%), Physical health, Psychological and Social relationships domain were at moderate level in 54%, 56% and 54% ordinary. Environment domain was in good level (76%). Self-Care Potential of the Elderly quite reasonable, but there are also nutritional problems and exercise was not appropriate.
2. Caregivers: Perceived health status of the elderly was at a moderate level ($\bar{X} = 3.18$, $SD = 0.69$). The health problems of the elderly were found to be hypertension (76.39%), Diabetes mellitus (70.03%) and rheumatoid arthritis pain (55.17%). The self-care assessment of the caregivers was moderate. (Average score 6.31 / 10)
3. Development of quality of life for the elderly used the idea of a "home" that is anchored and guided by the philosophy of the Sufficiency Economy philosophy of the King Rama IX, as the gable of the house and the home is the base of knowledge of moral merit.

The elderly are living in a home that is composed of the body, mind and spirit that surrounds society and the environment.

4. The elderly and caregivers had the same opinion of using the quality of life sufficiency model ,the scores were in the highest level (Elderly $\bar{X} = 4.62$, SD = 0.70 / Caregivers $\bar{X} = 4.55$, SD = 0.64).

Summarize, the creation and development of the quality of life for the elderly consider the concept of a warm home to create an older society with love, sharing and caring to be a good neighbor to develop the quality of life of society and community together.

Keywords: quality of life, sufficient health, participation action research, elderly

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
Acknowledgement.....	ข
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช

บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	3
	ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	3
	กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย.....	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
	ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
	ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย.....	8
	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	8
	แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงบูรณาการกับการดูแลสุขภาพ.....	9
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	11
	แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	11
	แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความมีส่วนร่วม.....	12
	ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....21
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....21
	ขั้นตอนการวิจัย..... 22
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....25
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....25
	จริยธรรมในการวิจัย..... 25
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 26
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 26
4	ผลการศึกษาวิจัย.....27
	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 28
	ผลการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผลการประเมินศักยภาพ
	ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....33
	ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิก
	ในครอบครัวหรือแกนนำสุขภาพในชุมชน.....46
	ผลการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแล เพื่อพัฒนารูปแบบ
	แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตพอเพียงตามหลักปรัชญา
	ของเศรษฐกิจพอเพียง.....53
	สรุปรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทย.....56
	ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง
	ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้ดูแล.....57
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....59
	สรุปผลการวิจัย..... 59
	อภิปรายผลการวิจัย..... 64
	ข้อเสนอแนะ..... 71
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 72
	บรรณานุกรม..... 73
	ภาคผนวก..... 78
	ประวัติคณะผู้วิจัย.....99

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือแกนนำในชุมชน จำแนกตามจังหวัดและชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ.....22
2	จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ.....28
3	จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....30
4	ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก จำแนกรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม ตามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF- THAI).....33
5	ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแบบสอบถาม WHOQOL-BREF-THAI.....34
6	ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ.....37
7	ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านบทบาท และความสัมพันธ์ในสังคม.....45
8	การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ...46
9	ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ตามการรับรู้ ของผู้ดูแล.....49
10	ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (ภายในระยะเวลา 1 ปี) ตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....50
11	การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล.....51
12	แสดงความเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน กับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามผลสรุปการสนทนากลุ่ม ระหว่างผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล.....53
13	ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล.....57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยที่มีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น จากสถิติประชากรของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2552 พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 11.8 หรือ 7.5 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะก้าวกระโดด โดยมีผู้สูงอายุมากถึง 14.4 ล้านคน และในปี 2593 ผู้สูงอายุจะล้นเมือง และมีจำนวนมากถึงร้อยละ 27 ของพลเมืองทั้งประเทศ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553) แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุไทยนี้ถือได้ว่าในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย การก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยจำเป็นต้องเร่งพัฒนาการศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษา วิจัย มาสู่การทดลองใช้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรง และรู้ว่าชีวิตมีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงอยู่ที่การช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002) ตามสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 นั้น ได้นำระบบสุขภาพพอเพียง มาใช้ในการพัฒนาสุขภาพไปสู่ความมีสุขภาพะในผู้สูงอายุ จึงน่าจะเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและกว้างขวาง ซึ่งระบบสุขภาพพอเพียง หรือวิถีชีวิตพอเพียง หมายถึง กระบวนการพัฒนาสุขภาพไปสู่สุขภาพะ สุขภาพมีความหมายอย่างกว้าง (พรบ.สุขภาพแห่งชาติ, 2554) หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ในการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง มีแนวคิดพื้นฐานหลัก 2 ประการ คือ แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และ สังคมแห่งสุขภาพะ ที่สุขภาพดีเป็นผลดีจากสังคมดี โดยมีครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ กลุ่มสาขาวิชาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา และหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของชุมชน อันได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้นำแนวคิดดังกล่าว สู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อให้ผู้สูงวัยมีสุขภาพะ โดยมุ่งพัฒนาผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ไปสู่สังคมตามลำดับขั้น จากการศึกษาความรู้และคุณธรรมในการดำเนินชีวิต ให้สามารถพึ่งตนเอง สร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ สู่การรวมกลุ่ม สร้างเครือข่าย การขยายเครือข่าย พัฒนาตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้มีความรู้ ทั้งในเชิงวิชาการสมัยใหม่ และสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และพัฒนาสำนักสาธารณสุข เป็นการพัฒนาจากข้างในสู่ข้างนอก ให้สามารถพึ่งตนเองได้ รวมทั้งการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง ที่มุ่ง

สร้างระบบบริการสุขภาพ ให้มีความพร้อมในทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการสร้างความเป็นธรรมในสังคมตามหลักธรรมาภิบาล เน้นการสร้างและพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง ส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่น และไม่เบียดเบียนธรรมชาติ สู่สังคมสุขภาวะต่อไป

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติตน โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม เน้นการยึดหลักทางสายกลางและการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีองค์ประกอบคือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว และต้องอาศัยเงื่อนไขความรู้และเงื่อนไขคุณธรรม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และเทคโนโลยี (Sufficiency Economy Movement Sub-committee, 2005) ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) และฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้อัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ ควบคู่กับการพัฒนาแบบบูรณาการซึ่งมุ่งการพัฒนาที่สมดุลทั้งด้านตัวคน สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน และเป็นการเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในอนาคตได้ (Office of the National Economic and Social Development Board, 2001; Office of the National Economic and Social Development Board, 2006) จากปรัชญาแนวคิดดังกล่าว ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ ในแผนไว้ว่า "ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม" โดย มุ่งหวังให้ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดี โดยกำหนดให้มีการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงวัยตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง ซึ่งหมายถึง กระบวนการพัฒนาสุขภาพไปสู่สุขภาวะ (พรบ.สุขภาพแห่งชาติ, 2554) อันหมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ในการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง มีแนวคิดพื้นฐานหลัก 2 ประการ คือ แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และ สังคมแห่งสุขภาวะ ที่สุขภาพดีเป็นผลดีจากสังคมดี โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน จากการบูรณาการแนวคิดสุขภาพกับแนวคิดของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ยังต้องการการถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติในวิถีชีวิตของชุมชนเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสังคมไทยโดยยึดหลักพอเพียงโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในสังคมผู้สูงวัย

ปัจจุบัน สังคมไทยให้ความสนใจต่อประชากรผู้สูงอายุอย่างจริงจังขึ้น เพราะเป็นพลังที่อาจนำมา ซึ่งการสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคม จากความรู้ ความชำนาญที่มีอยู่มาก และหลากหลายที่ หาไม่ได้ในกลุ่มอายุอื่น การพัฒนาศักยภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยเป็นสิ่งสำคัญ ดังจะเห็นได้จากนโยบายของรัฐบาลหลายยุคสมัย ที่ยังคงเน้นประเด็นเร่งด่วนในการพัฒนาสู่สังคมผู้สูงวัย (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2554) การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ไว้แล้วอย่างเป็นทางการ เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า กำลังเผชิญหน้ากับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ อย่างรวดเร็ว การประมาณการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยองค์การสหประชาชาติระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2593 แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2523 ร้อยละการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 47 ในปี พ.ศ.

2533 และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 770 ในปี พ.ศ. 2593 (ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตตี มิลินทางกูร, 2551) ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วน และจะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะในเชิงรุก และมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนี้ ยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับ การสาธารณสุขมูลฐาน การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาระบบบริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กันไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) การนำระบบสุขภาพพอเพียงและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ มาเป็นกรอบในการพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวจะได้ตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความสำคัญต่อครอบครัว และสังคม การพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงและการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทย เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังโรคในผู้สูงอายุไทย โดยนำ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการผสมผสานการค้นหาคำจริงด้วยการวิจัย (research) การปฏิบัติการ(action) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมนำสู่การเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วม (participation) ซึ่งจะมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ในทุกขั้นตอน เริ่มจากตัวของผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในชุมชน เป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาและความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุในชุมชนเอง ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุป กระบวนการต่าง ๆ ในการวิจัยในแต่ละขั้นตอน กระบวนการต่าง ๆ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะค่อย ๆ เรียนรู้ร่วมกันผ่านการร่วมกันวางแผน และกำหนด การดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ ร่วมกับการใช้ภูมิปัญญาและทุนที่มีอยู่สู่การพัฒนาสุขภาพพร้อมการน้อมนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงลงสู่ชุมชนและท้องถิ่นอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพที่ดีและอยู่ได้อย่างพอเพียง

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตพอเพียงของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บนพื้นฐานแนวคิด

เศรษฐกิจพอเพียง และหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขอบเขตของโครงการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

กำหนดขอบเขตในการวิจัยไว้ ดังนี้

- 1.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 2.ปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงบูรณาการกับการดูแลสุขภาพ
- 3.การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

ขอบเขตด้านสถานที่

ชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 4,143,750 คน
2) กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวและแกนนำในชุมชน พื้นที่อาศัยในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 14,142,060 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 คน แล้วแบ่งตามสัดส่วนจำนวนประชากร ตามกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ได้จำนวนกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 87 คน และกลุ่มผู้ดูแล จำนวน 297 คน สุ่มจังหวัดที่ต้องการศึกษา 3 จังหวัด และ ทำการสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัดอย่างง่ายโดยการจับสลาก หลังจากนั้นทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงให้ได้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มารับบริการในโรงพยาบาลอำเภอที่ได้รับการสุ่มเลือก และมีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ตามจำนวนที่กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้

ขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

- ระยะเวลา 1 ปี โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามกรอบแนวคิดของ Bessette (2004) ดังนี้
- ระยะที่ 1 ระยะการวางแผนและวินิจฉัย (Action planning and diagnosis)
 - ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ(Action taking)
 - ระยะที่ 3 ระยะการสรุปประเมินผล (Evaluation)

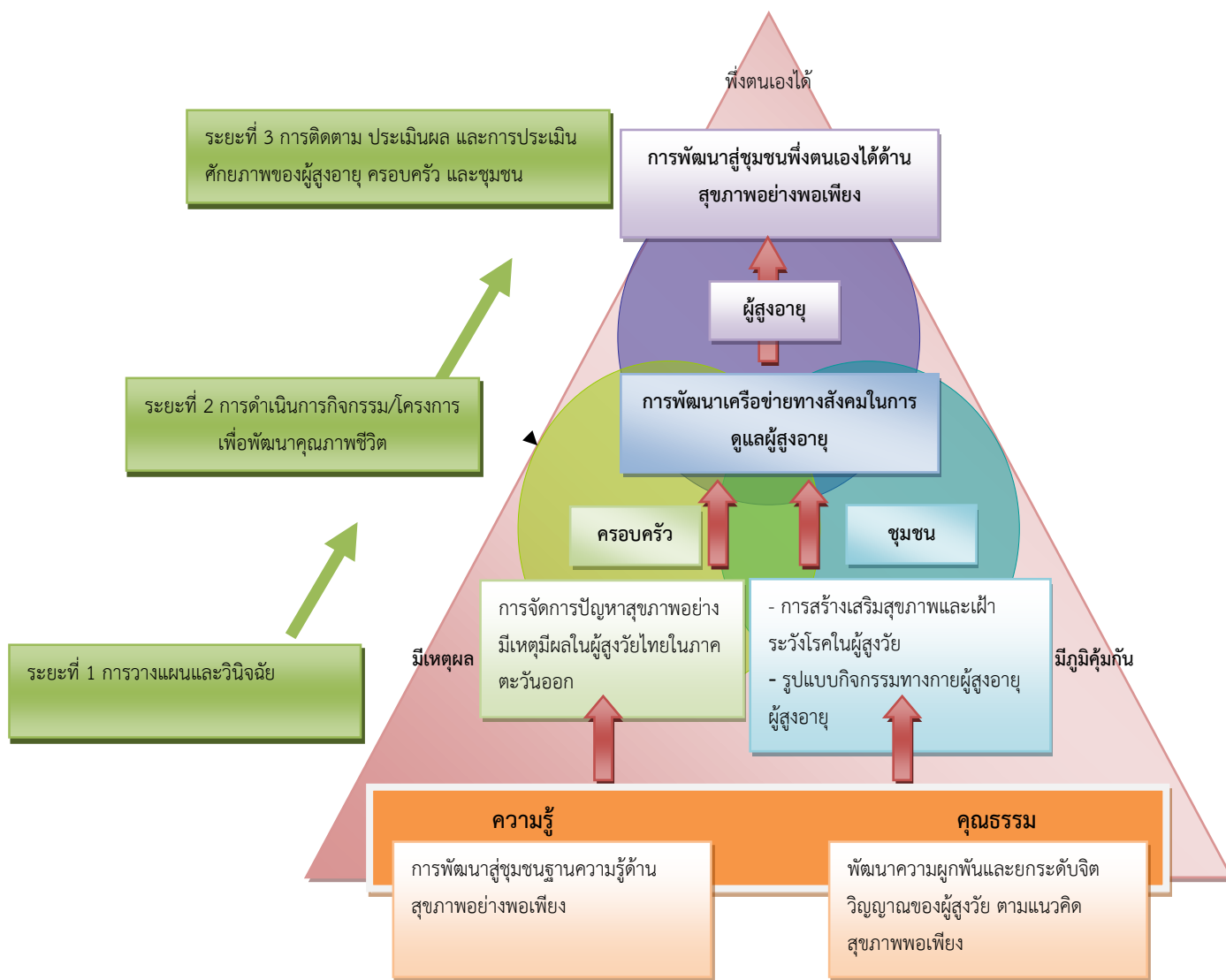
ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

ทฤษฎี แนวคิด หลักการ

- 1.แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในองค์ประกอบการสร้างภูมิคุ้มกัน บูรณาการกับการดูแลสุขภาพ
- 2.การพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 3.การสร้างความร่วมมือมีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และชุมชน
- 4.การสร้างความผูกพัน (engagement)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงสู่การปฏิบัติจริงในชุมชนภาคตะวันออกเฉียง
2. เป็นการศักยภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน สู่สังคมสุขภาวะ เตรียมพร้อมรองรับสังคมผู้สูงวัย
3. เป็นการบูรณาการโดยใช้หลักการแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กับการมีส่วนร่วมมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นการประสานความร่วมมือในรูปแบบของคณะทำงานเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการและการวิจัยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักประสานความร่วมมือ รวมทั้งการสร้างความร่วมมือและเสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ทั้งในส่วนของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่
4. เป็นการสร้างความมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
5. เป็นการพัฒนาความเป็นเลิศในศาสตร์ผู้สูงอายุตามแผนยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ

ผลสำเร็จเบื้องต้น (preliminary results)

1. มีการลงพื้นที่สร้างความมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง ด้านสุขภาพ อันได้แก่การสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การระบุปัญหาสุขภาพ การสร้างระบบการดูแลสุขภาพตนเอง การพัฒนากิจกรรมทางกาย ยกระดับทางจิตใจและจิตวิญญาณ และการแสวงหาวิธีการในการสร้างเครือข่ายร่วมกัน
2. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลตนเองตามแนวคิดสุขภาพพอเพียง
3. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
4. ทราบแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง
5. ทราบปัจจัยที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนสังคมสุขภาวะ ตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ด้านสุขภาพพอเพียง
6. ได้รูปแบบและการพัฒนาการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลสำเร็จกึ่งกลาง (intermediate results)

1. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวที่จะพัฒนาไปสู่การสร้างสังคมสุขภาวะตามแนวคิดสุขภาพพอเพียง
2. ได้รูปแบบและวิธีการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างพอเพียง
3. ได้รูปแบบและวิธีการในการพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อการดูแลตนเองและสามารถแสวงหาความรู้และพึ่งตนเองได้
4. ได้รูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาลตนเอง และการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้การมีส่วนร่วมและการสร้างความผูกพัน ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

ผลสำเร็จตามเป้าประสงค์ (goal results)

- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้นำผลลัพธ์ไปใช้ ได้แก่ ชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานหรือองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุได้รับผลจากการวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้
1. สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 2. สามารถนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงโดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนไปปฏิบัติได้จริง
 3. รูปแบบวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยทั่วไป

4. กลุ่มชุมชนและสมาชิกในชุมชนในภูมิภาคอื่น ๆ สามารถนำการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไปปฏิบัติได้จริง

5. กลุ่มชุมชนและสมาชิกในชุมชนในภูมิภาคอื่น ๆ สามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การจัดการปัญหาสุขภาพอย่างมีเหตุมีผล และการพัฒนาระบบการดูแลตนเองให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือไปขยายผลสู่ภูมิภาคอื่น ๆ ได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เฉพาะที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือน หรือ สมาชิกในชุมชนในพื้นที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ชุมชน หมายถึง ชุมชนเขตพื้นที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ผลการประเมินตามแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การดูแล หมายถึง การส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้รับบริการที่ดี มีสังคมที่ดี และมีชีวิตที่มีความสุขอย่างพอเพียง

สุขภาพแบบพอเพียง หมายถึง การใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาพัฒนาสุขภาพในมิติทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอยู่บนพื้นฐานสภาพความเป็นจริงของชุมชน มีเหตุผลผลตามหลักวิชา และสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้สูงอายุและชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมดำเนินกระบวนการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ และชาวบ้านในชุมชน เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการตามแผน ขั้นสังเกตการณ์ และขั้นสะท้อนผล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงบูรณาการกับการดูแลสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การวัดคุณภาพชีวิต จะประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, 2545)

1.ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมี ผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลก้างในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษา ทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2.ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความ เศร้า หรือ กังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้าน วิทยาศาสตร์ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อ การดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็น ผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศ สัมพันธ์

4.ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการ

ดำเนิน ชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีมุมมองหลายมิติ ได้แก่ มิติความพึงพอใจในชีวิต มิติความภาคภูมิใจ มิติสุขภาพและมิติสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (ศศิธร ธรรมารักษ์, 2539 อ้างถึงวิธีการวัดคุณภาพชีวิตของ George and Bearon. 1980 และ Fillenbaum. 1986) ซึ่งศศิธร ธรรมารักษ์ (2539) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแต่ละด้าน ได้แก่

1. ความพึงพอใจในชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง คือ ผู้ที่คิดว่าตนเองมีฐานะพอกินพอใช้ รู้สึกว่าตนเองสุขภาพดีและยังมีกิจกรรมทางสังคม

2. ความภาคภูมิใจ

ผู้สูงอายุที่มีความภาคภูมิใจในชีวิตสูงคือ การทำกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ มีสุขภาพดี มีรายได้พอ ได้รับการเยี่ยมเยียนจากลูกหลานและญาติพี่น้อง ไม่มีปัญหาสุขภาพ ติดตามข่าวสารเป็นประจำ และได้รับการดูแลจากครอบครัว (ไม่ใช่จากสถานสงเคราะห์)

3. สุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาใคร คือผู้ที่อายุยังน้อย ติดตามข่าวสาร (อ่านหนังสือพิมพ์สม่ำเสมอ) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพและทำกิจกรรมทางสังคมเสมอ

ในมิติด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุนี้ มีผู้ศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ พบว่าผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันคือ การมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้านหรือการได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อความพึงพอใจ การมีคนสนิทสนมชอบพอกันที่สามารถพูดคุยระบายความทุกข์ ปรับทุกข์ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ (ลลิลญา ลอยลม, 2545) และในทางกลับกันผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล จะพึงพอใจในชีวิตต่ำ (สมพร ชัยยุทธ์, 2542) นอกจากนี้ ยังมีผู้พบว่า การที่ผู้สูงอายุยังสามารถดูแลตนเองได้สามารถทำกิจกรรมตามที่ตนเองต้องการได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขด้วย

2.แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงบูรณาการกับการดูแลสุขภาพ

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติตน โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม เน้นการยึดหลักทางสายกลางและการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีองค์ประกอบคือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว และต้องอาศัยเงื่อนไขความรู้และเงื่อนไขคุณธรรม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และเทคโนโลยี (Sufficiency Economy

Movement Sub-committee, 2005) ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) และฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้บัญญัติปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ ควบคู่กับการพัฒนาแบบบูรณาการซึ่งมุ่งการพัฒนาที่สมดุลทั้งด้านตัวคน สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน และเป็นการเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในอนาคตได้ (Office of the National Economic and Social Development Board, 2001; Office of the National Economic and Social Development Board, 2006)

3. การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ จากการประกาศกฎบัตรอตตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติว่า "การส่งเสริมสุขภาพ" หรือ "HEALTH PROMOTION" หมายถึง "กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพที่อันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม" บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาดจิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัย ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลีกเลียงจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ หรือเน้นให้การเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี (กรมอนามัย , 2552) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรอาศัยหลักการเดียวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ดังนี้

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคม มีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบาย ไม่ให้มีการทอดทิ้ง ผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายหมู่บ้านปลอดภัยอุบัติเหตุ นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกัน ชุมชนก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวผู้สูงอายุนั่นเอง ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน และสิ่งที่อยู่อาศัยรอบๆ บ้าน ก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยมีความอบอุ่น มีสุขภาพดี และปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในสังคม ซึ่งสังคมไทยมีข้อดีกว่าประเทศอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน เช่น ให้ความสำคัญเคารพกตเวทิต่อผู้สูงวัยปีประเพณีรดน้ำดำหัว รดน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชน จะต้องมีการรวมตัวกัน หรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด

เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่ม เพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ เช่น การฟันทศน์ฟันทธรรม เป็นต้น

4) พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่างๆ

5) ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุกๆ ด้าน

3.แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem , 1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเป็นการริเริ่มและการกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เป็นการกระทำอย่างจริงจัง มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

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

เพนเดอร์ (Pender , 1982) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

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

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็มมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองดังนี้

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด

2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ

3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค

4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว

5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

Becker , Drachman and Kirscht ได้กล่าวถึงการรับรู้ที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพหรือการป้องกันโรค ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของการรับรู้ 5 ประการคือ (McKenzie and Smelthzer, 1996 :111-112; บังอร ประภาสสุตร, จันทรเพ็ญ ปริยดีและอรนาถ วัฒนวงษ์ , 2542 : 25)

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเน ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี หรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งการที่บุคคลมีความเชื่อวาทนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะส่งผลทำให้เกิดความตระหนักหรือรับรู้วาทปัญหาทางสุขภาพของตนในขณะนี้ เป็นเรื่องที่สำคัญ จึงต้องแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะคุกคามเหล่านั้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเอง ในด้านความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รวมการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรความีมากน้อยเพียงใดซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefit and Costs) หมายถึง ความคิด ความเชื่อที่บุคคลยอมรับว่า การปฏิบัตินั้นเป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรค สามารถควบคุมโรครวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ซึ่งการรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อทำการประเมินเทียบกับค่าใช้จ่าย จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม มีการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง

5.แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความมีส่วนร่วม

การสร้างความมีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และชุมชน และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

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

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

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

สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232) ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเทคนิคการศึกษา และ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนที่เน้นคนในชุมชนสามารถรวมตัวกันในรูปแบบขององค์กรประชาชนที่มีประสิทธิภาพโดยเพิ่มศักยภาพของชุมชนด้วยระบบข้อมูลให้ประชาชนเห็นความสำคัญของข้อมูล เพราะข้อมูลจะช่วยให้คนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และดำเนินการพัฒนาชุมชนต่อไป

สุรียา วีรวงศ์ (2546) กล่าวถึงความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นวิธีวิทยาให้สังคมช่วยกันคิด โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งขยับจากการวิจัยแบบปกติ การทำวิจัยประเภทนี้จะต้องมีความสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งจะเห็นภาพของวิธีการที่เคลื่อนตัวมาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

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

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสำคัญ เท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำ โดยยึดหลักประชาธิปไตย

ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชูชีพ เบียดนอก (2559, หน้า 49-56) ศึกษาวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง: กรณีตำบลบางเตย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ให้เป็นรูปธรรมในระดับครอบครัว และชุมชน และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีชมรมต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนว ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการประยุกต์กระบวนการวิจัยของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research: PAR) พื้นที่ตำบลบางเตย อำเภอสามโคกจังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีองค์ประกอบของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะ 6 องค์ประกอบ แยกเป็นกระบวนการในการเสริมสร้างสุขภาวะ 5 กระบวนการ และเงื่อนไขของความสำเร็จ 1 เงื่อนไข ประกอบด้วย 1) กระบวนการศึกษาสภาวะสุขภาพ 2) กระบวนการวิเคราะห์ศักยภาพและความต้องการ 3) กระบวนการวางแผนปฏิบัติ 4) กระบวนการดำเนินกิจกรรมตามแผนภายใต้เงื่อนไขความรู้และคุณธรรม 5) กระบวนการดำรงความยั่งยืน และ 6) ทำความเข้าใจเงื่อนไขของบริบทที่เกี่ยวข้องข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ ควรกำหนดบทบาทในการดำเนินงานขององค์กรผู้สูงอายุระดับตำบล และระดับหมู่บ้านหรือชมรมให้ชัดเจน เพื่อให้มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เกิดเครือข่ายความร่วมมือที่เหมาะสม และควรวางระบบการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยมีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน

ชัยพล ดิษฐอึ้ง (2558) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพของผู้สูงอายุตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล หนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2558 กลุ่มประชากรเป้าหมายเป็น ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในปีพ.ศ. 2557 จำนวน 21 คน วิธีการวิจัยในการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีศักยภาพตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในด้านของการมีเหตุผล มากที่สุด รองลงมา คือ การพอประมาณ การมีภูมิคุ้มกันที่ดี ตามลำดับ แนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของผู้สูงอายุ 1) ด้านการมีภูมิคุ้มกันที่ดี ได้แก่ การประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียงข่าวสารในการดูแลสุขภาพตนเองการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนโดยสื่อสารผ่านผู้นำชุมชนหรือโรงเรียนในชุมชน 2) การพอประมาณได้แก่การสร้าง ความเข้าใจให้บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวให้เข้าใจธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในความดูแลการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวการจัดกลุ่มอาชีพสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ และการหาแหล่งทุนหรือแหล่งสนับสนุนในเรื่องปัจจัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน 3) การมีเหตุผล ได้แก่ จัดให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้และประสบการณ์เข้ามาร่วมพัฒนาเด็กวัยรุ่นเยาวชนในชุมชนโดยการให้คำแนะนำอบรมสั่งสอนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ดีและเหมาะสม

ผลการศึกษาคั้งนี้หน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานอื่น ๆ ควรจะส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมทุก ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านการวางแผนงาน การติดต่อประสานงาน การฝึกทักษะฝีมือการผลิต การหาตลาด ให้กลุ่มผู้สูงอายุ การหาแนวทางสร้างรายได้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวควรให้ความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงมีประสิทธิภาพดีขึ้น

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ ชุสิทธิ์ เอกรัตน์ ชไมพร จินตคณาพันธ์และ อรวรรณ สัมภวานะ (2558, หน้า 110-121) ศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชุมชนบางไปไม้ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สามารถพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยม การประเมินภาวะสุขภาพและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

ศิริธานี ศรีหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง (2557) ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากกลุ่มผู้สูงอายุ 179 คน ผู้ดูแล 187 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่การวิจัยคือ 13 ตำบล 9 จังหวัด ครอบคลุม 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์เกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุ มี 4 เส้นทาง คือ ภาวะ Stroke ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และอายุที่มากกว่า 80 ปี ด้านสถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวในสังคมไทย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 85.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ โดยพบผู้ดูแลหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง หนึ่งในสามของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรับภาระดูแลครอบครัว สามในสี่ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ ประมาณหนึ่งในเก้ามีผู้ที่ต้องดูแลระยะยาวมากกว่า 1 คน และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการภายในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพบว่าการดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรังอื่น ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้องมากกว่า 2 ใน 5 อีกทั้งพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหา

สุขภาพเพิ่มมากขึ้น และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 45 ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้เกิดภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด 4 ใน 5 ของผู้ดูแล ผู้ดูแลมากกว่า 3 ใน 4 เกิดภาวะและผลกระทบด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลลาออกจากงานและหยุดงาน ร้อยละ 11 เพื่อทำหน้าที่ผู้ดูแล และพบว่า มีข้อจำกัดของการวินิจฉัยและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการบำบัด ร้อยละ 72 นอกจากนี้พบว่าขาดความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและการบูรณาการภารกิจขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาวะและผลกระทบกับผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในและการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ อันนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย

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

ภัทราพร เกษสังข์ อรรวรรณ เกษสังข์ และอรุณรัตน์ จันทิหาล้า (2555) ศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง : กรณีศึกษา หมู่บ้านโนนพากเลย กระบวนการแบบมีส่วนร่วม

มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ ชุมชน ศึกษาความคาดหวังและแนวทางการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชน ศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียงไปใช้กับชุมชน และหารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียงไปใช้กับชุมชนหมู่บ้านบ้านโนนพากเลย ขั้นตอนของการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ขั้นเตรียม ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ ระยะที่ 3 ขั้นติดตามและประเมินผลและระยะที่ 4 ขั้นสรุปการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตชุมชนมองคุณภาพชีวิตจากด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ตั้งแต่ 5,001 – 8,000 บาท อาชีพหลักของครอบครัวประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา รับจ้าง ชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครอบครัวมีการวางแผนการใช้จ่ายเงิน มีการทำบันทึกการใช้จ่ายภายใน ครอบครัวแต่ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีการออม สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัว และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมนันทนาการร่วมกัน 2) ความคาดหวังการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า ชุมชนมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ตามลำดับ คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ แนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีดังนี้ 1) โครงการคืนสิ่งแวดล้อมและอากาศให้กับชุมชน 2) โครงการจัดกิจกรรมเสริมสุขภาพ ร่างกายแข็งแรงไร้พุง 3) โครงการพอเพียงเล็กน้อยซื้อสินค้าตามโฆษณา 4) โครงการการลดละการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย 5) โครงการรักษาน้ำ 6) โครงการศึกษาดูงานเศรษฐกิจพอเพียง 7) โครงการส่งเสริมความรู้สุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม 8) โครงการใช้พื้นที่ให้เกิดทรัพย์สิน 9) โครงการเพาะเห็ดเพื่อสุขภาพและรายได้ 10) โครงการพัฒนาอาชีพเพิ่มรายได้และ 11) โครงการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการ และผู้สูงอายุ 3) ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านสุขภาพ โครงการ จัดกิจกรรมเสริมสุขภาพ ร่างกายแข็งแรงไร้พุง คือ การออกกำลังกาย เล่นกีฬา เดินแอโรบิค เดินฮูล่าฮุก และเดินโดยใช้ไม้พลอง โครงการคืนสิ่งแวดล้อมและอากาศให้กับชุมชน ชุมชนจัดประชุมหมู่บ้าน เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การอนุรักษ์ทรัพยากร การใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่า การปลูกป่า ทดแทน โครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมโดยยึดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยการให้ความรู้เสียงตามสายของหอกระจายข่าวหมู่บ้าน วิทยุชุมชน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์ธรรมชาติ และการทำประชาคมของชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม ดำเนินการ 2 โครงการ คือ โครงการคืนสิ่งแวดล้อมและอากาศให้กับชุมชน ชุมชนจัดประชุมหมู่บ้านเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การอนุรักษ์ทรัพยากร การใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่า การปลูกป่า ทดแทน โครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมโดยยึดปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง โดยการให้ความรู้เสียงตามสายของหอกระจายข่าวหมู่บ้าน วิทยุชุมชน โดยการให้ความรู้ เกี่ยวกับการอนุรักษ์ธรรมชาติ และการทำประชาคมของชุมชน และโครงการรักษาน้ำ จากการประชุม ระดมความคิดให้เกิดโครงการรักษาน้ำ ชุมชนในหมู่บ้านมีการร่อนน้ำที่ใช้แล้ว โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการ และผู้สูงอายุการจัดกิจกรรมโดยการใช้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ตัวแทนจากภาครัฐ ด้านเศรษฐกิจ ชุมชนเสนอ 4 โครงการ คือ โครงการเพาะเห็ด เพื่อสุขภาพและรายได้ ดำเนินการโดยการศึกษาดูงานของตัวแทน

ชุมชนศึกษาดูงานการเพาะเห็ดจากศูนย์เพาะเห็ด ของกลุ่มแม่บ้านหมู่บ้านผาขาว โครงการการลดค่าใช้จ่ายฟุ่มเฟือย เช่น ทำรายการใช้จ่ายในแต่ละเดือน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในครอบครัวและระหว่างครอบครัวเกี่ยวกับการใช้จ่าย และ โครงการศึกษาดูงานบ้านเศรษฐกิจพอเพียง ที่แหล่งเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง 4) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนหมู่บ้านบ้านโนนที่ดำเนินการ พบว่า รูปแบบ การพัฒนามีดังนี้ 1) การส่งเสริมให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ 2) การสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนัก ร่วมกันของคนในชุมชนเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ 3) การสร้างจิตสำนึกที่ดีต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม โดยการให้ความรู้ที่จัดเสียดตามสาย การจัดทำประชาคม และสร้างเป้าหมายการพัฒนา ร่วมกันที่เกิดจากประชาคมของทุกคนที่เข้าร่วม 4) การอบรมให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ และการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่าย 5) การส่งเสริมสร้างรายได้และอาชีพให้กับคนในชุมชน และ 6) การศึกษาดูงานการประกอบอาชีพ และ การใช้พื้นที่ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2554) ได้ศึกษาวิจัย และรายงานคุณภาพชีวิตประชาชนไทยด้านสาธารณสุขตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยได้จัดกิจกรรม 3 แบบ คือ 1) การจัดสัมมนาคุณภาพชีวิตประชาชนไทยตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 2) การจัดเสวนาเวทีชุมชนและศึกษาดูงานพื้นที่ อำเภออุบลรัตน์ และอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 3) การศึกษาดูงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริห้วยฮ่องไคร้อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชนด้านสาธารณสุข ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในชุมชน รวมทั้งรับฟังปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะของชุมชนที่ศึกษา ผลการศึกษาการสัมมนา พบว่า ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยมีสุขภาพจิตดีขึ้น คนในชนบทมีความสุขมากกว่าคนในเมือง การปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา การมีเวลาให้กับสมาชิกในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีความสุข และสืบเนื่องจากสุขภาพวะของประชาชนในเมืองที่มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากคนในชนบท กระแสนิยมของสังคมเมืองมีส่วนทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต การร่วมมือจากประชาสังคมในชุมชน และผู้นำจากกลุ่มต่าง ๆ จะส่งผลเกิดประโยชน์ต่อประชาชนคนไทย ดังนั้น นโยบายทางสังคมของรัฐจึงต้องให้ความสำคัญในการเสริมสร้างจิตสาธารณะต่อชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชน ให้มีความสำคัญกับผู้สูงอายุและสร้างความเป็นครอบครัวให้เกิดขึ้นในสังคมไทย ส่วนการศึกษากรณีตัวอย่างในชุมชนไม่เรียงกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า การจัดตั้งศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียง โดยรวบรวมผู้มีภูมิปัญญารอบรู้ มีประสบการณ์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ให้ชาวบ้าน มีความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของตนเอง พึ่งตนเองได้ มีความร่วมมือทั้งจากภาครัฐ เอกชน เครือข่ายภาคี การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ สิ่งแวดล้อม การรวมกลุ่มต่าง ๆ ทำให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนและความศรัทธาในปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทำให้สมาชิกในชุมชนพึ่งตนเองได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการศึกษาการเสวนาเวทีชุมชนและการศึกษาดูงาน อำเภออุบลรัตน์ และอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ชุมชนได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมทำให้เกิดการเรียนรู้ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในระดับชุมชน เป็นการทำงานจากเชิงรับสู่เชิงรุก การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน ดูแลสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีโรงพยาบาลเป็นแกนนำส่งผลให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้

ลดจำนวนคนไข้ในโรงพยาบาล มีการประสานงานกับร้านขายยาในชุมชนเพื่อขายยาที่มีคุณภาพ สร้างเครือข่าย ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษาให้เยาวชนในชุมชน แบบเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วกลับมาพัฒนาชุมชนของตนเป็นการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้นโดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผลการศึกษาดูงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ศูนย์ศึกษาพัฒนาห้วยฮ่องไคร้ สามารถเป็นศูนย์กลางในการศึกษาทดลองรูปแบบการพัฒนา ทำให้ชุมชนใกล้เคียงมีความเข้มแข็ง ชาวบ้านมีอาชีพหลักและอาชีพเสริม มีรายได้ ฐานะความเป็นอยู่ดีขึ้น สภาพแวดล้อมดี มีผลของการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นรูปธรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้ประชาชนตระหนักถึงความมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบยั่งยืน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การเข้าใจปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ความพร้อมใจของชุมชนในการมีส่วนร่วม จิตอาสาในการทำสิ่งที่เป็นประโยชน์และสามารถแก้ไขปัญหาของตนเอง การเปลี่ยนแปลงแนวคิดจากเชิงรับสู่เชิงรุกของชุมชน การมีผู้นำชุมชนที่มุ่งมั่น มีความสามารถในการสร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากการมีศูนย์การเรียนรู้ ทำให้ประชาชนเกิดกลุ่มอาชีพ มีรายได้ ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น หมดหนี้สิน สิ่งแวดล้อมปลอดภัย รักใคร่เกื้อกูลกัน มีความสุข สุขภาพกายและจิตใจแข็งแรง ครอบครัวอบอุ่นอย่างยั่งยืน

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ (2552, หน้า 13-21) ศึกษาวิจัยเรื่อง พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรังเชิงรุก ใช้แนวคิดบูรณาการการบริการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบ บริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขใน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางในการพัฒนา วิธิดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดย การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการสำรวจสถานะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังโรคเบาหวาน และความดัน โลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีจำนวน 379 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้นโดยอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อำเภอบ่อทอง อำเภอพนัสนิคม และอำเภออ่าวอุดม และการวิจัย เชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรมการจัดการดูแลและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การตรวจร่างกาย ภาวะโภชนาการ การให้คำปรึกษา การสร้างแนวทาง การจัดการร่วมกันจากกระบวนการ Focus group ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยส่วนประกอบ 5 ด้าน คือ 1) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการใช้ยา 4) ด้านการออกกำลังกาย 5) ด้าน การรับบริการจากระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีผลการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับใช้รูปแบบ การ จัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง มีระดับคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่า เฉลี่ย 3.89) และมีค่าความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง อยู่ในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76) ผลการสัมภาษณ์และ Focus group ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีภายใต้การ

เจ็บป่วยเป็นโรค เรื้อรังที่ปราศจากโรคแทรกซ้อน และมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากผลของการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้หลักความพอเพียงในการจัดการ ดูแลสุขภาพตนเองอย่างเป็นรูปธรรมและให้ความหมายดังนี้คือ ความพอประมาณ คือ การรักษาความสมดุลของความสุขภาพดีกับความเจ็บป่วย ซึ่งหมายความว่า การใช้ชีวิตต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงวัย จะใช้หลักความสมดุลไม่มาก ไม่น้อยจนเกินไป ความมีเหตุผล คือ การใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล ตามความจำเป็น ไม่ใช่สิ่งที่เกินฐานะและกำลัง ใช้อย่างคุ้มค่า ประหยัด มีภูมิคุ้มกัน คือ มีการดูแลสุขภาพให้อยู่ในสภาพที่ดี สามารถเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่นได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้บ้างตามสมควร มีความรู้คู่คุณธรรม การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ใฝ่หาความรู้ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ให้ความสำคัญกับการนำความรู้ไปปฏิบัติและ หมั่นทบทวนตรวจสอบตนเองว่านำไปใช้กับตนเองได้จริงหรือไม่ ส่วนความรู้เท่าทันโรคร้าย เป็นเรื่องของสติที่ต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทัน เมื่อรู้สติจะทำให้ไม่เกิดความหวั่นวิตก อยู่กับโรคนั้นได้อย่างมีความสุขและเกิดความสมดุล สามารถดูแลตนเองได้อย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงและพึ่งตนเองได้ สิ่งสำคัญยิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความหมายและความสำคัญคือ การอยู่รวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการต่อสู้กับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณที่จะค่อยๆ เสื่อมถอยไปตามวัย ให้มีโอกาสดำเนินชีวิตที่อุดมไปด้วยความสุขสมบูรณ์ในวัยสูงอายุนี้อย่างพอเพียง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก” มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกและพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยบนพื้นฐานแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นตอนการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกของ ไทย จำนวน 4,143,750 คน
- 2) กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวและแกนนำในชุมชน อาศัยในจังหวัดเขตพื้นที่ภาค ตะวันออก จำนวน 14,142,060 คน

กลุ่มตัวอย่าง

- 1) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของเครซี่ซีและมอร์แกน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 คน
- 2) เลือกจังหวัดแบบเฉพาะเจาะจง จากจังหวัดในภาคตะวันออก ทั้งสิ้น 7 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี และสระแก้ว มา 3 จังหวัดที่ต้องการศึกษา คือ จังหวัด ชลบุรี จันทบุรี และสระแก้ว
- 3) สุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัด และชุมชนในแต่ละอำเภอ อย่างง่ายโดยการจับสลาก ได้ชุมชน เทศบาลแสนสุข จังหวัดชลบุรี เทศบาลเมืองจันทบุรี และเทศบาลเมืองสระแก้ว
- 4) กำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรของชุมชนที่สุ่มเลือก (ดังตารางที่ 1)
- 5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้
 - 4.1 กลุ่มผู้สูงอายุ คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี สามารถสื่อสารได้ดี เคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวกและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี
 - 4.2 กลุ่มผู้ดูแล เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ หรือแกนนำสุขภาพในชุมชน
 - 4.3 สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือแกนนำในชุมชน จำแนกตามจังหวัดและชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ

