



รายงานการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
ชุมชนม้งจังหวัดเพชรบูรณ์

**Model of Ability for Self care Development in rural living older
people Hmong in Phetchabun province.**

นฤมล จันทร์มา

สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ประจำปีงบประมาณ 2564

รหัสโครงการสัญญาเลขที่ FRB 640052/08

ร่างรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
ชุมชนม้งจังหวัดเพชรบูรณ์

**Model of Ability for Self care Development in rural living older
people Hmong in Phetchabun province.**

นฤมล จันทร์มา

สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ทุนอุดหนุนงานวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ประเภททุน กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

(ก)

ชื่องานวิจัย

รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
ชุมชนม้งจังหวัดเพชรบูรณ์
Model of Ability for Self care Development in rural living older people
Hmong in Phetchabun province.

ผู้วิจัย

นฤมล จันทร์มา

สาขาวิชา

สาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ปีเสร็จวิจัย 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชาวม้ง พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวม้ง และประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวม้งเลือกพื้นที่แบบ เฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป บ้านเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 70 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม–สิงหาคม พ.ศ. 2564 และ ได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวม้งที่พัฒนาโดยผู้วิจัยพัฒนาจากสภาพปัญหา สุขภาพผู้สูงอายุชาวม้งแนวทางในการเสริมสร้างสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ แนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parsons และปัจจัยของการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ใช้ Paired Sample t-test

ผลการศึกษา ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมสุขภาพของชาวม้ง พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการทดลองใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการ

ทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ .001

2. คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ดังนั้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของชาวม้งที่สร้างขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ กับกลุ่มผู้สูงอายุชาวม้งในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างได้

คำสำคัญ: รูปแบบ, การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุชาวม้ง

Research title	Model of Ability for Self care Development in rural living older people Hmong in Phetchabun province.
Researcher	Narumon Janma
Department	Bachelor of Public Health Program.

Abstract

This research was a one-group quasi-experimental study, measured before and after, This study aimed to study the health problems of elderly Hmong tribes. To develop a health promotion model for the elderly Hmong tribes and evaluate the health promotion model of Hmong tribes. Select a specific area. The sample group was elderly people aged 60 years and over. Ban Khek Noi, Khaem Son sub district, Khao Kho in Phetchabun province. 70 people who participated in 6 months activity during March–August 2021 received a health promotion program for the Hmong tribes. Developed by the researcher to developed the physical and psychological problems of elderly Hmong tribes and elderly care contexts. Guidelines for enhancing both physical and mental performance Pender, Murdaugh and Parsons Health Promotion Concepts and Factors of Good Health in Older Persons. The data was analyzed using percentage, mean, standard deviation. The frequency and percentage compared the difference, knowledge mean score and health promotion behavior 3 sides before and after the experiment in the same group, Paired Sample t'test was used. Promoting the health of hill tribes Hmong people found that.

1. The samples had significantly higher knowledge scores after the trial of the program .001

2 . The mean score of health behavior practice of the sample was significantly higher than before the program 001 Therefore, the health promotion program of the Hmong tribes. It can be applied to the elderly, hill tribes, Hmong tribes in other areas.

Keywords: Model development, Health promotion, Hmong tribes elderly.

(ค)

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของอาสาสมัคร ผู้นำชุมชนในพื้นที่
เอื้ออำนวยความสะดวกช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ที่สละเวลาให้คำแนะนำ คำปรึกษา รวมถึงข้อเสนอแนะ
ต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ประสานงานในพื้นที่ กลุ่มอาสาสมัครที่ให้ความกรุณาร่วมมือในการ
ได้มาซึ่งข้อมูลงานวิจัย และขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กสว.) ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้ง
นี้มา ณ ที่นี้ด้วย

นฤมล จันทร์มา

สิงหาคม 2564

(ง)

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 สมมุติฐานการวิจัย.....	7
1.4 ระเบียบวิธีวิจัย.....	7
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
1.6 ประโยชน์ของการวิจัย.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง.....	12
2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง.....	17
2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม.....	22

(จ)

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

	2.4 หลักทฤษฎีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต	26
	2.5 รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองในวัยผู้สูงอายุ.....	30
	2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง.....	40
	2.7 การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง.....	41
	2.8 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	45
	2.9 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	47
บทที่ 3	วิธีการดำเนินงานวิจัย.....	50
	3.1 ศึกษาบริบทของพื้นที่.....	50
	3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย.....	50
	3.3 เครื่องมือ.....	56
	3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
	3.5 การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
	3.6 ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	63
	3.7 จริยธรรมในการวิจัย.....	63
บทที่ 4	ผลการวิจัย.....	64
	4.1 ลักษณะทางประชากร.....	64
	4.2 รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน ชุมชนวัง.....	64
	4.3 สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาววัง.....	66