ชุมชน/จังหวัด	ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60-75 ปี)	กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ	ประชากรผู้ดูแลสมาชิกครอบครัว/แกนนำชุมชน	กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลสมาชิกครอบครัว/แกนนำชุมชน	รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (คน)
เทศบาลเมือง แสนสุข จังหวัดชลบุรี	4,747	25	31,847	165	190
เทศบาลเมือง จันทบุรี	3,210	15	21,786	114	129
เทศบาลเมือง สระแก้ว จังหวัดสระแก้ว	1,765	10	10,492	55	65
รวม	9,722	50	64,125	334	384

ขั้นตอนการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ และสภาพปัญหา เป็นการวัดและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก และการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยการประเมินปัญหาและศักยภาพของ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว และแกนนำในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดรูปแบบและการพัฒนารูปแบบตามที่กำหนด

เป็นการดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมประชุมระดมสมอง แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ อภิปรายร่วมกันโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ช่วยกันหาข้อสรุป เพื่อหาแนวทางและรูปแบบในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต รูปแบบใหม่ตามที่ทุกคนเห็นว่าเหมาะสม

แล้วนำรูปแบบที่ช่วยกันกำหนดและพัฒนาขึ้นนั้นไปทดลองปฏิบัติ และเก็บรวบรวมข้อมูล มาร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาขณะดำเนินการ ทำการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้สามารถนำไปใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการตามรูปแบบด้วย เช่น นโยบายด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือ เทคโนโลยี เสี่ยงสะท้อนจากผู้ใช้อุปกรณ์หรือปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นขณะดำเนินการวิจัย

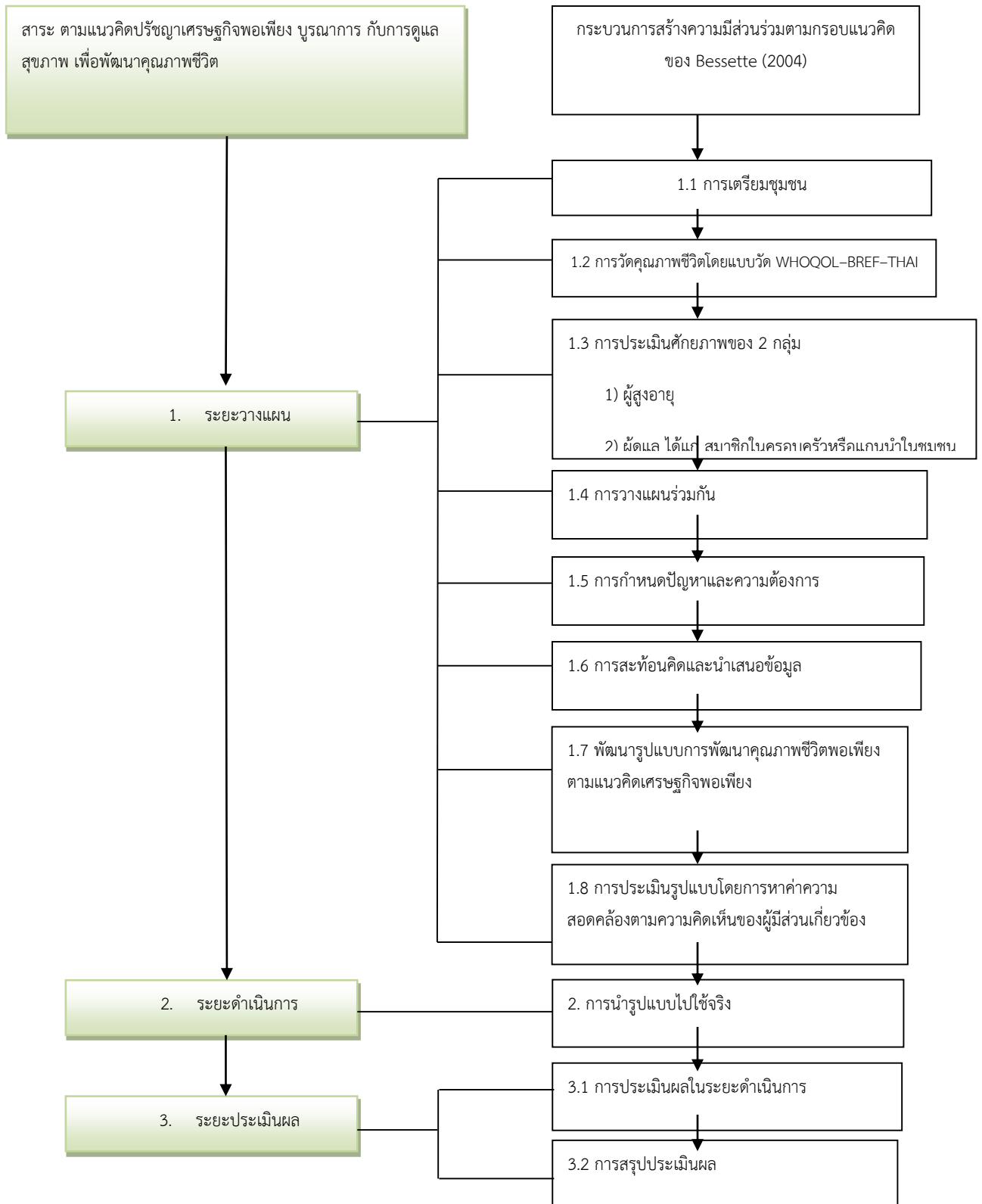
ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลโดยการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง

เป็นการประเมินเพื่อติดตามผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง ของผู้สูงวัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น

1. การประเมินศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง จากพฤติกรรมสร้างเสริมเสริมสุขภาพ กระทำ เป็น 3 ระยะดังนี้ คือ ระยะก่อนดำเนินการ ระยะหลังดำเนินการ และระยะติดตามผล โดยในระยะติดตามผลจะดำเนินการประเมินหลังจากสิ้นสุดโครงการเป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีระดับของศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเพียงไร

2.การประเมินผลการใช้รูปแบบโดยการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย



สถานที่ ชุมชนในจังหวัดเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ใช้เครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

ฉบับที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ

- 1) แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI)
- 2) แบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ฉบับที่ 2 กลุ่มผู้ดูแล

ใช้แบบประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

- 1) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2) แบบประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 3) แบบประเมินความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามในการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 แบบประเมินผลการใช้รูปแบบโดยประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

1. โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนและมีความเข้าใจที่ตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2. รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาทำการแก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของ ครอนบาค (Cronbach , 1970) ฉบับที่ 1 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 และ ฉบับที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น 0.87

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำโครงการวิจัย และแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ปฏิบัติดังนี้

1. การผ่านการรับรองด้านจริยธรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับการรับรองเรียบร้อยแล้ว

2. การกำหนดแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อการเข้าสอบถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยการป้องกันอันตราย การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ การคำนึงถึงความถูกต้องและการเปิดเผยข้อมูลดังนี้

2.1 การเข้า-ไม่เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็น การแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการและเป็นลายลักษณ์อักษรและผู้วิจัยได้อธิบายถึงสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ ตลอดเวลา

2.2 การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับจากการ เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนทักษะและประสบการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถนำไปเป็นประโยชน์ ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้

2.3 การคำนึงถึงความถูกต้อง โดยผู้วิจัยไม่บิดเบือนข้อมูลต่างๆ ที่ได้ ผู้วิจัยนำเสนอ ข้อมูลที่ได้ให้กับผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความเชื่อถือและยืนยันสิ่งที่ค้นพบตลอดระยะเวลาการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่วิจัยเพื่อช่วยใน การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การติดต่อประสานงานกับชุมชน และผู้นำหรือแกนนำในชุมชนเพื่อเข้าไปศึกษาตาม ขั้นตอนการวิจัย
2. การประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการสร้างความมีส่วนร่วมใน การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงร่วมกัน
3. การนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย จัดประชุมระดม สมองเพื่อสร้างรูปแบบและวางแผนการนำรูปแบบไปใช้
4. การจัดบันทึกและรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์และรายงานผล
5. การติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบ
6. การประเมินผลและเขียนรายงานผลการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มของผู้ดูแล และ ความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้ดำเนินการเขียนสรุปและอภิปรายผลจากการวิจัยต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การวิจัย เรื่อง “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดคุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุบนพื้นฐานแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยขอแนะนำเสนอข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือแกนนำสุขภาพในชุมชน
4. ผลการสนทนากลุ่ม ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการพัฒนาพัฒนาคุณภาพชีวิตพอเพียงตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
5. สรุปรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทย และผลการประเมินรูปแบบตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 50	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	18	36.00
	หญิง	32	64.00
2	อายุ		
	อายุเฉลี่ย ...66.34 ± 8.97.... ปี		
3	อาชีพ		
	ไม่ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน / พ่อบ้าน	8	16.00
	รับจ้าง	7	14.00
	ค้าขาย	17	34.00
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	12.00
	เกษตรกรกรรม	12	24.00
4	ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้รับการศึกษา	3	6.00
	ประถมศึกษา	8	16.00
	มัธยมศึกษา/ปวช.	23	46.00
	ปวส./อนุปริญญา	8	16.00
	ปริญญาตรี	7	14.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.00
5	ศาสนา		
	พุทธ	41	82.00
	คริสต์	8	16.00
	อิสลาม	1	2.00
6	สถานภาพสมรส		
	คู่	23	46.00
	โสด	10	20.00
	หม้าย	13	26.00
	แยก/หย่า	4	8.00

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ(ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 50	ร้อยละ
7	ลักษณะครอบครัว		
	ครอบครัวเดี่ยว	28	56.00
	ครอบครัวขยาย	18	36.00
	อยู่เพียงลำพัง	4	8.00
8	รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 8,436.66 ±5,640.35บาท		
9	รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 14,843.25 ± 6,318.44 บาท		
10	ความเพียงพอของรายได้		
	ไม่เพียงพอ	26	52.00
	เพียงพอ	15	30.00
	ไม่ระบุ	9	18.00
11	หนี้สิน		
	มีหนี้สิน	30	60.00
	ไม่มีหนี้สิน	12	24.00
	ไม่ระบุ	8	16.00
12	สิทธิการรักษาพยาบาล		
	บัตรประกันสุขภาพ	29	58.00
	เบิกค่ารักษาได้	6	12.00
	เสียค่าใช้จ่ายเอง	10	20.00
	ประกันสังคม	1	2.00
	อื่น ๆ ประกันชีวิต	4	8.00

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.00) อายุเฉลี่ย 66.34 ± 8.97 ปี อาชีพ ค่าขาย (ร้อยละ 34.00) รองลงมา มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 24.00) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 46.00) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 82.00) สถานภาพ คู่ (ร้อยละ 46.00) ลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 56.00) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 8,436.66 ±5,640.35 บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 14,843.25 ± 6,318.44 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.00) มีหนี้สิน (ร้อยละ 60.00) สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็น บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 58.00)

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 334	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	126	37.72
	หญิง	208	62.28
2	อายุ		
	อายุเฉลี่ย ...44.45 ± 6.24.... ปี		
3	อาชีพ		
	ไม่ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน / พ่อบ้าน	39	11.68
	รับจ้าง	181	54.19
	ค้าขาย	82	24.55
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	1.80
	เกษตรกร	26	7.78
4	ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้รับการศึกษา	39	11.68
	ประถมศึกษา	54	16.17
	มัธยมศึกษา/ปวช.	121	36.23
	ปวส./อนุปริญญา	76	22.75
	ปริญญาตรี	42	12.57
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.60
5	ศาสนา		
	พุทธ	304	91.02
	คริสต์	28	8.38
	อิสลาม	2	0.60
6	สถานภาพสมรส		
	คู่	126	37.72
	โสด	102	30.54
	หม้าย	64	19.16
	แยก/หย่า	42	12.57

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ดูแลสูงอายุ (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 334	ร้อยละ
7	ลักษณะครอบครัว		
	ครอบครัวเดี่ยว	202	60.49
	ครอบครัวขยาย	105	31.44
	อยู่เพียงลำพัง	27	8.07
8	รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 8,720.16 ±4,763.29 บาท		
9	รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 15,154.32 ± 4,218.27 บาท		
10	ความเพียงพอของรายได้		
	ไม่เพียงพอ	148	44.31
	เพียงพอ	99	29.64
	ไม่ระบุ	87	26.05
11	สิทธิการรักษาพยาบาล		
	บัตรประกันสุขภาพ	167	50.00
	เบิกค่ารักษาได้	38	11.38
	เสียค่าใช้จ่ายเอง	102	30.54
	ประกันสังคม	22	6.59
	อื่น ๆ ประกันชีวิต	5	1.49
12	ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 5.06 ± 4.17 ปี		
13	การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	ไม่เคย	218	65.27
	เคย	116	34.73
14	การรับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	ไม่เคย	206	61.68
	เคย	128	38.32

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.28) อายุเฉลี่ย 44.45 ± 6.24 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 54.19) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 36.23) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 91.02) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 37.72) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60.49) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย $8,720.16 \pm 4,763.29$ บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $15,154.32 \pm 4,218.27$ บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 44.31) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 50.00) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชน เฉลี่ย 5.06 ± 4.17 ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.27) ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 61.68)

1.2 ผลการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก จำแนกรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม ตามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF- THAI)

คุณภาพชีวิต N=50	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ระดับไม่ดี		ระดับปานกลาง		ระดับดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	7	14.00	27	54.00	16	32.00
ด้านจิตใจ	1	2.00	28	56.00	21	42.00
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7	14.00	27	54.00	16	32.00
ด้านสิ่งแวดล้อม	7	14.00	5	10.00	38	76.00
ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม	7	14.00	21	42.00	22	44.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 44.00 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.00 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับไม่ดี ร้อยละ 14.00 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.00, 56.00 และ 54.00 ตามลำดับ และ ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 76.00

ตารางที่ 5 ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแบบสอบถาม WHOQOL-BREF-THAI

ข้อ	คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ด้านร่างกาย	3.18	0.82
		ปานกลาง	
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	3.05	1.00
		ปานกลาง	
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	2.89	.098
		ปานกลาง	
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด	3.25	0.78
		ปานกลาง	
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.38	0.75
		ปานกลาง	
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.32	0.73
		ปานกลาง	
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักน้อยเพียงใด	3.20	0.69
		ปานกลาง	
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.20	0.66
		ปานกลาง	
	ด้านจิตใจ	3.42	0.62
		ปานกลาง	
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	3.36	0.71
		ปานกลาง	
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.45	0.54
		ปานกลาง	
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักน้อยเพียงใด	3.52	0.54
		ดี	
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.55	0.54
		ดี	
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.41	0.65
		ปานกลาง	
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากนักน้อยเพียงใด	3.20	0.66
		ปานกลาง	

ตารางที่ 5 ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแบบสอบถาม WHOQOL-BREF-THAI

ข้อ	คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.47	0.66
		ปานกลาง	
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมากแค่ไหน	3.52	0.73
		ดี	
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน	3.68	0.47
		ดี	
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน(ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	3.20	0.66
		ปานกลาง	
	ด้านสิ่งแวดล้อม	3.54	0.83
		ดี	
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.68	0.47
		ดี	
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	3.79	0.41
		ดี	
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.45	1.10
		ปานกลาง	
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.42	1.10
		ปานกลาง	
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.75	0.83
		ดี	
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.81	0.81
		ดี	
21	สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.18	0.65
		ปานกลาง	
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	3.20	0.66
		ปานกลาง	
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.08	0.83
		ปานกลาง	
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร	2.96	0.95
		ปานกลาง	
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ในระดับใด	3.20	0.66
		ปานกลาง	

จากตารางที่ 5 แสดงผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงใต้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.82$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รู้สึกพอใจ (ที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน) ($\bar{X}=3.38$, $SD=0.75$) และ พอใจกับการนอนหลับ ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.78$) ในระดับปานกลาง แต่ยังมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{X}=3.32$, $SD=0.73$) ในระดับปานกลาง

ด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.42$, $SD=0.62$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.54$) รู้สึกพอใจในตนเอง ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.54$) ในระดับดี แต่ยังมีปัญหาเรื่อง มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหวัง วิตกกังวล บ่อย ($\bar{X}=3.41$, $SD=0.65$) ในระดับปานกลาง

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.47$, $SD=0.66$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.47$) พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.73$) ในระดับ ดี และ พอใจในชีวิตทางเพศ ($\bar{X}=3.20$, $SD=0.66$) ในระดับปานกลาง

ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.83$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ($\bar{X}=3.81$, $SD=0.81$) พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ($\bar{X}=3.79$, $SD=0.41$) และ ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมาก ($\bar{X}=3.75$, $SD=0.83$) ในระดับดี แต่ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตในข้อที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ยังประเมินได้ค่าน้อยที่สุดในด้านนี้ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.65$)

ด้านทั่วไป มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.08$, $SD=0.83$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดว่ามีคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.20$, $SD=0.66$) และ พอใจกับสุขภาพในตอนนี้อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.96$, $SD=0.95$)

ตารางที่ 6 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ

ข้อ	ศักยภาพในการดูแลตนเอง	จำนวน N=50	ร้อยละ
	ด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ		
1	ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าท่านมีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการ หรือโรคต่าง ๆหรือไม่ (โรค/อาการของโรคประจำตัว)		
	ไม่มี	2	4.00
	มี	48	96.00
2	ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่		
	ไม่เคย	19	38.00
	เคย	31	62.00
	จำนวนครั้งเฉลี่ย..... 2.56 ± 4.23ครั้ง		
	สาเหตุ 3 ลำดับแรก		
	1. โรคความดันโลหิตสูง	13	26.00
	2. โรคเบาหวาน	11	22.00
	3. พลัดตกหกล้ม	6	12.00
3	ท่านสุขสบายหรือไม่		
	ไม่สุขสบาย	16	32.00
	สุขเป็นครั้งคราว	11	22.00
	สุขเป็นประจำ นาน..... 5.64 ± 7.42ปี	12	24.00
	เฉลี่ยวันละ..... 2.8 ± 1.67มวนต่อวัน		
	เคยสุขเป็นประจำ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว..... 12.6 ± 4.54ปี	11	22.00
4	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่		
	ไม่ดื่มเลย	14	28.00
	ดื่มเป็นครั้งคราว	19	38.00
	ดื่มเป็นประจำ นาน..... 6.45 ± 2.33ปี	10	20.00
	เฉลี่ยวันละ..... 1.3 ± 1.62ก๊ัก/แบน/ขวด		
	เคยดื่มเป็นประจำ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว..... 8.3 ± 4.66ปี	7	14.00
5	ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่		
	อุบัติเหตุจากการทำงาน	3	6.00
	อุบัติเหตุภายในบ้าน	28	56.00
	อุบัติเหตุจากรถ	18	36.00
	อุบัติเหตุ อื่น ๆ เช่น จากการไปเที่ยว/ ไปวัด/ไปตลาด เป็นต้น.....	1	2.00

ตารางที่ 6 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ(ต่อ)

ข้อ	ศักยภาพในการดูแลตนเอง	จำนวน N=50	ร้อยละ
6	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	แพทย์	25	50.00
	พยาบาล	32	64.00
	ญาติ พี่น้อง และเพื่อน ๆ	11	22.00
7	ปัจจุบันท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลอย่างไร		
	เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่น ๆ)	10	20.00
	ประกันสังคม	1	2.00
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค)	29	58.00
8	ท่านมักจะปฏิบัติเช่นไรเมื่อเจ็บป่วย		
	ซื้อยาทานเอง	8	16.00
	ไปสถานเอนามัย	10	20.00
	พบแพทย์ที่คลินิก	8	16.00
9	เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านคิดว่าใครจะเป็นผู้ดูแลท่านอย่างไร		
	ตนเอง	22	44.00
	คู่สามี/ภรรยา	12	24.00
	บุตร/ธิดา	9	18.00
1	ประเภทของอาหารที่ท่านรับประทานบ่อยที่สุด		
	อาหารประเภททอด	11	22.00
	อาหารประเภท ปิ้ง ย่าง	10	20.00
	อาหารประเภท ต้ม นึ่ง อบ	26	52.00
2	ท่านรับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้ง หรือผักใบเขียวชนิดอื่น ๆ บ่อยเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	ไม่เคยเลย	2	4.00
	บางครั้ง (1-2 วัน)	4	8.00
	บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	26	52.00
	เป็นประจำ (5-7 วัน)	18	36.00

ตารางที่ 6 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ(ต่อ)

ข้อ	ศักยภาพในการดูแลตนเอง	จำนวน N=50	ร้อยละ
3	ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่มีหวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง พุทรา บ่อยครั้ง เพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	ไม่เคยเลย	16	32.00
	บางครั้ง (1-2 วัน)	15	30.00
	บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	13	26.00
4	ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ลำไย ทุเรียน ขนุน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ละมุด บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	ไม่เคยเลย	1	2.00
	บางครั้ง (1-2 วัน)	16	32.00
	บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	28	56.00
5	ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ขนมไทย เค้ก คุกกี้ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	ไม่เคยเลย	4	8.00
	บางครั้ง (1-2 วัน)	14	28.00
	บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	20	40.00
6	ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิมบ่อยครั้ง เพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	ไม่เคยเลย	1	2.00
	บางครั้ง (1-2 วัน)	8	16.00
	บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	12	24.00
7	ท่านรับประทานอาหารจุกจิกมากกว่า 3 มื้อ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	ไม่เคยเลย	6	12.00
	บางครั้ง (1-2 วัน)	14	28.00
	บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	17	34.00
8	ท่านรับประทานทอฟฟี่ ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว บ่อยครั้ง เพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	ไม่เคยเลย	27	54.00
	บางครั้ง (1-2 วัน)	11	22.00
	บ่อยครั้ง(3-4 วัน)	9	18.00
	เป็นประจำ (5-7 วัน)	3	6.00

ตารางที่ 6 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ(ต่อ)

ข้อ	ศักยภาพในการดูแลตนเอง	จำนวน N=50	ร้อยละ
9	ท่านต้มน้ำอาต์ลม หรือเครื่องต้มที่มีรสหวาน บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์ ไม่เคยเลย บางครั้ง (1-2 วัน) บ่อยครั้ง(3-4 วัน) เป็นประจำ (5-7 วัน)	8 17 13 12	16.00 34.00 26.00 24.00
10	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์ ไม่เคยเลย บางครั้ง (1-2 วัน) บ่อยครั้ง(3-4 วัน) เป็นประจำ (5-7 วัน)	2 18 22 8	4.00 36.00 44.00 16.00
ด้านการขับถ่าย			
1	ท่านมีลักษณะนิสัยในการขับถ่าย ตรงขับข้อใดมากที่สุด ขับถ่ายทุกวัน 1-2 วัน ถ่ายครั้ง 3-4 วัน ถ่ายครั้ง 5-7 วัน ถ่ายครั้ง	9 15 14 12	18.00 30.00 28.00 24.00
2	ลักษณะของอุจจาระโดยส่วนมากเป็นเช่นไร แข็ง มีสีดำหรือคล้ำ กลิ่นเหม็น ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นเหม็น ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น อ่อนนิ่ม มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น	8 17 12 13	16.00 34.00 24.00 26.00
3	ท่านเคยมีอาการขับถ่ายลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ บ่อยครั้งเพียงใด ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ	9 17 14 10	18.00 34.00 28.00 20.00
4	ท่านเคยมีอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ บ่อยครั้งเพียงใด ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ	14 21 8 7	28.00 42.00 16.00 14.00

ตารางที่ 6 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ(ต่อ)

ข้อ	ศักยภาพในการดูแลตนเอง	จำนวน N=50	ร้อยละ
	ด้านการออกกำลังกาย		
1	ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่ครั้ง ไม่เคยเลย 1-2 ครั้ง 3-5 ครั้ง ทุกวัน	7 18 15 10	14.00 36.00 30.00 20.00
2	ท่านออกกำลังกายครั้งละกี่นาที น้อยกว่า 9 นาที-ไม่ออกเลย 10-14 นาที 15-19 นาที 20-45 นาที	8 12 21 9	16.00 24.00 42.00 18.00
3	การออกกำลังกายที่ท่านมักปฏิบัติคือ อะไร ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ เดิน,วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิค รำมวยจีน ขี่จักรยาน	18 2 16 15 8	36.00 4.00 32.00 30.00 16.00
4	เมื่อออกกำลังกายท่านรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ บ่อยครั้ง เพียงใด ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ	12 16 12 10	24.00 32.00 24.00 20.00
	ด้านการพักผ่อนนอนหลับ		
1	ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละกี่ชั่วโมง น้อยกว่า 2 ชั่วโมง 2-4 ชั่วโมง 5-7 ชั่วโมง 8-10 ชั่วโมง	4 15 17 14	8.00 30.00 34.00 28.00
2	ท่านต้องเข้ายาในการช่วยให้นอนหลับหรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์ ไม่เคยเลย บางครั้ง (1-2 วัน) บ่อยครั้ง (3-4 วัน) เป็นประจำ (5-7 วัน)	16 25 7 2	32.00 50.00 14.00 4.00

ตารางที่ 6 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ(ต่อ)

ข้อ	ศักยภาพในการดูแลตนเอง	จำนวน N=50	ร้อยละ
3	เมื่อท่านนอนหลับ ท่านฝันร้ายบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์		
	ไม่เคยเลย	9	18.00
	บางครั้ง (1-2 วัน)	22	44.00
	บ่อยครั้ง (3-4 วัน)	12	24.00
4	ปกติท่านจะนอนเวลาใด		
	ก่อน 20.00 น.	17	34.00
	20.00-22.00 น.	21	42.00
5	ปกติท่านจะตื่นนอนเวลาใด		
	ก่อนเวลา 06.00 น.	24	48.00
	06.00-08.00 น.	20	40.00
1	ด้านสติปัญญาและการรับรู้		
	ท่านมีปัญหาในการได้ยินเสียง	22	44.00
	ท่านต้องใช้เครื่องช่วยฟังเสียง	4	8.00
	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา	30	60.00
	ท่านสวมแว่นตา	26	52.00
	ในปีที่ท่านไปรับการตรวจวัดสายตามาแล้ว	34	68.00
	ท่านคิดว่าท่านเป็นคนขี้หลงขี้ลืม	40	80.00
	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถจัดการ และตัดสินใจอะไรได้	28	56.00
	ท่านรู้สึกว่าท่านตัดสินใจลำบาก	13	26.00
	ท่านรู้สึกว่าท่านเรียนรู้ และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก	20	40.00
2	ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์		
	ท่านรู้สึกผิดหวัง บ่อยครั้งเพียงใด		
	ไม่เคยเลย	13	26.00
	บางครั้ง	20	40.00
	บ่อยครั้ง	14	28.00
	เป็นประจำ	3	6.00
	ท่านรู้สึกว่าโกรธ กลัว วิดกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้บ่อยครั้งเพียงใด		
	ไม่เคยเลย	11	22.00
	บางครั้ง	20	40.00
	บ่อยครั้ง	16	32.00
เป็นประจำ	3	6.00	

ตารางที่ 6 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ(ต่อ)

ข้อ	ศักยภาพในการดูแลตนเอง	จำนวน N=50	ร้อยละ
3	ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิตบ่อยครั้ง เพียงใด		
	ไม่เคยเลย	4	8.00
	บางครั้ง	22	44.00
	บ่อยครั้ง	14	28.00
4	เป็นประจำ	10	20.00
	ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมองบ่อยครั้งเพียงใด		
	ไม่เคยเลย	12	24.00
	บางครั้ง	26	52.00
5	บ่อยครั้ง	9	18.00
	เป็นประจำ	1	2.00
	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้ท่านรำคาญใจได้บ่อยเพียงใด		
	ไม่เคยเลย	1	2.00
	บางครั้ง	8	16.00
	บ่อยครั้ง	24	48.00
	เป็นประจำ	17	34.00

จากตารางที่ 6 แสดงผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการและโรคต่าง ๆ ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 96.00 และตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้าอนรักษาทันทีในโรงพยาบาล ร้อยละ 62.00 จำนวนครั้งเฉลี่ย 2.56 ± 4.23 ครั้ง/ปี โดยมีสาเหตุสำคัญ 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.00 และการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 12.00 ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่เลย ร้อยละ 32.00 รองลงมา เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 24.00 ซึ่งสูบนาน 5.64 ± 7.42 ปี เฉลี่ยวันละ 2.8 ± 1.67 มวนต่อวัน และสำหรับผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว มีร้อยละ 22.00 ซึ่งเลิกมาแล้ว เฉลี่ย 12.6 ± 4.54 ปี การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ จะดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 38.00 และอุบัติเหตุที่เคยได้รับส่วนใหญ่ เป็นอุบัติเหตุภายในบ้าน ร้อยละ 56.00 รองลงมาคือ อุบัติเหตุจากการจราจร ร้อยละ 36.00 คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์และเอกสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ร้อยละ 66.00 รองลงมา คือ ได้รับจากพยาบาล ร้อยละ 64.00 สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 58.00 รองลงคือ สิทธิเบิกได้(ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ) และชำระค่ารักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 20.00 เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 48.00 รองลงมา คือ ไปรับการรักษาที่สถานเอนามัย ร้อยละ 20.00 เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุคิดว่าผู้ที่จะสามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด คือ ดูแลตนเอง ร้อยละ 44.00 รองลงมา คือ คู่สามี/ภรรยา ร้อยละ 24.00

ด้านโภชนาการ พบว่า ประเภทของอาหารที่ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรับประทานบ่อยที่สุดคือ อาหารประเภทต้ม นึ่ง อบ ร้อยละ 52.00 ใน 1 สัปดาห์รับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้งหรือ ผักใบเขียวชนิดอื่น ๆ บ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 52.00 รับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง พุทรา ไม่บ่อยครั้ง ร้อยละ 32.00 ส่วนใหญ่รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ลำไย ทูเรียน ขนุน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ละครุด บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 56.00 และรับประทานขนมหวาน เช่น ขนมไทย เค้ก คุกกี้ บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 40.00 โดยส่วนใหญ่รับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิมเป็นประจำ(5-7วัน) ร้อยละ 58.00 มักรับประทานอาหารเช้ามากกว่า 3 มื้อ บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 34.00 แต่ไม่รับประทานทอफी ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 54.00 ยังคงดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เป็นบางครั้ง(1-2วัน) ร้อยละ 34.00 ส่วนเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ นิยมดื่มบ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 44.00

ด้านการขยับถ่าย พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะนิสัยในการขยับถ่าย 1-2 วันถ่ายครั้ง ร้อยละ 30.00 ลักษณะของอุจจาระโดยส่วนมาก ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นเหม็น ร้อยละ 34.00 เคยมีอาการขยับถ่ายลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายได้ บางครั้ง ร้อยละ 34.00 และเคยมีอาการปัสสาวะลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 42.00

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 36.00 โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 15-19 นาที ต่อครั้ง ร้อยละ 42.00 การออกกำลังกายที่นิยม คือ การเดินหรือวิ่งเหยาะ ๆ ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือ เต้นแอโรบิค ร้อยละ 32.00 เมื่อออกกำลังกายแล้วมีความรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 32.00

ด้านการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอนหลับพักผ่อนวันละ 5-7 ชั่วโมง ร้อยละ 34.00 รองลงมา นอนหลับพักผ่อนวันละ 2-4 ชั่วโมง ร้อยละ 30.00 ต้องใช้ยาในการช่วยนอนหลับ เป็นบางครั้ง(1-2วัน) ร้อยละ 50.00 และเมื่อนอนหลับจะมีฝันร้ายเป็นบางครั้ง(1-2วัน) ร้อยละ 44.00 ซึ่งปกติผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนอนในเวลา 20.00-22.00 น. ร้อยละ 42.00 และตื่นนอนก่อนเวลา 06.00 น. ร้อยละ 48.00

ด้านสติปัญญาและการรับรู้ พบว่า มีปัญหาในการได้ยินเสียง ร้อยละ 44.00 ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 8.00 มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ร้อยละ 60.00 และสวมแว่นตา ร้อยละ 52.00 ในปีนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวัดสายตามาแล้ว มีร้อยละ 68.00 ผู้สูงอายุที่คิดว่าตัวเองเป็นคนขี้หลงขี้ลืม มีร้อยละ 80.00 รู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถจัดการและตัดสินใจอะไรได้ ร้อยละ 56.00 และตัดสินใจลำบาก ร้อยละ 26.00 ผู้สูงอายุที่เรียนรู้และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก มีร้อยละ 40.00 และรู้สึกว่าจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น ร้อยละ 56.00

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รู้สึกผิดหวังเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.00 รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.00 รู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิต เป็นบางครั้ง ร้อยละ 44.00 รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมอง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 52.00 และรู้สึกว่าสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้รำคาญใจได้ บ่อยครั้ง 48.00

ตารางที่ 7 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม (N=50)

ข้อ	ศักยภาพในการดูแลตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1	ปัญหาครอบครัวของท่านที่เป็นปัญหาหนักและยาก ๆ ท่านมักจะทำให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา	3.25 ปานกลาง	0.72
2	ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัวโดยส่วนใหญ่ท่านจะเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหา	3.60 ดี	0.53
3	ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	3.62 ดี	0.53
4	ฉันรู้สึกว่าฉันมีความสำคัญกับคนรอบข้าง	3.54 ดี	0.72
5	ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติ หรือเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหา	3.48 ปานกลาง	0.75
6	ในชีวิตฉัน ฉันมีโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือผู้อื่นน้อย	3.41 ปานกลาง	0.75
7	ฉันมีเพื่อน/ญาติที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	3.31 ปานกลาง	0.73
8	เวลาที่ฉันอารมณ์เสีย หรือไม่สบายใจฉันมีคนที่ยังสามารถระบายความรู้สึกได้	3.50 ปานกลาง	0.65
9	ถ้าฉันเจ็บป่วยจะมีคนมาคอยดูแลหรือให้คำแนะนำว่าฉันควรทำอย่างไรจึงจะหาย	3.58 ดี	0.52
10	คนในครอบครัวบอกฉันว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวฉัน	3.60 ดี	0.51
รวม		3.49 ปานกลาง	0.66

จากตารางที่ 7 แสดงผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม ในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีศักยภาพในการดูแลตนเองด้านบทบาทความสัมพันธ์ในสังคม อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.49$, $SD=0.66$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีศักยภาพในระดับ ดี 3 ลำดับแรก ในเรื่อง มีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ($\bar{X}=3.62$, $SD=0.53$) คนในครอบครัวบอกผู้สูงอายุว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวของผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.51$) และการเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัว ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.53$)

1.3 ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือแกนนำสุขภาพในชุมชน

ตารางที่ 8 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N=334)

ข้อ	การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน	2.88	0.78
		ปานกลาง	
1	เมื่อท่านพาผู้สูงอายุในความดูแลของท่านไปพบแพทย์ครั้งล่าสุด แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมาก	2.74	0.89
		ปานกลาง	
2	ผู้สูงอายุคนอื่นๆ ที่ท่านรู้จักส่วนใหญ่มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	3.57	0.89
		ไม่ดี	
3	ท่านคิดว่าปัจจุบันผู้สูงอายุในความดูแลของท่านรู้สึกสุขสบายกว่าเมื่อก่อน	3.82	0.83
		มาก	
4	ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลป่วยเป็นโรคอะไรบางอย่าง	4.59	0.79
		แย่มาก	
5	ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง สมบูรณ์เหมือนเมื่อก่อน	4.25	0.83
		ไม่ดี	
6	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเหมือนผู้สูงอายุคนอื่นๆ ที่ท่านรู้จัก	3.68	0.81
		มาก	
7	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดีมาก	2.75	0.69
		ปานกลาง	
8	ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลตอนนี้มีภาวะสุขภาพที่ย่ำแย่มาก	3.50	0.89
		ปานกลาง	
9	แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีภาวะสุขภาพไม่ดี	3.56	0.79
		ไม่ดี	
10	ท่านรู้สึกว่าปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพที่ดีเท่าที่จะสามารถดีได้แล้ว	3.80	0.83
		มาก	
	ภาวะสุขภาพในอดีต	2.94	0.68
		ปานกลาง	
	ที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลต้องนอนขมดัดเตียงอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย	4.14	0.67
		ไม่ดี	
	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเคยเจ็บป่วยมาก ๆ จนท่านคิดว่าผู้สูงอายุนั้นจะเสียชีวิตแล้ว	3.94	0.65
		ไม่ดี	
	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไม่เคยเจ็บป่วยเลยมาเป็นระยะเวลานาน	3.16	0.65
		ปานกลาง	
	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไม่เคยเจ็บป่วยอาการหนักที่ต้องนอนโรงพยาบาลเลย	3.17	0.61
		ปานกลาง	

ตารางที่ 8 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ) (N=334)

ข้อ	การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
	ความต้านทาน/ความอ่อนแอ	2.99	0.78
		ปานกลาง	
	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลดูเหมือนว่าจะเจ็บป่วยง่ายกว่าผู้สูงอายุคนอื่น	4.28	0.81
		ไม่ดี	
	ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อยๆ ได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	3.81	0.85
		ไม่ดี	
	ร่างกายของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลดูเหมือนว่าจะมีความต้านทานต่อการเจ็บป่วยได้ดีมาก	3.57	0.55
		ดี	
	เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงบางอย่างผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมักจะมีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย	4.27	0.75
		ไม่ดี	
	แนวโน้มสุขภาพ	2.87	0.54
		ปานกลาง	
	ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้	2.82	0.59
		ปานกลาง	
	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ในอนาคต	3.89	0.62
		ไม่ดี	
	ในอนาคตอันใกล้นี้ ท่านคาดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลน่าจะมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จัก	2.36	0.62
		ปานกลาง	
	ท่านคาดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีมาก	3.01	0.63
		ปานกลาง	
	ในจำนวนผู้สูงอายุที่ท่านรู้จักท่านคาดว่าพวกเขาน่าจะมีปัญหาเรื่องสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่	3.88	0.65
		ไม่ดี	
	ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะแย่งยิ่งกว่าในปัจจุบันที่เป็นอยู่	3.94	0.59
		ไม่ดี	
	ความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ	4.04	0.65
		ดี	
	ท่านไม่เคยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเลย	3.11	0.59
		ปานกลาง	
	ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมากกว่าผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุ	4.23	0.58
		ไม่ดี	
	ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเสมอ	4.21	0.55
		ไม่ดี	
	ผู้ดูแลคนอื่น ๆ ดูเหมือนจะมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุของเขามากกว่าท่าน	3.17	0.53
		ปานกลาง	

ตารางที่ 8 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ) (N=334)

ข้อ	การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	การยอมรับความเจ็บป่วย	4.79	0.58
		ดีมาก	
	การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	4.87	0.55
		ดีมาก	
	ท่านยอมรับได้ว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลกำลังจะเข้าสู่ภาวะความเจ็บป่วย	4.65	0.62
		ดีมาก	
	การปฏิเสธความเจ็บป่วย	1.98	0.84
		ดี	
	ท่านพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่รับรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่าน	2.24	0.98
		ปานกลาง	
	เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านจะไม่บอกใครและจะเก็บไว้เป็นความลับ	1.88	0.96
		ไม่ดี	
	เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านพยายามที่จะทำเหมือนว่าผู้สูงอายุนั้นปกติดี	1.66	0.74
		ไม่ดี	
	เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านพยายามที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยนั้นร่วมกับเขา	4.37	0.65
		ดี	
	ทัศนคติต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์	3.83	0.77
		ดี	
	ท่านไม่ชอบการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์	2.57	0.66
		ปานกลาง	
	ท่านไม่เคยรู้สึกไร้ค่าหากต้องพาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไปพบแพทย์	3.95	0.77
		ดี	
	ภาพรวม	3.18	0.69
		ปานกลาง	

จากตารางที่ 8 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ในภาพรวม ผู้ดูแลรับรู้ถึง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.69$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.88$, $SD=0.78$) ภาวะสุขภาพในอดีต อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.94$, $SD=0.68$) ความต้านทาน/ความอ่อนแอ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.99$, $SD=0.78$) แนวโน้มสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.87$, $SD=0.54$) ความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=4.04$, $SD=0.65$) การยอมรับความเจ็บป่วย อยู่ในระดับ ดีมาก ($\bar{X}=4.79$, $SD=0.58$) การปฏิเสธความเจ็บป่วย อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=1.98$, $SD=0.84$) ทัศนคติต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=3.83$, $SD=0.77$)

ตารางที่ 9 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล (N=334)

ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเป็นโรคหรือมีภาวะ เจ็บป่วย ต่อไปนี้หรือไม่	มี/เป็น		ไม่มี/ไม่เป็น		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความดันโลหิตสูง	288	76.39	67	17.77	22	5.84
2.เบาหวาน	264	70.03	66	17.51	47	12.47
3.โรคหัวใจ	72	19.10	267	70.82	38	10.08
4.หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ	64	16.98	297	78.78	16	4.24
5.วัณโรคปอด	3	0.80	366	97.08	8	1.21
6.ต่อหีน	24	6.37	339	89.92	14	3.71
7.ต่อกระจก	146	38.73	219	58.09	12	3.18
8. มะเร็ง	8	2.12	351	93.10	18	4.77
9.ต่อมลูกหมากโต	55	14.59	319	84.62	3	0.80
10.กระเพาะอาหาร / กระเพาะอาหารอักเสบ	144	38.20	228	60.48	5	1.33
11.ข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ	208	55.17	163	43.24	6	1.59
12.โรคพาร์กินสัน โรคสั่น	5	1.33	370	98.14	2	0.53
13.โรคไต	46	12.20	315	83.55	16	4.24
14. สมองเสื่อม โรคหลงลืม ความจำเสื่อม	23	6.10	346	91.78	8	2.39
15.แผลกดทับ	52	13.79	321	85.15	4	1.06

จากตารางที่ 9 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ พบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.39) รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 70.03) และ ข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 55.17) ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (ภายในระยะเวลา 1 ปี) ตามการรับรู้ของผู้ดูแล (N=334)

ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเป็นโรคหรือมีภาวะเจ็บป่วย ต่อไปนี้หรือไม่	มี/เป็น		ไม่มี/ไม่เป็น		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หกล้ม	189	50.13	170	45.09	18	4.77
2. กลืนปัสสาวะไม่อยู่ (มีปัสสาวะเล็ด-ราด ปัสสาวะ ลำบาก ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ขณะไอ หัวเราะ หรือเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการขับปัสสาวะได้)	68	18.04	283	75.07	26	6.90
3. ท้องผูก/อุจจาระราด (ไม่สามารถกลืนอุจจาระได้)	76	20.16	287	76.13	14	3.71
4. มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (ตื่นกลางคืน นอนหลับ กลางวันมาก)	105	27.85	262	69.50	10	2.65
5. สูญเสียความจำ (ขี้ลืม ทบทวนความจำได้ยาก)	54	14.32	310	82.23	13	3.45
6. มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร (เคี้ยวและ กลืนลำบาก ไม่อยากรับประทานอาหาร มีอาการ เจ็บปวดในช่องปาก)	126	33.42	249	66.05	2	0.53
7. มีปัญหาเรื่องการได้ยิน (ได้ยินไม่ชัดเจน ใช้ เครื่องช่วยฟัง)	168	44.56	206	54.64	3	0.80
8. มีปัญหาเรื่องการมองเห็น (สายตายาว มองเห็นไม่ ชัดเจน)	212	56.23	157	41.64	8	2.12
9. มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ (เดินลำบาก ต้องใช้ อุปกรณ์ช่วยเดิน)	74	19.63	302	80.11	1	0.27
10. มีปัญหาเรื่องการนอนกรน	65	17.24	266	70.56	46	12.20

จากตารางที่ 10 ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาสุขภาพภายในระยะเวลา 1 ปี ตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือเรื่องการมองเห็น (สายตายาว มองเห็นไม่ชัดเจน) (ร้อยละ 56.23) รองลงมา คือ การหกล้ม (ร้อยละ 50.13) และ ปัญหาเรื่องการได้ยิน (ได้ยินไม่ชัดเจน ใช้เครื่องช่วยฟัง) (ร้อยละ 44.56)

ตารางที่ 11 การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (N=334)

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนนเฉลี่ย (0-10)
ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน	5.73
1. ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อตัวท่านเองจำเป็นต้องไปพบแพทย์	7.44
2. ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อท่านจำเป็นต้องไปทำธุระที่ท่านจำเป็นต้องไปทำ	6.58
3. ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่อให้ไปทำธุระแทนท่านได้	6.74
4. ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อท่านรู้สึกว่าการที่จะต้องพัก	4.32
5. ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวอยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านประมาณ 1 สัปดาห์ เมื่อท่านต้องการเวลาส่วนตัวของท่านเอง	3.55
ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ	6.10
6. เมื่อผู้สูงอายุลืมกิจวัตรประจำวันและถามคุณเกี่ยวกับอาหารมื้อเที่ยงที่เพิ่งรับประทานไป ท่านสามารถที่จะตอบคำถามของผู้สูงอายุได้โดยที่ไม่ใช้เสียงดังที่แสดงถึงความรำคาญ	7.20
7. เมื่อท่านโกรธเนื่องจากผู้สูงอายุถามคำถามซ้ำแล้วซ้ำเล่า ท่านสามารถที่จะบอกกับตัวเองให้ทำใจเย็น ๆ และสามารถระงับอารมณ์โกรธได้	6.55
8. เมื่อผู้สูงอายุบ่นหรือตำหนิเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลที่ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุท่านสามารถตอบสนองโดยที่ไม่โต้เถียงกลับ	6.87
9. เมื่อผู้สูงอายุถามคำถามท่าน 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ท่านสามารถที่จะตอบคำถามผู้สูงอายุได้โดยที่ไม่รำคาญหรือใช้เสียงดัง	4.24
10. เมื่อผู้สูงอายुरบกวนท่านถึง 4 ครั้งในระหว่างที่ท่านกำลังรับประทานอาหารเย็น ท่านสามารถที่จะตอบสนองการรบกวนนั้นได้โดยไม่รำคาญหรือใช้เสียงดัง	5.66
ความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล	7.10
11. ท่านสามารถควบคุมความคิดเกี่ยวกับความไม่เต็มใจในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	7.81
12. ท่านสามารถควบคุมความคิดที่ท่านรู้สึกว่ามันช่างไม่มีความยุติธรรมเลยที่ท่านต้องมาตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนี้	7.20
13. ท่านสามารถควบคุมความคิดของท่านได้ว่าจะไม่คิดว่าชีวิตของท่านช่างเป็นชีวิตที่ดีเพียงใด ก่อนที่ท่านจะต้องมาให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเช่นนี้ หรือท่านรู้สึกสูญเสียโอกาสไปมากมายเมื่อท่านจำเป็นต้องมาดูแลผู้สูงอายุ	6.75
14. ท่านสามารถควบคุมความคิดของท่านว่าท่านพลาดสิ่งใดหรือท่านต้องยกเลิกสิ่งใดในชีวิต เพราะผู้สูงอายุที่ท่านต้องดูแล	7.32
15. ท่านสามารถควบคุมความวิตกกังวลของท่านเกี่ยวกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	6.44
รวม	6.31

จากตารางที่ 11 พบว่า การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ในภาพรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.31 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 5.73 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.10 อยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.10 อยู่ในระดับ ดี

1.4 ผลการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการพัฒนาพัฒนา

คุณภาพชีวิตพอเพียงตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ตารางที่ 12 แสดงความเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน กับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ตามผลสรุปการสนทนากลุ่ม ระหว่างผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล

ด้าน	ความพอประมาณ	ความมีเหตุผล	การสร้างภูมิคุ้มกัน
ร่างกาย			
สติปัญญาและการรับรู้	<ul style="list-style-type: none"> - การเลือกทำกิจกรรมที่พอประมาณ ในการถนอมสายตา การได้ยิน - การฝึกสมอง และสติปัญญา รวมทั้ง ความจำ โดยใช้กิจกรรม เกมส์ หรือ สันทนาการในกลุ่มเครือข่าย/ชมรม 	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสติปัญญาและการรับรู้ ทั้งด้านการได้ยิน สายตา และความจำอย่างสม่ำเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างชมรม เครือข่าย ความช่วยเหลือ ในการดำเนินกิจกรรมที่เป็น การฝึกสมอง สติปัญญาและ การประเมินการรับรู้ทั้งด้าน สายตาและการได้ยิน
โภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> - การยึดหลักทางสายกลาง - การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ทานอาหารเฉพาะโรคที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย - การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร - การมีเครือข่ายและ เข้าร่วมสังคม ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - การเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ - การตรวจสอบภาวะโภชนาการ ตนเองอยู่ตลอดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> - มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/เป็นที่พึ่งทางความรู้ด้านโภชนาการ - การให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร - การเลือกปรุงอาหารรับประทานเอง
ออกกำลังกาย	<ul style="list-style-type: none"> - การออกกำลังกายและการเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - การเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการออกกำลังกายและ การทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ - ความมีวินัย ในการออกกำลังกายและการประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย - การให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย - การเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม
การขับถ่าย	<ul style="list-style-type: none"> - การเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใย และช่วยในการขับถ่าย - การหลีกเลี่ยงความเครียดและการนั่งหรือนอนนานๆ โดยไม่เคลื่อนไหว - การเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับร่างกายในการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย 	<ul style="list-style-type: none"> - การเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับอาหารที่มีกากใย และช่วยในการขับถ่าย - การทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ - ความมีวินัย ในการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย จะทำให้การขับถ่ายดีขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/เป็นที่พึ่งทางความรู้ด้านโภชนาการ อาหารที่มีกากใยและการเคลื่อนไหวของร่างกาย - การให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร - การเลือกปรุงอาหารรับประทานเอง

ตารางที่ 12 แสดงความเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน กับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามผลสรุปการสนทนากลุ่ม ระหว่างผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล (ต่อ)

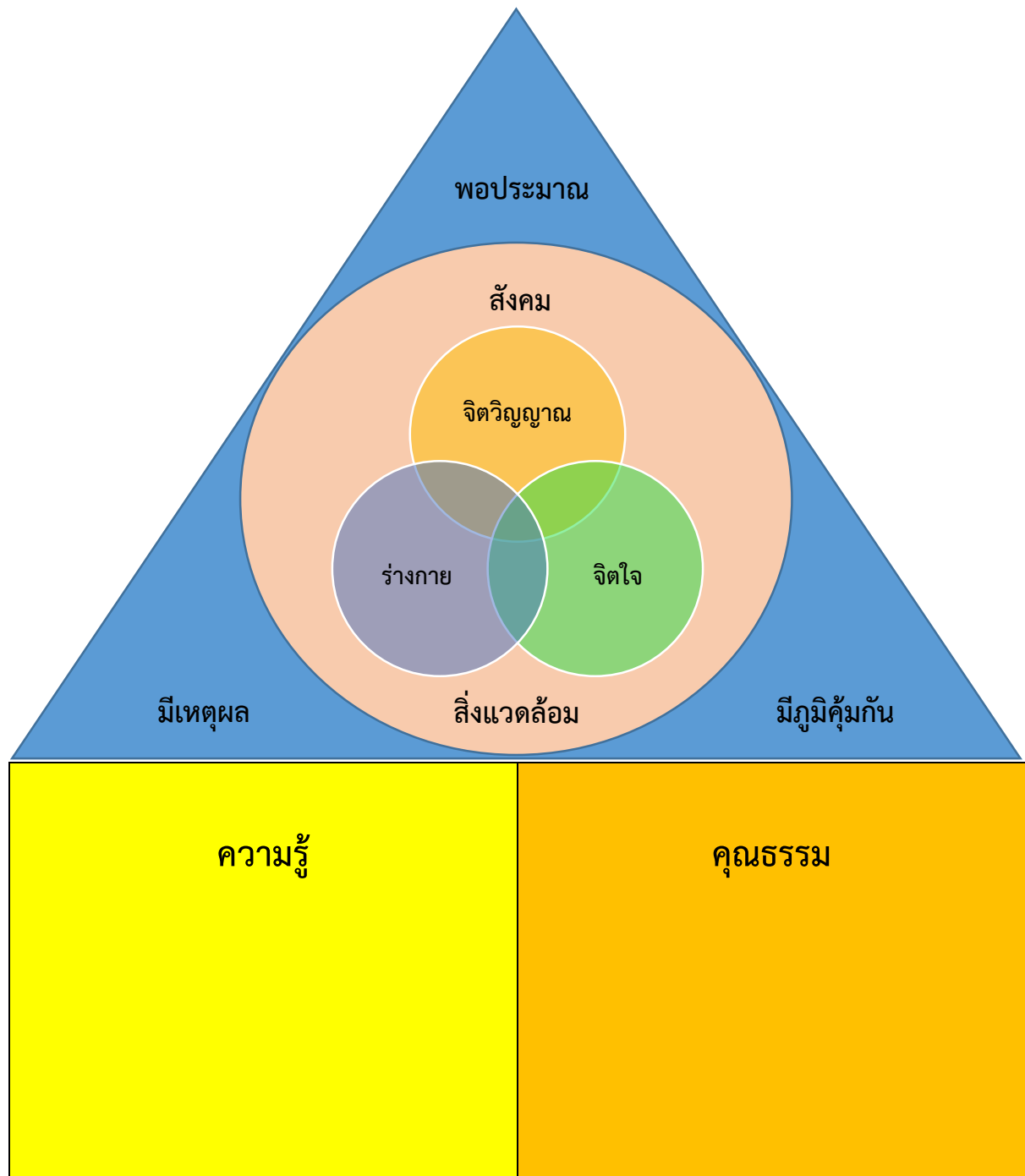
ด้าน	ความพอประมาณ	ความมีเหตุผล	การสร้างภูมิคุ้มกัน
การพักผ่อนนอนหลับ	-การเลือกวิธีการช่วยให้สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ตามสภาพที่ตนเองพอใจ เช่น การฟังเพลงหรือดนตรีบรรเลง การจัดบรรยากาศที่นอนหรือภายในห้องนอนให้เหมาะสมกับการพักผ่อน และการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เงียบ เพื่อให้สามารถพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ และเพียงพอ	-การประเมินคุณภาพการนอน -การประเมินสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการพักผ่อนนอนหลับ -การจัดสภาพแวดล้อมและที่นอนให้เหมาะสมกับการพักผ่อนนอนหลับ	- มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/เป็นที่พึ่งทางความรู้ด้านการประเมินคุณภาพการนอน - การให้ความสำคัญกับจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับ
จิตใจ/จิตวิญญาณ			
สุขภาพจิต/จิตวิญญาณ	- การยึดหลักทางสายกลาง - การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง - การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร - การมีเครือข่ายและ เข้าร่วมสังคัมชุมชน	- การสร้างและฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ - การตรวจสอบภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา	- การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้มีกำลังใจ - การให้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพจิต และการเห็นความสำคัญของการพักผ่อนหย่อนใจ - การอาสาสมัครช่วยงานในชุมชน /ช่วยครอบครัวลูกหลาน
สัมพันธ์ภาพทางสังคัม			
บทบาทและความสัมพันธ์ในสังคัม	-ความเข้าใจบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล -การเข้าร่วมเครือข่าย เช่น ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายในสังคัมออนไลน์ Social Media	-การสร้างสัมพันธ์ภาพ ผ่านบทบาทของชมรม คณะกรรมการ หรือผู้ร่วมงาน กิจกรรมของเครือข่าย -การช่วยเหลือ แบ่งปัน และเอื้อเพื่อ เอื้ออาทรต่อกัน	-การสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกัน -การช่วยเหลือชุมชนและสังคัมร่วมกัน เป็นการสร้างความเข้มแข็งและเป็นภูมิคุ้มกันทางสังคัม รวมทั้งเป็นการสร้างคุณค่าแก่ตนเองของผู้สูงอายุด้วย
สิ่งแวดล้อม			
การรับรู้และการจัดการสุขภาพ	-เลือกสถานบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน และมีความน่าเชื่อถือ -เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเครือข่าย -เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ชุมชน หรือสังคัมที่เป็น Social Media	-การศึกษา สอบถาม บอกรต่อสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน -ศึกษาระบบบริการ พฤติกรรมบริการของงานบริการสุขภาพ -ประกอบการตัดสินใจในการดูแล	-สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสถานบริการสุขภาพ -การให้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของคนที่สถานบริการสุขภาพจัดให้

ตารางที่ 12 แสดงความเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน กับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามผลสรุปการสนทนากลุ่ม ระหว่างผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล (ต่อ)

ด้าน	ความพอประมาณ	ความมีเหตุผล	การสร้างภูมิคุ้มกัน
การใช้ยา	- การใช้ยาตามความจำเป็นต่อความเจ็บป่วย	-การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและยาที่ได้รับอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ -การตรวจสอบการใช้ยาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ	-มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา -การป้องกันความเสี่ยงในการใช้ยา โดยใช้ให้ถูกต้อง และศึกษาผลข้างเคียงของการใช้ยา

จากตารางที่ 12 พบว่า ผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนทนากลุ่มในกลุ่มของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ได้แสดงความเชื่อมโยง ระหว่าง ประเด็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยแบ่งเป็นประเด็นต่าง ๆ อันได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่ง เชื่อมโยงกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สู่ความมีสุขภาพแบบพอเพียง บนพื้นฐานของความรู้ คุณภาพ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ของ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการสร้างภูมิคุ้มกันในแต่ละด้านที่จะมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นที่ร่วมกันกำหนด ประเด็นย่อย ดังแสดงตามตารางข้างต้น

1.5 สรุปรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทย และผลการประเมินรูปแบบตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทย

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทย ในภาคตะวันออก ใช้แนวคิดของภาพบ้านที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวและนำทาง ที่เปรียบเสมือนหน้าจั่วของบ้าน เป็นหลักปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 โดยอยู่บนตัวบ้านที่มีฐานของความรู้ คู่คุณธรรม โดยผู้สูงอายุเปรียบเสมือนผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน ที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่แวดล้อมด้วยสังคมและ

สิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงกรอบแนวคิดของบ้านอันอบอุ่นเพื่อสร้างสังคมผู้สูงวัยให้มีความรัก การแบ่งปันและความเอื้อเฟื้อเอื้ออารีต่อกันเปรียบเสมือนเพื่อนบ้านที่ดี ที่มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของหมู่บ้านร่วมกัน

ตารางที่ 13 ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ประเด็น	ความพึงพอใจ(ผู้สูงอายุ)			ความพึงพอใจ(ผู้ดูแล)		
	N=50			N=334		
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ความครบถ้วนสมบูรณ์ของรูปแบบ	4.58	0.77	มากที่สุด	4.55	0.70	มากที่สุด
1.1. ความครบถ้วนสมบูรณ์ในภาพรวม	4.77	0.77	มากที่สุด	4.68	0.60	มากที่สุด
1.2. ความครบถ้วนสมบูรณ์ขององค์ประกอบย่อยในแต่ละแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ	4.62	0.84	มากที่สุด	4.44	0.80	มาก
1.3. ความครบถ้วนสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์/เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุ	4.34	0.70	มาก	4.52	0.70	มากที่สุด
2. ความสามารถนำไปใช้ของรูปแบบ	4.67	0.68	มากที่สุด	4.69	0.63	มากที่สุด
2.1. ความสามารถในการนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ	4.66	0.56	มากที่สุด	4.74	0.60	มากที่สุด
2.2. ความสามารถในการใช้เพื่อจัดการภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี	4.50	0.77	มากที่สุด	4.88	0.70	มากที่สุด
2.3. ความสามารถในการประสานการดูแลผู้สูงอายุมาร่วมกับผู้อื่นได้	4.84	0.70	มากที่สุด	4.44	0.60	มาก
3. ความสะดวกในการนำไปใช้	4.51	0.70	มากที่สุด	4.43	0.53	มาก
3.1. ความง่ายและสะดวกในการทำความเข้าใจ	4.56	0.60	มากที่สุด	4.56	0.40	มากที่สุด
3.2. ความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้	4.33	0.74	มาก	4.44	0.60	มาก
3.3. ความง่ายและสะดวกในการประเมินและติดตามผล	4.64	0.77	มากที่สุด	4.28	0.50	มาก
4. ความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน	4.71	0.65	มากที่สุด	4.55	0.75	มากที่สุด
4.1. รูปแบบมีความเหมาะสมในการใช้งาน	4.77	0.60	มากที่สุด	4.44	0.80	มาก
4.2. รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน	4.64	0.70	มากที่สุด	4.66	0.70	มากที่สุด
รวม	4.62	0.70	มากที่สุด	4.55	0.64	มากที่สุด

จากตารางที่ 13 แสดงผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า ในภาพรวม ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง มีภาพรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.62$, $SD=0.70$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.64$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความครบถ้วนสมบูรณ์ของรูปแบบ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.58$, $SD=0.77$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.70$)

ด้านความสามารถนำไปใช้ของรูปแบบ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.67$, $SD=0.68$ / $\bar{X}=4.69$, $SD=0.63$)

ด้านความสะดวกในการนำไปใช้ ผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.51$, $SD=0.70$) ส่วน ผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}=4.43$, $SD=0.53$)

ด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.71$, $SD=0.65$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.75$)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก" เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทย ในกลุ่มชุมชนภาคตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกและพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุบนพื้นฐานแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ และสภาพปัญหา เป็นการวัดและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก และการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดรูปแบบและการพัฒนารูปแบบตามที่กำหนด เป็นการดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมประชุมระดมสมอง แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ อภิปรายร่วมกันโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ช่วยกันหาข้อสรุป แล้วนำรูปแบบที่ช่วยกันกำหนดและพัฒนาขึ้นนั้นไปทดลองปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลโดยการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง เป็นการประเมินเพื่อติดตามผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง ของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก ตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี และ 2) กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวและแกนนำในชุมชน โดยที่ทั้ง 2 กลุ่มอาศัยในจังหวัดเขตพื้นที่ภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาด จากตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของเครซี่ชีและมอร์แกน และเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากจังหวัดในภาคตะวันออก สุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัด และชุมชนในแต่ละอำเภอ อย่างง่ายโดยการจับสลาก ได้ชุมชนเทศบาลแสนสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 190 คน เทศบาลเมืองจันทบุรี จำนวน 129 คน และเทศบาลเมืองสระแก้ว จำนวน 65 คน รวมทั้งสิ้น 384 คน เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ฉบับที่ 1 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 และ ฉบับที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและ

ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มของผู้ดูแล การวิเคราะห์เนื้อหาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแล รวมถึงการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการประเมินผลการใช้รูปแบบ เพื่อนำไปสู่การอภิปรายผลต่อไป

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.00) อายุเฉลี่ย 66.34 ± 8.97 ปี อาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 34.00) รองลงมา มีอาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 24.00) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 46.00) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 82.00) สถานภาพ คู่ (ร้อยละ 46.00) ลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 56.00) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย $8,436.66 \pm 5,640.35$ บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $14,843.25 \pm 6,318.44$ บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.00) มีหนี้สิน (ร้อยละ 60.00) สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็น บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 58.00)