(ณ)

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	69
	5.1 สรุปผลการวิจัย.....	69
	5.2 อภิปรายผล.....	69
	5.3 ข้อเสนอแนะ.....	70
	5.4 ประวัติผู้วิจัย.....	71
บรรณานุกรม.....		74
ภาคผนวก.....		84

(๗)

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	กระบวนการดูแลตนเองด้านสุขภาพ.....	16
2	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ.....	65
3	คะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ 3 ด้าน	65

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ความสูงอายุในที่นี้หมายถึง ภาวะถดถอยของร่างกาย ซึ่งเป็นสภาวะที่ร่างกายล่งเข้าสู่วัยชรา ซึ่งทำให้เกิดภาวะถดถอยของร่างกายเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายซึ่งเสื่อมสภาพลงจากการที่มีอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยจะปรากฏออกมาในสภาวะที่ร่างกายทำงานไม่เป็นปกติและถดถอยลงเรื่อย ๆ ตามเวลาที่ผ่านไป ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติหรือความผิดพลาดของกระบวนการทางเคมีที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในร่างกายของเราปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มี 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายในและ ปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในได้แก่ ความเสื่อม พฤติกรรมสุขภาพ และ โรคเรื้อรัง ปัจจัยภายนอก คือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1.1 ปัจจัยภายในที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

ความเสื่อมสภาพโดยความสูงอายุ โดยมากผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม จะเกิดกับทุกระบบของร่างกายซึ่งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ อาจส่งผลต่อจิตใจอาจทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียภาพลักษณ์ เกิดความเครียด เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง เกิดอาการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ไม่สุขสบายเป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมยังมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การปลดเกษียณจากการทำงาน ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ถูกทอดทิ้ง สูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว เกิดปัญหาเศรษฐกิจและสังคม (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

พฤติกรรมสุขภาพ ในที่นี้หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งด้านสุขภาพกาย ใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุนอกจากความเสื่อมสภาพตามวัยสูงอายุและโรคเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการได้รับความเสียหายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำมาสู่ความเจ็บป่วย

ด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุด้วย เช่นกัน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ได้แก่ การสูบบุหรี่ อันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (WHO, 2009) ซึ่งปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งการออกกำลังกาย และการกินผักและผลไม้ อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เพียงพอเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และจรรยา ภัทรอาชาชัย, 2550)

ในปัจจุบันประเทศที่พัฒนาแล้ว ผู้สูงอายุจะป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ โรคหลักคือ โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้าน พฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงด้านกายภาพ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ อันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงด้านกายภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกายมากเกินไป ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งอธิบายกลไกการเกิดได้ดังนี้ ความเครียดเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ตัดสินใจดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการรับประทานอาหารไม่เป็นประโยชน์ ต่อสุขภาพร่วมกับการสูบบุหรี่ จะทำให้ไขมันสูง เกิดความผิดปกติ ในการแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเกิดและเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Ian R.H. Rockett, 2005)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบจากปัจจัยภายในของตัวผู้สูงอายุเอง ทั้งความเสื่อมสภาพตามวัยของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ และการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ และต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง (เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และจรรยา ภัทรอาชาชัย, 2550) ซึ่งจะทำให้เพิ่มภาระในการดูแลรักษาให้กับสังคมไทยในอนาคต ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเมื่ออายุมากขึ้นจะพบว่ามีภาวะทุพพลภาพรุนแรงมากขึ้นด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามมา (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555)

ม้งที่เข้ามาในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ปลายคริสต์ศตวรรษ 1800 เข้ามาทั้งจากประเทศลาวและพม่าเส้นทางที่ม้งเดินทางจากลาวเข้ามาไทยได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดเลยและจังหวัดพิษณุโลก ส่วนม้งจากประเทศพม่าเข้าสู่ประเทศไทยทางจังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดเชียงใหม่ ปัจจุบันในประเทศไทยมีม้ง ตั้งถิ่นฐานกระจายทั่วบนที่สูง เชียงเขาและที่ราบต่ำในจังหวัดภาคเหนือ บริเวณภูเขาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและบนพื้นที่สูงในจังหวัดภาคกลาง (Kunstadter, 1990)

โดยมีหัวหน้าม้งคนหนึ่ง คือ นายพลวังปอ ได้รับรวมม้ง และอพยพเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อประมาณ ค.ศ. 1857 เศษ เป็นต้นมา ปัจจุบันชาวม้งส่วนใหญ่ในประเทศไทย ตั้งถิ่นฐานอยู่ตามภูเขาสูง หรือที่ราบเชิงเขาในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย พะเยา น่าน เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน แพร่ ลำปาง