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.28) อายุเฉลี่ย 44.45 ± 6.24 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 54.19) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 36.23) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 91.02) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 37.72) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60.49) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย $8,720.16 \pm 4,763.29$ บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $15,154.32 \pm 4,218.27$ บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 44.31) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 50.00) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 5.06 ± 4.17 ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.27) ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 61.68)

3. ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 44.00 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.00 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับไม่ดี ร้อยละ 14.00 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.00, 56.00 และ 54.00 ตามลำดับ และ ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 76.00

4. ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.82$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รู้สึกพอใจ (ที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน) ($\bar{X}=3.38$, $SD=0.75$) และ พอใจกับการนอนหลับ ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.78$) ในระดับปานกลาง แต่ยังมีจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{X}=3.32$, $SD=0.73$) ในระดับปานกลาง

ด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.42$, $SD=0.62$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.54$) รู้สึกพอใจในตนเอง ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.54$) ในระดับดี แต่ยังมีปัญหาเรื่อง มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อย ($\bar{X}=3.41$, $SD=0.65$) ในระดับปานกลาง

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.47$, $SD=0.66$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.47$) พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.73$) ในระดับ ดี และ พอใจในชีวิตทางเพศ ($\bar{X}=3.20$, $SD=0.66$) ในระดับปานกลาง

ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.83$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ($\bar{X}=3.81$, $SD=0.81$) พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ($\bar{X}=3.79$, $SD=0.41$) และ ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมาก ($\bar{X}=3.75$, $SD=0.83$) ในระดับดี แต่ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตในข้อที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ยังประเมินได้ค่าน้อยที่สุดในด้านนี้ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.65$)

ด้านทั่วไป มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.08$, $SD=0.83$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดว่ามีคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.20$, $SD=0.66$) และ พอใจกับสุขภาพในตอนนี้อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.96$, $SD=0.95$)

5. ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการและโรคต่าง ๆ ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 96.00 และตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 62.00 จำนวนครั้งเฉลี่ย 2.56 ± 4.23 ครั้ง/ปี โดยมีสาเหตุสำคัญ 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.00 และการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 12.00 ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่เลย ร้อยละ 32.00 รองลงมา เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 24.00 ซึ่งสูบนาน 5.64 ± 7.42 ปี เฉลี่ยวันละ 2.8 ± 1.67 มวนต่อวัน และสำหรับผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว มีร้อยละ 22.00 ซึ่งเลิกมาแล้ว เฉลี่ย

12.6±4.54 ปี การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ จะดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 38.00 และอุบัติเหตุที่เคยได้รับส่วนใหญ่ เป็นอุบัติเหตุภายในบ้าน ร้อยละ 56.00 รองลงมาคือ อุบัติเหตุจากการจราจร ร้อยละ 36.00 คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์และเอกสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ร้อยละ 66.00 รองลงมา คือ ได้รับจากพยาบาล ร้อยละ 64.00 สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 58.00 รองลงคือ สิทธิเบิกได้(ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ) และชำระค่ารักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 20.00 เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 48.00 รองลงมา คือ ไปรับการรักษาที่สถานเอนามัย ร้อยละ 20.00 เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุคิดว่าผู้ที่จะสามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด คือ ดูแลตนเอง ร้อยละ 44.00 รองลงมา คือ คู่สามี/ภรรยา ร้อยละ 24.00

ด้านโภชนาการ พบว่า ประเภทของอาหารที่ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรับประทานบ่อยที่สุดคือ อาหารประเภทต้ม นึ่ง อบ ร้อยละ 52.00 ใน 1 สัปดาห์รับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้งหรือผักใบเขียวชนิดอื่น ๆ บ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 52.00 รับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู่ ฝรั่ง พุทรา ไม่บ่อยครั้ง ร้อยละ 32.00 ส่วนใหญ่รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ลำไย ทุเรียน ขนุน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ละครุด บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 56.00 และรับประทานขนมหวาน เช่น ขนมไทย เค้ก คุกกี้ บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 40.00 โดยส่วนใหญ่รับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิมเป็นประจำ (5-7วัน) ร้อยละ 58.00 มักรับประทานอาหารจุกจิก มากกว่า 3 มื้อ บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 34.00 แต่ไม่รับประทานทอफी ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 54.00 ยังคงดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เป็นบางครั้ง(1-2วัน) ร้อยละ 34.00 ส่วนเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ นิยมดื่มน้อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 44.00

ด้านการขยับถ่าย พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะนิสัยในการขยับถ่าย 1-2 วันถ่ายครั้ง ร้อยละ 30.00 ลักษณะของอุจจาระโดยส่วนมาก ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นเหม็น ร้อยละ 34.00 เคยมีอาการขยับถ่ายลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายได้ บางครั้ง ร้อยละ 34.00 และเคยมีอาการปัสสาวะลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 42.00

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 36.00 โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 15-19 นาที ต่อครั้ง ร้อยละ 42.00 การออกกำลังกายที่นิยม คือ การเดินหรือวิ่งเหยาะ ๆ ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือ เต้นแอโรบิค ร้อยละ 32.00 เมื่อออกกำลังกายแล้วมีความรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 32.00

ด้านการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอนหลับพักผ่อนวันละ 5-7 ชั่วโมง ร้อยละ 34.00 รองลงมา นอนหลับพักผ่อนวันละ 2-4 ชั่วโมง ร้อยละ 30.00 ต้องใช้ยาในการช่วยนอนหลับ เป็นบางครั้ง(1-2วัน) ร้อยละ 50.00 และเมื่อนอนหลับจะมีฝันร้ายเป็นบางครั้ง(1-2วัน) ร้อยละ 44.00 ซึ่งปกติผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนอนในเวลา 20.00-22.00 น. ร้อยละ 42.00 และตื่นนอนก่อนเวลา 06.00 น. ร้อยละ 48.00

ด้านสติปัญญาและการรับรู้ พบว่า มีปัญหาในการได้ยินเสียง ร้อยละ 44.00 ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 8.00 มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ร้อยละ 60.00 และสวมแว่นตา ร้อยละ 52.00 ในปีนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการ

ตรวจวัดสายตามาแล้ว มีร้อยละ 68.00 ผู้สูงอายุที่คิดว่าตัวเองเป็นคนขี้หลงขี้ลืม มีร้อยละ 80.00 รู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถจัดการและตัดสินใจอะไรได้ ร้อยละ 56.00 และตัดสินใจลำบาก ร้อยละ 26.00 ผู้สูงอายุที่เรียนรู้และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก มีร้อยละ 40.00 และรู้สึกว่าจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น ร้อยละ 56.00

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ รู้สึกผิดหวังเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.00 รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.00 รู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิต เป็นบางครั้ง ร้อยละ 44.00 รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมอง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 52.00 และรู้สึกว่าสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้รำคาญใจได้บ่อยครั้ง 48.00

6. ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม ในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีศักยภาพในการดูแลตนเองด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.49$, $SD=0.66$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีศักยภาพในระดับ ดี 3 ลำดับแรก ในเรื่อง มีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ($\bar{X}=3.62$, $SD=0.53$) คนในครอบครัวบอกผู้สูงอายุว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวของผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.51$) และการเป็นผู้จัดการและผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัว ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.53$)

7. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ในภาพรวม ผู้ดูแลรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.69$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.88$, $SD=0.78$) ภาวะสุขภาพในอดีต อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.94$, $SD=0.68$) ความต้านทาน/ความอ่อนแอ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.99$, $SD=0.78$) แนวโน้มสุขภาพ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.87$, $SD=0.54$) ความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=4.04$, $SD=0.65$) การยอมรับความเจ็บป่วย อยู่ในระดับ ดีมาก ($\bar{X}=4.79$, $SD=0.58$) การปฏิเสธความเจ็บป่วย อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=1.98$, $SD=0.84$) ทัศนคติต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}=3.83$, $SD=0.77$)

8. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ พบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.39) รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 70.03) และข้อเสื่อม เก่าตัว รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 55.17) ตามลำดับ

9. ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาสุขภาพภายในระยะเวลา 1 ปี ตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ คือเรื่องการมองเห็น (สายตายาว มองเห็นไม่ชัดเจน) (ร้อยละ 56.23) รองลงมา คือ การหกล้ม (ร้อยละ 50.13) และ ปัญหาเรื่องการได้ยิน (ได้ยินไม่ชัดเจน ใช้เครื่องช่วยฟัง) (ร้อยละ 44.56)

10. การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ในภาพรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.31 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 5.73 อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.10 อยู่ในระดับ ปานกลาง

ด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.10 อยู่ในระดับ ดี

11. ผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนทนากลุ่มในกลุ่มของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ได้แสดงความเชื่อมโยง ระหว่าง ประเด็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก โดยแบ่งเป็นประเด็นต่าง ๆ อันได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วยประเด็นย่อย ดังนี้ สติปัญญาและการรับรู้ โภชนาการ ออกกำลังกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ประกอบด้วยประเด็นย่อย ด้าน สุขภาพจิตและจิตวิญญาณ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ประกอบด้วยประเด็นย่อย ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยประเด็นย่อย ด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ การเฝ้าระวัง ซึ่ง เชื่อมโยงกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สู่ความมีสุขภาพแบบพอเพียง บนพื้นฐานของความรู้ คู่คุณภาพ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ของ ความพอประมาณ ความมีเหตุมีผล และการสร้างภูมิคุ้มกันในแต่ละด้านที่จะมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นดังกล่าว

12. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทย ในภาคตะวันออก ใช้แนวคิดของ ภาพบ้านที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวและนำทาง ที่เปรียบเสมือนหน้าจั่วของบ้าน เป็นหลักปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 โดยอยู่บนตัวบ้านที่มีฐานของความรู้ คู่คุณธรรม โดยผู้สูงอายุเปรียบเสมือนผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน ที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่แวดล้อมด้วยสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงกรอบแนวคิดของบ้านอันอบอุ่นเพื่อสร้างสังคมผู้สูงวัยให้มีความรัก การแบ่งปันและความเอื้อเฟื้อเอื้ออารีต่อกันเปรียบเสมือนเพื่อนบ้านที่ดี ที่มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของหมู่บ้านร่วมกัน

13. ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล พบว่า ในภาพรวม ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง มีภาพรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.62$, $SD=0.70$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.64$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความครบถ้วนสมบูรณ์ของรูปแบบ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.58$, $SD=0.77$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.70$)

ด้านความสามารถนำไปใช้ของรูปแบบ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.67$, $SD=0.68$ / $\bar{X}=4.69$, $SD=0.63$)

ด้านความสะดวกในการนำไปใช้ ผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.51$, $SD=0.70$) ส่วน ผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}=4.43$, $SD=0.53$)

ด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}=4.71$, $SD=0.65$ / $\bar{X}=4.55$, $SD=0.75$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทยในภาคตะวันออก คณะผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ด้านประชากรศึกษา

1. กลุ่มผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า

1.1 ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.00 มีอายุเฉลี่ย

66.34 ± 8.97 ปี สอดคล้องกับสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ที่สำรวจประชากรทั่วประเทศไทย พบว่า ทั่วประเทศไทย มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,705 คน เป็นชาย 4,514,815 และหญิง 5,499,890 คนหรือคิดเป็นชายร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของ พรทิพย์ สุขอดิศัย จันทร์ชลิ มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิตติญาณุสันต์ (2557) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่ง พบว่า ข้อทั่วไปของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 54.20 ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 67.70 จากข้อมูลทั่วไปดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุของไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (The young old) ช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นช่วงที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติในหลาย ๆ ด้าน เช่น การเกษียณอายุการทำงาน ช่วงวัยนี้ยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง และยังมีสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ อยู่ (กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ดังนั้น การดูแลสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการตามบริบทของพื้นที่

1.2 การทำงานของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 34.00) รองลงมา รองลงมา คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 24.00) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ยประมาณ 8,436.66 ± 5,640.35 บาท และมีรายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 14,843.25 ± 6,318.44 บาท ความเพียงพอของรายได้ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.00) ส่วนใหญ่ มีหนี้สิน (ร้อยละ 60.00) สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 38.4 ยังคงทำงานอยู่ และร้อยละของการทำงานยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เป็นร้อยละ 59.00 ในปี พ.ศ. 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) อาชีพ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.4 เป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง รองลงมา คือ ช่วยธุรกิจครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง (ร้อยละ 20.8) เป็นลูกจ้างรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างภาคเอกชน (ร้อยละ 13.7) และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นนายจ้างมีเพียงร้อยละ 4.0 ส่วนรายได้ของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560) ที่รายงานว่า ผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่มี ร้อยละ 28.2 มีรายได้ 10,000-29,999 บาทต่อเดือน รองลงมา ร้อยละ 21.4 มีรายได้ 30,000-49,999 บาทต่อเดือน อันดับ 3 ร้อยละ 15.2 มีรายได้ 50,000-69,999 บาทต่อเดือน โดยมีเพียงร้อยละ 10.9 ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอ อาจไม่สอดคล้องกัน เนื่องจาก การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.00 รู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินถึงร้อยละ 60.00 ซึ่งไม่สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในภาพรวมร้อยละ 50.3 ตอบว่ารายได้เพียงพอในการใช้จ่าย แต่มีเพียงร้อยละ 5.8 ที่มีเหลือเก็บออม แสดงให้เห็นว่า โดยรวมสภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ยังจัดได้ว่า ยังมีรายได้ไม่เพียงพอ และไม่มีเงินเหลือเก็บออม

1.3 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ พบว่า มี ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 46.00) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย ของ กิตติวงศ์ สาสวด (2558) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.5 และการศึกษาวิจัย ของพรทิพย์ สุขอดิศัย จันทร์ชลิ มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิตติญาณุสันต์ (2557) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ

66.70 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาสู่การสุ่มตัวอย่าง เป็นชุมชนในเขตเมือง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเศรษฐฐานะค่อนข้างดี ทำให้ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ผลการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ที่ทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่เดียวกันได้ รวมถึงระยะเวลาของการศึกษา ที่เป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุตอนต้น ที่เพิ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าเมื่อก่อน ทำให้ผลการศึกษาวิจัยนี้ พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น

1.4 การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 56.00 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 46.00 และมีผู้อยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 8.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ กิตติวงศ์ สาสด (2558) ที่พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยในบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 56.8 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พรทิพย์ สุขอดิษฐ์ จันทร์ชลิ มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิตติญาณุสันต์ (2557) ที่พบว่า ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 53.28 จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันครอบครัวไทยได้เปลี่ยนรูปแบบไปมาก จากที่เคยเป็นครอบครัวขยาย คนหลายรุ่นอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกในครัวเรือนน้อยลง ไปจนถึงครัวเรือนที่คนคนเดียวอาศัยอยู่ หรืออยู่ด้วยกันกับคนที่ไม่ใช่ญาติพี่น้องจนไม่อาจเรียกว่าเป็น “ครอบครัว” ตามคานิยามเดิมที่ใช้กันมา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ รายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ที่พบผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยลำพังคนเดียวในเขตเทศบาลมากถึง ร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี

2. กลุ่มผู้ดูแล ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า

2.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.28 อายุเฉลี่ย 44.45 ± 6.24 ปี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ดวงกมล หน่อแก้ว และ ชนุกร แก้วมณี (2559) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 43.1 ปี (SD±11.58) อายุมากที่สุด 76 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.6 มีอายุระหว่าง 31-50 ปี มีความสัมพันธ์ในฐานะบุตร คู่สมรส และหลาน/พี่น้อง และยังสอดคล้องกับการวิจัยของ อุบล ศรุตธนาเจริญ (2557) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 และพบมากที่สุด มีอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 32 ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในครอบครัวไทยส่วนใหญ่ เป็นผู้หญิง แต่ช่วงอายุของผู้ดูแลอาจมีความแตกต่างกันบ้าง ตามบริบทของพื้นที่ เช่น ในพื้นที่เขตเมืองหรือในกรุงเทพมหานคร ช่วงอายุของผู้ดูแลที่ลดลง อาจเนื่องมาจาก การใช้บริการผู้ดูแลจากสถานพยาบาล ซึ่งผู้ให้บริการการดูแลยังมีช่วงอายุที่ไม่มากนัก แตกต่างจากชุมชนในชนบทหรือในต่างจังหวัด ที่ผู้ดูแลจะมีอายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี และส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรส บุตร หลานหรือญาติพี่น้อง

2.2 ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รายได้ไม่สูงมากนัก เฉลี่ยต่อเดือน เฉลี่ย $8,720.16 \pm 4,763.29$

บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $15,154.32 \pm 4,218.27$ บาท ส่วนใหญ่รายได้ไม่พอเพียงต่อการใช้จ่าย สิทธิการรักษาพยาบาล เป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร้อยละ 65.27 และ ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 61.68 ระยะเวลาดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 5.06 ± 4.17 ปี แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแล มีเครษฐานะที่ค่อนข้างต่ำ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หรือในชุมชน ไม่ใช่เป็นการรับจ้างแต่เป็นภาระความรับผิดชอบของคนในครอบครัว การดูแลยังไม่ได้รับความรู้และการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ (2557) ที่ประเมินผลการดำเนินงานโครงการขยายผลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) พบว่า ในมุมมองของคนในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การให้การดูแลผู้สูงอายุทุกคนตราบจนถึงวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ รวมถึงการวิจัยของ วรณรัตน์ ลาวัง (2548) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าญาติของผู้ดูแลมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 12-82 ปี ส่วนมากจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000บาท/ เดือนและไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ปวยเรื้อรังมาก่อน โดยใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน และ 1 ใน 4 มีปัญหาในการดูแล ได้แก่ ขาดความรู้ ไม่มีเวลา เหนื่อย และสื่อสารกับผู้ปวยลำบาก

3. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 44.00 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.00 ซึ่งมีค่าค่อนข้างใกล้เคียงกัน และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับไม่ดี ร้อยละ 14.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ปิยภรณ์ เลาหบุตร(2557) ที่ทำการศึกษาคคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ที่พบว่า โดยภาพรวม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างดี และการศึกษาวิจัยของ สุทธิพงศ์ บุญผดุง (2554) ที่ทำการศึกษาคคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1) ที่พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับ ค่อนข้างดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ธาริน สุขอนันต์ สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์ ทศนันท์ ทุมมานนท์ และ ปิยรัตน์ จิตรภักดี (2554) ที่ทำการศึกษาคคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ที่พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 93.76$) เมื่อพิจารณาจำแนกตาม กลุ่มคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 91.49$) ร้อยละ 64.2 รองลงมา เป็นระดับดี ($\bar{X} = 108.73$) ร้อยละ 24.8 และระดับไม่ดี ($\bar{X} = 73.43$) ร้อยละ 11.0

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ปิยภรณ์ เลาหบุตร(2557), วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรรัตน์ ประทานวรปัญญา และ จิตาภา ศิริปัญญา (2554), ธาริน สุขอนันต์ สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์ ทศนันท์ ทุมมานนท์ และ ปิยรัตน์ จิตรภักดี (2554) ทั้งนี้เนื่องจาก ปัญหาหลักของผู้สูงอายุคือ ปัญหา

สุขภาพทางกาย การเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแบบสอบถาม WHOQOL-BREF-THAI ด้านสุขภาพร่างกาย มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิต น้อยกว่าในทุก ๆ ด้าน ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.82$) รวมถึงการประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาสุขภาพภายในระยะเวลา 1 ปี ส่วนใหญ่ คือเรื่องการมองเห็น (สายตาวัว มองเห็นไม่ชัดเจน) (ร้อยละ 56.23) รองลงมา คือ การหกล้ม (ร้อยละ 50.13) และ ปัญหาเรื่องการได้ยิน (ได้ยินไม่ชัดเจน ใช้เครื่องช่วยฟัง) (ร้อยละ 44.56) ซึ่งเป็นปัญหาจากสุขภาพทางกาย นอกจากนี้ ยังมีภาวะโรคและการเจ็บป่วยต่าง ๆ ซึ่งพบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.39) รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 70.03) และ ข้อเสื่อม เก่าตัว รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 55.17) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตะพันธุ์ และคณะ (2543) ที่พบว่า ปัญหาในด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายนั้นสืบเนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นและขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพจนกลายเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่างๆ คือโรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบทโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม และโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญเช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรจะทำได้ (ทุพพลภาพระยะยาว) และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร ซึ่งนับได้ว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุ จากการศึกษานี้พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.00 สอดคล้องกับการวิจัยของ วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรารัตน์ ประทานวโรปัญญา และ จิตภา ศิริปัญญา (2554), ธาริน สุขอนันต์ สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์ ทศนันท์ ทูมมานนท์ และ ปิยรัตน์ จิตรภักดี (2554) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ปิยภรณ์ เลหาบุตร(2557) ที่พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างดี และ การศึกษาวิจัยของ ภูริชญา เทพศิริ (2555) ที่พบว่า ด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ จากความวิตกกังวลทุกซ່วณห่วงใยลูกหลานกลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล ตลอดจนถึงมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลับพบว่า ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ด้านจิตใจในระดับปานกลาง โดยยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกผิดหวังบ้างเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 40) มีความวิตกกังวล กลัวและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ บ้างเป็นบางครั้ง(ร้อยละ 40) หรือหมดหวังในชีวิตบ้าง (ร้อยละ 44) ไม่มีความสุขหรือรู้สึกเศร้าหมอง บ้างเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 52) แต่ยังคงสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้ดี (ร้อยละ 48) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ยังเป็นกลุ่มช่วงอายุสูงวัยตอนต้นที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี เพียงแต่ต้องปรับตัวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จากความเสื่อมของร่างกาย ความเจ็บป่วยของโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามวัย และสภาพแวดล้อม เช่น การเกษียณการทำงาน การปรับเปลี่ยนของสังคมต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งนี้ ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมเช่น การที่ผู้สูงอายุได้รับ

ความเคารพนับถือและเชื่อฟังของบุตรหลาน การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และการที่บุตรหลาน ยังให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลในทางตรงกันข้ามคือ ความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ซึ่งครอบครัว และชุมชนมีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 54.00 โดย ผู้สูงอายุ รู้สึกพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ การผูกมิตรหรือเข้า กับคนอื่นได้ในระดับดี จากผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีศักยภาพในระดับ ดี 3 ลำดับแรก ในเรื่อง มีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ($\bar{X}=3.62$, $SD=0.53$) คนในครอบครัวบอกผู้สูงอายุว่า ที่ ครอบครัวยุติได้ทุกวันนี้เพราะตัวของผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.51$) และ การเป็นผู้จัดการและผู้ตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัว ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.53$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอา ใจใส่และการให้ความสำคัญจากคนในครอบครัว และยังคงบทบาทผู้นำในครอบครัวอยู่ทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ต้องการของสังคม จากความสามารถในการผูกมิตรและการได้รับความช่วยเหลืออันดี จากเพื่อน ๆ รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม และสังคมเครือข่าย สอดคล้องกับการวิจัยของ ปิยภรณ์ เลาบุตร(2557) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกับบุคคลภายในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันรวมถึงหน่วยงาน ราชการก็ได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุมีความสุขที่ติดต่อกับบ้านในชุมชนที่อยู่อาศัย รู้สึกว่ามีความพึงพอใจในชุมชน และการบริการรวมถึงสวัสดิการที่ได้รับจากหน่วยงานราชการในชุมชน ทำให้สัมพันธภาพทางสังคมดีด้วย สอดคล้องกับการวิจัยของ วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และ จิตภา ศิริปัญญา (2554), ธาริน สุขอนันต์ สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์ ทศนันท์ ทูมมานนท์ และ ปิยรัตน์ จิตรภักดี (2554) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ซึ่งถือว่าเป็นแนวโน้มที่ดี เช่น เข้าร่วมงานเทศกาลตามประเพณี งานบุญ งานวัด ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขสนุกสนานรู้สึก สดชื่นมีชีวิตชีวา และรื่นรมย์กับสิ่งรอบตัว ทั้งนี้ความเบิกบานอาจก่อให้เกิดการทำกิจกรรมกับเพื่อนหรือกลุ่ม ผู้สูงอายุในวัยเดียวกันหรืออาจเป็นความเบิกบานจากการได้ทำสิ่งที่ตนเองชอบงานในยามว่างเกี่ยวกับ ความสุขเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อยู่รอบตัว รวมทั้งการมีอารมณ์ขันและทำให้ผู้สูงอายุที่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเครือข่าย ทางสังคมมากขึ้น

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับ ดี ร้อยละ 76.00 โดยผู้สูงอายุมีความสุขที่มั่นคงปลอดภัย พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ได้ รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด ในระดับ ดี และยังคงมีเงินพอใช้ จ่ายตามความจำเป็น สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง และมีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ อยู่ใน ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ ปิยภรณ์ เลาบุตร(2557) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีคุณภาพ ชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ค่อนข้างดี มีสภาพบ้านอากาศถ่ายเท มีแสงสว่างเพียงพอ สะดวก มีความเป็นส่วนตัว บ้านมีความมั่นคงและชุมชนมีความปลอดภัย เช่น ปราศจากโจรผู้ร้าย สะดวกในการขอรับบริการ ด้านการเงิน

และความสะดวกในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตสามารถใช้ประโยชน์และเข้าถึงระบบ สาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้าประปา ถนน ในชุมชน อยู่ในระดับดี มีส่วนที่ถูกสุขลักษณะ ภายในบ้านมีสิ่งอำนวยความสะดวก ได้รับบริการด้านสวัสดิการจากผู้นำชุมชน และที่หมู่บ้านจัดให้มีอุปกรณ์และสถานที่สำหรับฝึกฝน ทักษะต่าง ๆ ในการทำกิจกรรมสันทนาการในเวลาว่าง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออก มีความรู้สึกที่ดีต่อการอยู่อาศัยในชุมชน ในสภาพแวดล้อมที่ดี น่าอยู่ มั่นคงและรู้สึกปลอดภัย มีความสะดวกสบาย นั้นเอง แต่ยังพบว่า มีประเด็นด้านสิ่งแวดล้อม ที่ยังสามารถพัฒนาปรับปรุงได้อีก คือ การจัดสภาพแวดล้อมให้ ดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ รองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยที่นับวันจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น

ด้านศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในภาคตะวันออก มีศักยภาพในการดูแลตนเองด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ

ค่อนข้างดี และมีความเหมาะสม ส่วนด้านโภชนาการ พบว่า ยังชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ลำไย ทูเรียน ขนุน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ละมุด บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 56.00 และรับประทานขนมหวาน เช่น ขนมไทย เค้ก คุกกี้ บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 40.00 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ในภาคตะวันออกเป็นดินแดนผลไม้ มีผลไม้หลากหลาย อาชีพ เป็นชาวสวนผลไม้ เช่น เงาะ ลำไย ทูเรียน มังคุด ขนุน มะม่วง ลองกอง ทำให้ผู้สูงอายุจึงนิยมรับประทานผลไม้ของท้องถิ่น ที่รสหวาน ประกอบกับ การปรุงอาหารคาวบางอย่าง และการทำขนมยังนิยมใส่ผลไม้ลงไปด้วย ทำให้การควบคุมอาหารที่มีรสหวานยังทำได้ไม่ดี จึงควรให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานและขนมหวานต่าง ๆ นอกจากนี้ยังนิยมดื่ม เครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ บ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 44.00 โดยผู้สูงอายุมักจะชอบนั่งจิบกลุ่มคุยกัน จิบ กาแฟไปพลางด้วยคุณสมบัติอันหอมกรุ่น รสชาติที่ขมแต่อร่อย และมีประสิทธิภาพช่วยสร้างความสดชื่นให้ผู้ ดื่มได้ แต่ทางการแพทย์พบว่า เครื่องดื่มประเภทน้ำชากาแฟ เป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีประโยชน์เพราะสารคาเฟอีน ใน ชา กาแฟมีผลเสียดื้ออ่อน ๆคือดื่มแล้วจะติด เมื่อไม่ได้ดื่มจะหงุดหงิด มือสั่น ใจสั่น ร่างกายจะใช้เวลากว่า 48 ชั่วโมง ในการสลายคาเฟอีน ถ้าร่างกายได้รับ คาเฟอีนจำนวนสูงประมาณ 3,000 - 10,000 มิลลิกรัม จะ ทำให้ตายในระยะอันสั้นได้ อันตรายต่อผู้ป่วยที่ดื่มกาแฟมากๆ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นหย่อม ๆ คาเฟอีนมีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ไตรกลีเซอไรด์สูงกรดไขมันอิสระสูง จึงไม่เหมาะกับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน หรือมีไขมัน ในเลือดสูง ฤทธิ์ของคาเฟอีนเพิ่มการหลั่งของกรดในกระเพาะ จึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคไต จะเห็นว่ากาแฟนั้นมีทั้งผลดีผลร้ายกับร่างกาย ดังนั้นต้องจำกัด ปริมาณให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสมหรือไม่ดื่ม เลยได้ ด้านการขับถ่ายและการพักผ่อนนอนหลับ ยังอยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่การออกกำลังกายยังมีการ ออกกำลังกายค่อนข้างน้อย และไม่สม่ำเสมอ รวมถึงประเภทการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสมกับสภาพการ เปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงควรให้ความรู้ คำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ เหมาะสม และการรวมกลุ่ม ชมรมในการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง ขึ้น

ด้านสติปัญญาและการรับรู้ พบว่า ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกคือ ผู้สูงอายุที่คิดว่า ตัวเองเป็นคนขี้หลงขี้ลืม ถึง ร้อยละ 80.00 และรู้สึกว่าจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น ร้อยละ 56.00 สอดคล้องกับ

การศึกษาวิจัยของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ(2557) ที่พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย เท่ากับร้อยละ 12.4 พบในเพศหญิงร้อยละ 15.1 และ เพศชายร้อยละ 9.8 ความชุกภาวะสมองเสื่อมเพิ่มตาม อายุและจำนวนความชุกจะเพิ่มขึ้นเท่าตัว ในทุก ๆ ช่วงอายุ 5 ปีที่เพิ่มขึ้น รองลงมา คือ ปัญหาเกี่ยวกับสายตา ร้อยละ 60.00 โดยในปีนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวัดสายตามาแล้ว มีร้อยละ 68.00

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้สูงอายุยังจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ ค่อนข้างดี แม้ว่าจะมีความรู้สึกผิดหวังบ้าง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.00 รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.00 รู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิต เป็นบางครั้ง ร้อยละ 44.00 รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมอง เป็นบางครั้ง ร้อยละ 52.00 แต่ยังสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้รำคาญใจได้บ่อยครั้ง 48.00

4. ด้านศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือ ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวอยู่ดูแลผู้สูงอายุ แทนในระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ได้ เมื่อที่ต้องการเวลาส่วนตัว หรือแม้กระทั่ง แทนสัก 1 วัน เมื่อต้องการที่จะพักยังเป็นไปได้ยาก ซึ่งสะท้อนภาระและความรับผิดชอบที่หนักของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ที่คนในครอบครัว สังคม และชุมชน ต้องให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้รับการแบ่งเบาภาระและความรับผิดชอบได้บ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย ของ ศิราณี ศรีหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง (2557) ที่ศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่า การดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัว และระบบการสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในและการ ออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชนได้แก่ พัฒนา สถานบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวของประเทศ อันนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่าย/ชมรมผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และถอดบทเรียนเป็นคลังความรู้ ให้ผู้อื่นสามารถสืบค้นและนำไปใช้ประโยชน์หรือต่อยอดได้โดยง่าย
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบริบทของตน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมมือกันในการพัฒนาความรู้

ทักษะ และทัศนคติของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

3. มหาวิทยาลัย สถานศึกษา ควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาหลักสูตร โปรแกรมการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุและผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตร หรือการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป
2. ควรศึกษาวิจัย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
3. ศึกษาวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งระดับผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้านและติดสังคม

บรรณานุกรม

กมล สุดประเสริฐ. (2540). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์, กระทรวงศึกษาธิการ.

กิตติวงศ์ สาสวด. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. คณะวิทยาการจัดการ. มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์.

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุรีย์ บุญญานุพงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชัยพล ดิษฐอึ้ง. (2558). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองกินเพล อำเภอบางบาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 12(1) : 265 - 283.

ชูชีพ เปียดนอก. (2559). การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง: กรณีตำบลบางเตย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 8(1) : 49-56

दनัย ธีวันดา และมลลลี้ แสนใจ (2544) . ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 : อุบลราชธานี.

ดวงกมล ห่อแก้ว และ ชนกร แก้วมณี. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 “สร้างเสริมสหวิทยาการ ผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC”. อุบลราชธานี.

ทรงธรรม สนวนียะ.(2540). สวัสดิการผู้สูงอายุ : การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

เทพินทร์ พัชรานุรักษ์ (2537). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธาริน สุขอนันต์ สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์ ทศนันท์ ทุมมานนท์ และ ปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์; 41(3): 240-249

นพวรรณ หาญพล.(2535). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ประสพการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น ชโนเดล. รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย. (เอกสารสถาบันหมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

นภาพร ชโยวรรณและแซกซารี ซิมเมอร์. (2543). “สุขภาพกับการจัดการทางสังคมของบิดามารดาสูงอายุในประเทศไทย : บุตรอยู่ที่ไหนและทำอะไรอยู่.” วารสารพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) หน้า 24 - 41.

บ๋อง ประภาสสุตร์, จันท์เพ็ญ ปรีดีและอรนถ วัฒนวงษ์. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

บุญเรือง ขจรศิลป์. (2546). การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่น. 60 ปี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: ประมวลบทความทางการศึกษา การจัดการศึกษาตามแนวปฏิรูปการเรียนรู้. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์.

ประยงค์ ลีมิตรกุล.(2546). การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ชุมชนศรีวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยภรณ์ เลหาบุตร.(2557). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพุดตาลอง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรทิพย์ สุขอดิษฐ์ จันท์ชลี มาพุท และรุ่งฟ้า กิตติญาณุสันต์. (2557). วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก.

พิทักษ์ ศิริวัฒนเมธานนท์และคณะ.(2540). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการสาธารณสุข , 6(1) : 118.

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ. (2552). พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก. มหาวิทยาลัยบูรพา. คณะแพทยศาสตร์.

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2556). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ลลิลญา ลอยลม. (2545). การเตรียมตัวก่อนเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์สังคมและสวัสดิการมหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์.(2540) . โรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา . วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ, 10 (9) : 33.

วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2557). รายงานการศึกษาโครงการประเมินผลการดำเนินงานโครงการขยายผลอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) วิทยาลัยประชากรศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณรัตน์ ลาวัง. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณิ์ จันทร์สว่าง. (2533). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา จิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 5 (2) : กรกฎาคม – ธันวาคม, หน้า 32-40.

ศศิธร ธรรมารักษ์. (2539). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. คุณภาพชีวิตของคนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. เอกสารประกอบการสัมมนา วันที่ 25 กรกฎาคม 2539. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ศิริภาณี ศรีหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตตี มลินีทางกูร. (2551). ผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2560, จาก http://www.cps.chula.ac.th/research_division/article_ageing/ageing_001.html

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.

สมบัติ ไชยวัฒน์.(2542) การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง : รายงานการวิจัย. ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมพร ชัยยุทธ์. (2542). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาล นครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). ภาวะพึ่งพาและอายุคาดหวังที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ของผู้สูงอายุ ในเขตภาคกลางของประเทศไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 84(3) : 349-356.

สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1).มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

สุภางค์ จันทวานิช. (2543). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พิมพ์ครั้งที่ 9.กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง.

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

อติญาณ์ ศรเกษตริณ ชุสิทธิ์ เอกรัตน์ ชไมพร จินตคณาพันธ์และ อรวรรณ สัมภวานะ. (2558). การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. , หน้า 110-121.

อรุณรัตน์ จันทิหาล้า , เยาวนิช เร่งพัฒนพิบูล , ภัทรพร เกษสังข์ . (2556). การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กรณีศึกษาหมู่บ้านโนนพากเลย กระบวนการแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

อุบล ศรุตธนาเจริญ. (2557). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์. 21(1). มกราคม – มิถุนายน: 57-69.

Burke L, Lee AH, Jancey J, Xiang L, Kerr DA, Howat PA, et al. (2013). Physical activity and nutrition behavioural outcomes of a home-based intervention program for seniors: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*;10:14.

Fakhrawi DH, Beeson L, Libanati C, Feleke D, Kim H, Quansah A, et al. (2009). Comparison of body composition by bioelectrical impedance and dual-energy x-ray absorptiometry in overweight/obese postmenopausal women. *J Clin Densitom*;12:238–44.

Ha L, Hauge T, Spenning AB, Iversen PO. (2010). Individual, nutritional support prevents undernutrition, increases muscle strength and improves QoL among elderly at nutritional risk hospitalized for acute stroke: a randomized, controlled trial. *Clin Nutr Edinb Scotl* ; 29: 567–73.

Hardman, A. E. & Stensel, D. J. (2003). *Physical activity and health : the evidence explained*. London : Routledge.

Kahneman D, Deaton A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proc Natl Acad Sci*;107:16489–93.

Klainin-Yobas, P. & Ounnapirok, L., (2010). A meta-analysis of self-care behaviour among elderly individuals in Thailand: An update. *Nursing Science Quarterly*, 23(2), 156-163.

Leenders M, Verdijk LB, Van der Hoeven L, Van Kranenburg J, Nilwik R, Wodzig WKWH, et al. (2013). Protein supplementation during resistance-type exercise training in the elderly. *Med Sci Sports Exerc*.;45:542–52.

Mason, E.J. (1994). *How to write nursing standard* (3rd ed.). New York: John Wiley & Son.

Miller, C.A. 1995. *Nursing care of older adults : Theory and practice*. 2 nd ed. Philadelphia : J.B.Lippincott.

Norris, C.M. "Self-Care". 1979. American Journal of Nursing. (March) : 486-489.

Staab, A.S., & Hodges , L.C. 1996. Essentials of gerontological nursing : Adaptation to the aging process. Philadelphia : J.B.Lippincott.

Orem, D.E. (1995). Nursing: Concepts of practices (5th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.

ภาคผนวก

(สำหรับผู้สูงอายุ)

แบบสอบถาม

เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง
ของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก

แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คณะผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง และตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวท่านหรือตอบคำถามในช่องว่าง

1. เพศ

<input type="checkbox"/> 1 ชาย	<input type="checkbox"/> 2 หญิง
--------------------------------	---------------------------------
2. อายุ.....ปี
3. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 2 รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 3 ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 5 เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 6 อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> 2 ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3 มัธยมศึกษา/ปวช.	<input type="checkbox"/> 4 ปวส./อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> 5 ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6 สูงกว่าปริญญาตรี
5. ศาสนา

<input type="checkbox"/> 1 พุทธ	<input type="checkbox"/> 2 คริสต์
<input type="checkbox"/> 3 อิสลาม	<input type="checkbox"/> 4 อื่น ๆ (ระบุ).....
6. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1 คู่	<input type="checkbox"/> 2 โสด
<input type="checkbox"/> 3 หม้าย	<input type="checkbox"/> 4 แยก/หย่า
7. ลักษณะของครอบครัว

<input type="checkbox"/> 1 ครอบครัวเดี่ยว	<input type="checkbox"/> 2 ครอบครัวขยาย
---	---

- 3 อยู่เพียงลำพัง
8. รายได้ที่ท่านได้รับต่อเดือน.....บาท
9. รายได้โดยรวมของครอบครัว.....บาท
10. ความเพียงพอของรายได้
- 1 ไม่เพียงพอ 2 เพียงพอ
11. หนี้สิน
- 1 มีหนี้สิน 2 ไม่มีหนี้สิน
12. สิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน
- 1 บัตรประกันสุขภาพ 2 เบิกค่ารักษาได้
- 3 เสียค่าใช้จ่ายเอง 4 อื่น ๆ (ระบุ).....
13. น้ำหนักปัจจุบัน.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

ส่วนที่ 2 ข้อมูลวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2545)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริง กับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่น้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือ รู้สึกแย่น้อย

ระดับกลาง ๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยเพียงใด					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่เคยผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน(ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม

I. ด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ

1. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าท่านมีภาวะเจ็บป่วยด้วยอาการหรือโรคต่าง ๆหรือไม่ (โรค/อาการของโรคประจำตัว)

1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

2. ตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย (ระบุจำนวนครั้ง).....ครั้ง

(ระบุสาเหตุ.....)

3. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

1. ไม่สูบเลย 2. สูบเป็นครั้งคราว

3. สูบเป็นประจำ นาน.....ปีเฉลี่ยวันละ.....มวนต่อวัน

4. เคยสูบเป็นประจำ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว.....ปี

4. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

1. ไม่ดื่มเลย 2. ดื่มเป็นครั้งคราว

3. ดื่มเป็นประจำ นาน.....ปี เฉลี่ยวันละ.....กั๊ก/แบน/ขวด

4. เคยดื่มเป็นประจำ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว.....ปี

5. ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่

1. อุบัติเหตุจากการทำงาน (ระบุความถี่ที่เกิดขึ้น).....ต่อเดือน

2. อุบัติเหตุภายในบ้าน(ระบุความถี่ที่เกิดขึ้น).....ต่อเดือน

3. อุบัติเหตุจราจร (ระบุความถี่ที่เกิดขึ้น).....ต่อเดือน

4. อุบัติเหตุ อื่น ๆ (ระบุความถี่ที่เกิดขึ้น).....ต่อเดือน

6. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากใครบ้าง

1. แพทย์ 2. พยาบาล

3.ญาติ พี่น้อง และเพื่อน ๆ 4. สื่อวิทยุโทรทัศน์ และเอกสารสิ่งพิมพ์ต่างๆ

5. อื่น ๆ (ระบุ).....

7. ปัจจุบันท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลอย่างไร

1. เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่น ๆ) 2. ประกันสังคม

3. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค) 4. ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง

8. ท่านมักจะปฏิบัติเช่นไรเมื่อเจ็บป่วย

1. ซึ่ยาทานเอง 2. ไปสถานเือนามัย
 3. พบแพทย์ที่คลินิก 4. ไปโรงพยาบาล
 5. อื่น ๆ

9. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านคิดว่าใครจะเป็นผู้ดูแลท่านอย่างใกล้ชิด

1. ตนเอง 2. คู่สามี/ภรรยา
 3. บุตร/ธิดา 4. ญาติ พี่น้อง
 5. บุคลากรทางการแพทย์ 6. อื่น ๆ

II.ด้านโภชนาการ

1. ประเภทของอาหารที่ท่านรับประทานบ่อยที่สุด

1. อาหารประเภททอด 2. อาหารประเภท ปิ้ง ย่าง
 3. อาหารประเภท ต้ม นึ่ง อบ 4. อาหารประเภท ลวก
 5. อื่น ๆ

2. ท่านรับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้ง หรือผักใบเขียวชนิดอื่น ๆ บ่อยเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

3. ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู ฝรั่ง พุทรา บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

4. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ลำไย ทูเรียน ขนุน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ละมุด บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

5. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ขนมไทย เค้ก คุกกี้ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

6. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิมบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
 3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

7. ท่านรับประทานอาหารจุกจิกมากกว่า 3 มื้อ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)
8. ท่านรับประทานทอफी ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)
9. ท่านดื่มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)
10. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ บ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
3. บ่อยครั้ง(3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

III. ด้านการขับถ่าย

- 1.ท่านมีลักษณะนิสัยในการขับถ่าย ตรงขับข้อใดมากที่สุด
1. ขับถ่ายทุกวัน 2. 1-2 วัน ถ่ายครั้ง
3. 3-4 วัน ถ่ายครั้ง 4. 5-7 วัน ถ่ายครั้ง
5. อื่น ๆ
2. ลักษณะของอุจจาระโดยส่วนมากเป็นเช่นไร
1. แข็ง มีสีดำหรือคล้ำ กลิ่นเหม็น 2. ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นเหม็น
3. ไม่แข็ง มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น 4. อ่อนนิ่ม มีสีเหลือง กลิ่นไม่เหม็น
3. ท่านเคยมีอาการขับถ่ายลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ บ่อยครั้งเพียงใด
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง
3. บ่อยครั้ง 4. เป็นประจำ
4. ท่านเคยมีอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ บ่อยครั้งเพียงใด
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง
3. บ่อยครั้ง 4. เป็นประจำ

IV. ด้านการออกกำลังกาย

1. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละกี่ครั้ง
1. ไม่เคยเลย 2. 1-2 ครั้ง
3. 3-5 ครั้ง 4. ทุกวัน

2. ท่านออกกำลังกายครั้งละกี่นาที

1. น้อยกว่า 9 นาที-ไม่ออกเลย 2. 10-14 นาที
 3. 15-19 นาที 4. 20-45 นาที

3. การออกกำลังกายที่ท่านมักปฏิบัติคือ อะไร และในแต่ละชนิดท่านออกกำลังกายบ่อยเพียงใด

1. เดิน, วิ่งเหยาะ ๆ ครั้ง/สัปดาห์ 2. ว่ายน้ำ..... ครั้ง/สัปดาห์
 3. เต้นแอโรบิค..... ครั้ง/สัปดาห์ 4. รำมวยจีน..... ครั้ง/สัปดาห์
 5. ขี่จักรยาน..... ครั้ง/สัปดาห์ 6. อื่น ๆ ครั้ง/สัปดาห์

4. เมื่อออกกำลังกายท่านรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ บ่อยครั้งเพียงใด

1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง
 3. บ่อยครั้ง 4. เป็นประจำ

V. ด้านการพักผ่อนนอนหลับ

1. ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละกี่ชั่วโมง

1. น้อยกว่า 2 ชั่วโมง 2. 2-4 ชั่วโมง
 3. 5-7 ชั่วโมง 4. 8-10 ชั่วโมง

2. ท่านต้องใช้ยาในการช่วยให้นอนหลับหรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
 3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

3. เมื่อท่านนอนหลับ ท่านฝันร้ายบ่อยครั้งเพียงใด ใน 1 สัปดาห์

1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง (1-2 วัน)
 3. บ่อยครั้ง (3-4 วัน) 4. เป็นประจำ (5-7 วัน)

4. ปกติท่านจะนอนเวลาใด.....น. และ ตื่นนอนเวลาใด.....น.

VI. ด้านสติปัญญาและการรับรู้

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ท่านมีปัญหาในการได้ยินเสียงหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ท่านต้องใช้เครื่องช่วยฟังเสียงหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ท่านสวมแว่นตาหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ในปีนี้ท่านไปรับการตรวจวัดสายตามาแล้ว | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ท่านคิดว่าท่านเป็นคนขี้หลงขี้ลืมหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถจัดการ และตัดสินใจอะไรได้
8. ท่านรู้สึกว่าคุณตัดสินใจลำบาก
9. ท่านรู้สึกว่าคุณเรียนรู้ และปรับตัวเข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก
10. ท่านรู้สึกว่าคุณจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น

VII. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์

1. ท่านรู้สึกผิดหวัง บ่อยครั้งเพียงใด
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง
3. บ่อยครั้ง 4. เป็นประจำ
2. ท่านรู้สึกโกรธ กลัว วิดกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้บ่อยครั้งเพียงใด
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง
3. บ่อยครั้ง 4. เป็นประจำ
3. ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิตบ่อยครั้งเพียงใด
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง
3. บ่อยครั้ง 4. เป็นประจำ
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมองบ่อยครั้งเพียงใด
1. ไม่เคยเลย 2. บางครั้ง
3. บ่อยครั้ง 4. เป็นประจำ
5. ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้ท่านรำคาญใจได้บ่อยเพียงใด
1. ไม่เคยจัดการได้เลย 2. บางครั้ง
3. บ่อยครั้ง 4. จัดการได้เป็นประจำ

VIII. ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว กา ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ปัญหาครอบครัวของท่านที่เป็นปัญหาหนักและยาก ๆ ท่านมักจะให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา					
2	ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัวโดยส่วนใหญ่ท่านจะเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหา					
3	ฉันมีคนที่ใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย					
4	ฉันรู้สึกว่าฉันมีความสำคัญกับคนรอบข้าง					
5	ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติ หรือเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหา					
6	ในชีวิตฉัน ฉันมีโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือผู้อื่นน้อย					
7	ฉันมีเพื่อน/ญาติที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
8	เวลาที่ฉันอารมณ์เสีย หรือไม่สบายใจฉันมีคนที่ฉันสามารถระบายความรู้สึกได้					
9	ถ้าฉันเจ็บป่วยจะมีคนมาคอยดูแลหรือให้คำแนะนำว่าฉันควรทำอย่างไรจึงจะหาย					
10	คนในครอบครัวบอกฉันว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวฉัน					

ความคิดเห็นด้านอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณ

(สำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ
ผู้ดูแลหรือแกนนำในชุมชน)

แบบสอบถาม

เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง
ของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คณะผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง และตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กาเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวท่านหรือตอบคำถามในช่องว่าง

1. เพศ

1 ชาย

2 หญิง

2. อายุ.....ปี

3. อาชีพ

1 ไม่ประกอบอาชีพ

2 รับจ้าง

3 ค้าขาย

4 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

5 เกษตรกรรม

6 อื่น ๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

1 ไม่ได้รับการศึกษา

2 ประถมศึกษา

3 มัธยมศึกษา/ปวช.

4 ปวส./อนุปริญญา

5ปริญญาตรี

6 สูงกว่าปริญญาตรี

5. ศาสนา

1 พุทธ

2 คริสต์

3 อิสลาม

4 อื่น ๆ (ระบุ).....

6. สถานภาพสมรส

- 1 คู่ 2 โสด
 3 หม้าย 4 แยก/หย่า

7. ลักษณะของครอบครัว

- 1 ครอบครัวเดี่ยว 2 ครอบครัวขยาย
 3 อยู่เพียงลำพัง

8. รายได้ที่ท่านได้รับต่อเดือน.....บาท

9. รายได้โดยรวมของครอบครัว.....บาท

10. ความเพียงพอของรายได้

- 1 ไม่เพียงพอ 2 เพียงพอ

11. สิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน

- 1 บัตรประกันสุขภาพ 2 เบิกค่ารักษาได้
 3 เสียค่าใช้จ่ายเอง 4 อื่น ๆ (ระบุ).....

12. ระยะเวลาที่ผ่านมาในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชน.....ปี.....เดือน

13. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่

- 1 ไม่เคย 2 เคย

ถ้าเคย โปรดระบุ (การอบรมภายใน 1 ปีที่ผ่านมา)

ลำดับ	หลักสูตร/เนื้อหา	หน่วยงานที่จัด	ระยะเวลาที่อบรม

14. ท่านเคยได้รับการสอนหรือให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่

- 1 ไม่เคย 2 เคย

ถ้าเคย โปรดระบุ (ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา)

ลำดับ	เนื้อหาที่สอน	หน่วยงานในสังกัดเจ้าหน้าที่	ระยะเวลาที่สอน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือไม่
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน					
1.เมื่อท่านพาผู้สูงอายุในความดูแลของท่านไปพบแพทย์ครั้งล่าสุด แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมาก					
2.ผู้สูงอายุคนอื่นๆ ที่ท่านรู้จักส่วนใหญ่มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล					
3.ท่านคิดว่าปัจจุบันผู้สูงอายุในความดูแลของท่านรู้สึกสุขสบายกว่าเมื่อก่อน					
4.ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลป่วยเป็นโรคอะไรบางอย่าง					
5.ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง สมบูรณ์เหมือนเมื่อก่อน					
6.ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเหมือนผู้สูงอายุคนอื่นๆ ที่ท่านรู้จัก					
7.ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดีมาก					
8.ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลตอนนี้มีภาวะสุขภาพที่ย่ำแย่มาก					
9.แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีภาวะสุขภาพไม่ดี					
10.ท่านรู้สึกว่าปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพที่ดีเท่าที่จะสามารถทำได้แล้ว					

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ภาวะสุขภาพในอดีต					
11. ที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลต้องนอนขมดิดเตียงอยู่ตลอดเวลาเนื่องจาก ภาวะการเจ็บป่วย					
12. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเคยเจ็บป่วยมาก ๆ จนท่านคิดว่าจะเสียชีวิตแล้ว					
13. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไม่เคยเจ็บป่วยเลยมาเป็นระยะเวลาานาน					
14. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไม่เคยเจ็บป่วยอาการหนักที่ต้องนอนโรงพยาบาลเลย					
ความต้านทาน/ความอ่อนแอ					
15. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลดูเหมือนว่าจะเจ็บป่วยง่ายกว่าผู้สูงอายุคนอื่น ๆ					
16. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อยๆ ได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล					
17. ร่างกายของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลดูเหมือนว่าจะมีความต้านทานต่อการ เจ็บป่วยได้ดีมาก					
18. เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงบางอย่างผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมักจะมีอาการเจ็บป่วย ได้ง่าย					
แนวโน้มสุขภาพ					
19. ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้					
20. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ในอนาคต					
21. ในอนาคตอันใกล้นี้ ท่านคาดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลน่าจะมีภาวะสุขภาพที่ดี ขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จัก					
22. ท่านคาดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีมาก					
23. ในจำนวนผู้สูงอายุที่ท่านรู้จักท่านคาดว่าพวกเขาน่าจะมีปัญหาเรื่องสุขภาพ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่					
24. ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะแย่งยิ่งกว่าในปัจจุบันที่ เป็นอยู่					

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ					
25. ท่านไม่เคยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเลย					
26. ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมากกว่าผู้ดูแลคนอื่นๆ ในชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุ					
27. ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเสมอ					
28. ผู้ดูแลคนอื่น ๆ ดูเหมือนจะมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุของเขามากกว่าท่าน					
การยอมรับความเจ็บป่วย					
29. การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล					
30. ท่านยอมรับได้ว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลกำลังจะเข้าสู่ภาวะความเจ็บป่วย					
การปฏิเสธความเจ็บป่วย					
31. ท่านพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่รับรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					
32. เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านจะไม่บอกใครและจะเก็บไว้เป็นความลับ					
33. เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านพยายามที่จะทำเหมือนว่าผู้สูงอายุนั้นปกติดี					
34. เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านพยายามที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยนั้นร่วมกับผู้สูงอายุ					
ทัศนคติต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์					
35. ท่านไม่ชอบการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์					
36. ท่านไม่เคยรู้สึกรำคาญหาต้องพาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไปพบแพทย์					

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเป็นโรคหรือมีภาวะเจ็บป่วย ต่อไปหรือไม่	มี/เป็น	ไม่มี/ไม่เป็น	ไม่ทราบ
1. ความดันโลหิตสูง			
2. เบาหวาน			
3. โรคหัวใจ			
4. หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ			
5. วัณโรคปอด			
6. ต้อหิน			
7. ต้อกระจก			
8. มะเร็ง			
9. ต่อมลูกหมากโต			
10. ภาวะอาหาร / ภาวะอาหารอักเสบ			
11. ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ			
12. โรคพาร์กินสัน โรคสั่น			
13. โรคไต			
14. สมอเสื่อม โรคหลงลืม ความจำเสื่อม			
15. แผลกดทับ			

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายในระยะเวลา 1 ปี)

ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเคยมีปัญหา ดังนี้ หรือไม่	มี/เป็น	ไม่มี/ไม่เป็น	ไม่ทราบ
1. หกล้ม			
2. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (มีปัสสาวะเล็ด-ราด ปัสสาวะลำบาก ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ขณะไอ หัวเราะ หรือเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการขับปัสสาวะได้)			
3. ท้องผูก/อุจจาระราด (ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้)			

4. มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (ตื่นกลางคืน นอนหลับกลางวันมา อื่นๆ)			
5. สูญเสียความจำ (ขี้ลืม ทบทวนความจำได้ยาก)			
6. มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร (เคี้ยวและกลืนลำบาก ไม่อยาก รับประทานอาหาร มีอาการเจ็บปวดในช่องปาก)			
7. มีปัญหาเรื่องการได้ยิน (ได้ยินไม่ชัดเจน ใช้เครื่องช่วยฟัง)			
8. มีปัญหาเรื่องการมองเห็น (สายตาวาย มองเห็นไม่ชัดเจน)			
9. มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ (เดินลำบาก ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน)			
10. มีปัญหาเรื่องการนอนกรน			
11. ปัญหาอื่นๆ ถ้ามี ระบุ.....			

2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยขอให้ท่านอ่านข้อความแล้วตอบคำถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่าน

ท่านมีความสามารถหรือมั่นใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้คะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ
ดังต่อไปนี้

คะแนน จาก 0 ---1---2---3---4--- 5 ---6---7---8---9--- 10

ไม่สามารถทำได้เลย----- ทำได้ปานกลาง -----ทำได้แน่นอน

ความแข็งแรงของร่างกาย

- ยกวัตถุที่มีน้ำหนัก 5 กิโลกรัมได้
- ยกวัตถุที่มีน้ำหนัก 10 กิโลกรัมได้
- ยกวัตถุที่มีน้ำหนัก 25 กิโลกรัมได้
- ยกวัตถุที่มีน้ำหนัก 45 กิโลกรัมได้

ความมั่นใจ(0-10)

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

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนน(0-10)
ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน	
1. ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อตัวท่านเองจำเป็นต้องไปพบแพทย์	
2. ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อท่านจำเป็นต้องไปทำธุระที่ท่านจำเป็นต้องไปทำ	
3. ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่อให้ไปทำธุระแทนท่านได้	

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนน(0-10)
4.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อท่านรู้สึกว่าการที่จะพัก	
5.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุแทนท่านประมาณ 1 สัปดาห์เมื่อท่านต้องการเวลาส่วนตัวของท่านเอง	
ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ	
6. เมื่อผู้สูงอายุลืมกิจวัตรประจำวันและถามคุณเกี่ยวกับอาหารมื้อเที่ยงที่เพิ่งรับประทานไปท่านสามารถที่จะตอบคำถามของผู้สูงอายุได้โดยที่จะไม่ใช้เสียงดังที่แสดงถึงความรำคาญ	
7. เมื่อท่านโกรธเนื่องจากผู้สูงอายุถามคำถามซ้ำแล้วซ้ำเล่า ท่านสามารถที่จะบอกกับตัวเองให้ทำใจเย็น ๆ และสามารถระงับอารมณ์โกรธได้	
8. เมื่อผู้สูงอายุบ่นหรือตำหนิเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลที่ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุท่านสามารถตอบสนองโดยที่ไม่โต้เถียงกลับ	
9.เมื่อผู้สูงอายุถามคำถามท่าน 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ท่านสามารถที่จะตอบคำถามผู้สูงอายุได้โดยที่ไม่รำคาญหรือใช้เสียงดัง	
10.เมื่อผู้สูงอายุรบกวนท่านถึง 4 ครั้งในระหว่างที่ท่านกำลังรับประทานอาหารเย็น ท่านสามารถที่จะตอบสนองการรบกวนนั้นได้โดยไม่รำคาญหรือใช้เสียงดัง	
ความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล	
11. ท่านสามารถควบคุมความคิดเกี่ยวกับความไม่เต็มใจในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
12. ท่านสามารถควบคุมความคิดที่ท่านรู้สึกว่ามันช่างไม่มีความยุติธรรมเลยที่ท่านต้องมาตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนี้	
13. ท่านสามารถควบคุมความคิดของท่านได้ว่าจะไม่คิดว่าชีวิตของท่านช่างเป็นชีวิตที่ดีเพียงใดก่อนที่จะมาต้องมาให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเช่นนี้ หรือท่านรู้สึกสูญเสียโอกาสไปมากมายเมื่อท่านจำเป็นต้องมาดูแลผู้สูงอายุ	
14.ท่านสามารถควบคุมความคิดของท่านว่าท่านพลาดสิ่งใดหรือท่านต้องยกเลิกสิ่งใดในชีวิตเพราะผู้สูงอายุที่ท่านต้องดูแล	
15.ท่านสามารถควบคุมความวิตกกังวลของท่านเกี่ยวกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
คณะผู้วิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย :

โครงการวิจัยเรื่อง : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทยในภาคตะวันออกเฉียง

เรียน ผู้ร่วมเข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

ข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ ตำแหน่ง คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทยในภาคตะวันออกเฉียง โดยมียัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีโอกาสและความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและพิการได้ง่าย ผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัว และแกนนำในชุมชนถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และลดภาระพึ่งพิงหรือชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งคณะผู้วิจัยได้น้อมนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมช่วยกันคิดช่วยกันทำและช่วยกันสร้าง “สุขภาพพอเพียง” หรือ “วิถีชีวิตพอเพียง” อันหมายถึงกระบวนการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไปสู่สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวคิดสุขภาพพอเพียง มีแนวคิดพื้นฐานหลัก ๒ ประการ คือ แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และ สังคมแห่งสภาวะ ที่สุขภาพดีเป็นผลดีจากสังคมดี โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน โดยมุ่งพัฒนาผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมไปสู่สังคมตามลำดับขั้น จากการมีฐานความรู้และคุณธรรมในการดำเนินชีวิต ให้สามารถพึ่งตนเอง สร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ สู่การรวมกลุ่ม สร้างเครือข่าย การขยายเครือข่าย พัฒนาตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้มีความรู้ทั้งในเชิงวิชาการสมัยใหม่ และสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้สามารถพึ่งตนเองได้ ให้มีความพร้อมในทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เน้นการสร้างและพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง ส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ไม่เบียดเบียนตนเองผู้อื่น และไม่เบียดเบียนธรรมชาติ สู่สังคมสภาวะต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามและได้รับเชิญเข้าร่วมกิจกรรม การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในหัวข้อปัญหาและความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของผู้สูงวัยในภาคตะวันออกเฉียง และร่วมแสดงความคิดเห็น ด้วยกระบวนการกลุ่ม และร่วมวางแผนและกำหนด การดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการที่กลุ่มช่วยกันคิดวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทาง

นำไปสู่การปฏิบัติในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ ร่วมกับการใช้ภูมิปัญญาและทุนที่มีอยู่สู่การพัฒนาาระบบสุขภาพพร้อมการน้อมนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงลงสู่ชุมชนและท้องถิ่นอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพที่ดีและอยู่ได้อย่างพอเพียง

ตลอดระยะเวลาการทำกิจกรรมจะมีการบันทึกเสียง เป็นเวลา 45 นาที แต่จะไม่มีกรบันทึกชื่อของท่าน และท่านสามารถยุติการบันทึกเสียงได้ทุกเมื่อที่ท่านต้องการ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ สำหรับข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลเฉพาะในภาพรวม และการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการปฏิบัติงานหรือการรับบริการในสถานพยาบาลของท่าน

ผลของการวิจัยครั้งนี้ จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงเพียงแค่ผู้วิจัยเท่านั้น และไม่มีการแพร่กระจายสู่สาธารณชน ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรธณ โทร.038-390324, 390580 หรือโทรศัพท์มือถือ 092-7083372 และสามารถติดต่องานส่งเสริมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 038-102561-62 ซึ่งข้าพเจ้ายินดีให้คำตอบแก่ท่านตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

โครงการวิจัย เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบ
พอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วันที่ให้คำยินยอม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
วิธีการวิจัย อย่างละเอียดจนเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ
ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใด
ก็ได้ การบอกเลิกเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือการรับบริการจากสถานพยาบาลของ
ข้าพเจ้าที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่
เป็นสรุปผลภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น หรือหากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้า
สามารถติดต่อกับผู้วิจัยผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ พิริยาพรรณ โทร.038-390324, 390580 หรือ
โทรศัพท์มือถือ 092-7083372

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วย
ความสมัครใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

ลงนาม ผู้ทำวิจัย

(.....)