กำแพงเพชร เลย พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และตาก มีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 151,080 คน ปัจจุบันการขาดแคลนทรัพยากรที่ดินและน้ำ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งนโยบายการพัฒนาของรัฐและการห้ามปลูกฝิ่น ทำให้ม้ง ต้องปลูกพืชอื่นทดแทนฝิ่นซึ่งเป็นพืชเงินสดและหันมาเพาะปลูกแบบค้าขาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตดั้งเดิมทำให้วิถีชีวิตม้งเปลี่ยนไปตามสภาพการเป็นอยู่บนภูเขาประกอบอาชีพทางเกษตร เช่น การทำนา ทำไร่ และอื่น ๆ เป็นต้น การเกษตรกรรมม้ง ในอดีตเกษตรกรรมของม้งส่วนใหญ่จะเป็นการเพาะปลูกเพื่อยังชีพ พืชที่นิยมปลูกได้แก่ ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวโพด ถั่ว พักทอง ผักกาดพริก หอม กระเทียม ปอ เท่านั้น ยังไม่นิยมนำมาค้าขาย ใช้วิธีแลกด้วยสิ่งของเท่านั้น (ปัจจุบันการเพาะปลูกฝิ่นยังคงมีหลงเหลือในป่าลึกอยู่บ้าง แต่มีในปริมาณน้อยมาก เป็นการยากที่จะหาชมได้อีก) การปลูกไร่ข้าวส่วนมากม้งจะปลูกข้าวบนดอย

1.1.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยตนเอง ที่กระทำด้วยความตั้งใจ เพื่อมีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน และการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเป็นลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งในที่นี้จะหมายถึงการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในฐานะวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิต, การใช้ยารักษาตนเองในผู้สูงอายุ, การดูแลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยครอบครัว กลุ่ม และชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

1) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในฐานะวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิต หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่สอดแทรกอยู่ในวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของวัฒนธรรมในทุกสังคม เพื่อให้คงไว้ซึ่งการอยู่ดีมีสุข

ซึ่งวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตของแต่ละสังคมและวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันออกไป ทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก็แตกต่างกันไปตามสังคมและวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่ถ่ายทอดกันมาสืบต่อกันมาดั้งเดิม ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดความสมดุล ตามสภาพแวดล้อม (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2544) โดยมีการประยุกต์ให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในสังคมปัจจุบัน ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองในฐานะที่เป็นสิ่งที่มีผลผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตของคนไทยที่สืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ แบบแผนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น น้ำพริกผักต้ม อาหารย่อยง่าย การออกกำลังกายโดยเป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจวัตรประจำวัน

เช่น การทำงานบ้าน และการเลี้ยงหลาน การพักผ่อนในตอนกลางวันของผู้สูงอายุ การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาทางการแพทย์พื้นบ้านมาใช้ในการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสลง อาหารจะดำ และบริโภคนิสัยของแต่ละสังคม (พรชัย ตระกูลวรานนท์ และคณะ, มปป.)

2) การใช้ยารักษาตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การใช้ยาและผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพทั้งแผนไทย หรือปัจจุบันในการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักจะซื้อยามารับประทานเอง และมีการรับประทานยาสมุนไพรร่วมด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังหลายโรค มีภาวะทุพพลภาพ ทำให้การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน ประกอบกับ ความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาตามมาคือ ผลไม่พึงประสงค์จากยาปฏิกิริยาระหว่างยา และไม่เหมาะสม (ปณิดา ลิ้มปะวัฒนะ, 2554) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เพศหญิงซื้อยามารับประทานเอง 1-2 ชนิด และทุกกลุ่มอายุ ใช้ยาแผนโบราณ 1-2 ชนิด มากกว่าผู้สูงอายุในเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทซื้อยามารับประทานเองและใช้ยาแผนโบราณ มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

3) การดูแลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยครอบครัว กลุ่มและชุมชน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันกับผู้สูงอายุ ทั้งคนในครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ที่มีส่วนในการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

สังคมต่างประเทศมองว่าผู้สูงอายุมีชีวิตที่โดดเดี่ยว ขาดการดูแลเอาใจใส่มีความเหงาและสิ้นหวัง แต่สังคมไทยไม่เป็นเช่นนั้น การที่ครอบครัวมีปู่ ย่า ตา ยาย ยังอาศัยอยู่ร่วมกันนั้นยังคงปรากฏให้เห็นในสังคมทั่วไป การได้อยู่ร่วมกันเช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่โดดเดี่ยว และยังได้รับการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพทั่วไป และโรคเรื้อรังประจำตัวของผู้สูงอายุจากบุคคลในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว นอกจากความสัมพันธ์ทางสังคมภายในบ้านแล้ว ผู้สูงอายุยังมีกลุ่มเพื่อนบ้าน เพื่อนรุ่นน้อง เพื่อนร่วมอาชีพ เพื่อนที่วัด เพื่อนสภากาแฟ แวะเวียนมาพบกัน ทำให้ดูแลช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2555)

4) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ และดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ทั้งคุณค่าในปัจจุบันและอนาคต

ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย เพื่อธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีให้ยาวนานที่สุด ซึ่งหลักในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ข้อ ได้แก่ อาหาร กินอาหารให้หลากหลาย

ได้สัดส่วนเพียงพอ ออกกำลังกายทุกสัดส่วน กระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ อารมณ์ รื่นริง ยินดี ชีวิตสดใสด้วยรอยยิ้ม งานอดิเรก สร้างสรรค์งานอดิเรก เพิ่มพูนคุณค่า เกื้อกูลสังคม อนามัย อนามัยดี ชีวิตมีสุข นำพาอายุยืนยาว (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1.1.3 ปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่ออยู่ในวัย ผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60 – 69 ปี จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างน้อยร้อยละ 90 ซึ่งอาจจะอนุมานได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ยังไม่ต้องการผู้ดูแล และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้สูงอายุก็จะมีความต้องการผู้ดูแลในทุกช่วงอายุไม่แตกต่างกัน ซึ่งปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2553) และเมื่อเจ็บป่วยมักเกิดการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย คนละ 1 โรค (สสท., 2552) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่ผู้สูงอายุจะสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี นั้นจะต้องมีปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวกับข้อ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีการรับรู้ ความสามารถด้านการดูแลตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความเชื่อ อำนาจ ภายในและภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จึงจะทำให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ได้ อย่างเหมาะสม (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551)999

1.1.4 การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่บุคคลพยายามที่จะ ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองให้ดีกว่าเดิม เพื่อคงไว้ ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และดำเนินชีวิตให้เป็นปกติมากที่สุด และยังเป็น การปฏิบัติเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วยหรือปัญหาที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้ ร่างกายกลับมาอยู่ในภาวะที่สมดุลโดยเร็ว

1.1.5 ความสำคัญของการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

สังคมไทยยังมองว่าผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพา ไม่สมควรทำงาน และสร้างคุณประโยชน์ได้น้อย ทั้งที่ในความจริงแล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสถานะสุขภาพดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำงานได้ ช่วยเหลือดูแลสมาชิกใน ครอบครัวและชุมชนและยังเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อชุมชนและสังคม (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2545) ประกอบกับในปัจจุบันมีการขยายมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพแบบใหม่ที่มีมุมมองกว้างและเป็น องค์กรรวมมากขึ้น และสุขภาพเป็นสภาวะซึ่งจะครอบคลุมมิติต่างๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณการดูแลสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพเท่านั้น แต่เป็นของประชาชนทุกคนที่มี

หน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลตนเองและสร้างสุขภาพของตนเองเป็นหลัก แนวคิดการจัดบริการจึงปรับเปลี่ยนตามโดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ประกอบกับการมองผู้สูงอายุว่าเป็น พหุพลัง (Active aging) เป็นผู้มีศักยภาพและสามารถยังประโยชน์แก่สังคม การสร้างสุขภาพจึงมุ่งการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งจะต้องเริ่มต้นที่การสร้างความเข้มแข็ง และสร้างศักยภาพให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่มิมีปัญหาและเป็นคลังสมองของชาติ จะเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจสังคมส่วนรวมและประเทศชาติได้ เพื่อลดภาระการพึ่งพิงผู้อื่น

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพดีได้นั้นจะต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงวัยต้นของชีวิต อันจะส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยมีอายุยืนยาว มีภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี และเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีศักยภาพและมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ ซึ่งจะส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความสัมพันธ์ที่อบอุ่น สร้างบุคคลในครอบครัวให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพ นำไปสู่การพัฒนาประเทศชาติได้อย่างมั่นคง หากผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้ดูแลสูงขึ้น และมีโอกาสในการเกิดภาวะทุพพลภาพตามมา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ เกิน 75 ปี พบว่ามีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรค มีสมรรถภาพของร่างกายลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยตนเองได้ เช่น การเดิน การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ส่วนหนึ่งมีภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลลูกหลานให้เป็นภาระมากเกินไปหรือพึ่งพาเพียงบางส่วน (สุกัญญา สุขวรรณโน, 2551)

การศึกษารูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนมั่งจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อได้รูปแบบในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีชนเผ่าม้ง และเป็นรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้จริงของศักยภาพชุมชน

Gap of practice ครั้งนี้การศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและศึกษาปัจจัยที่ตามบริบททางสังคมมีผลต่อระดับความสามารถของผู้สูงอายุชาวม้งอย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวม้งจังหวัดเพชรบูรณ์

1.2.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ

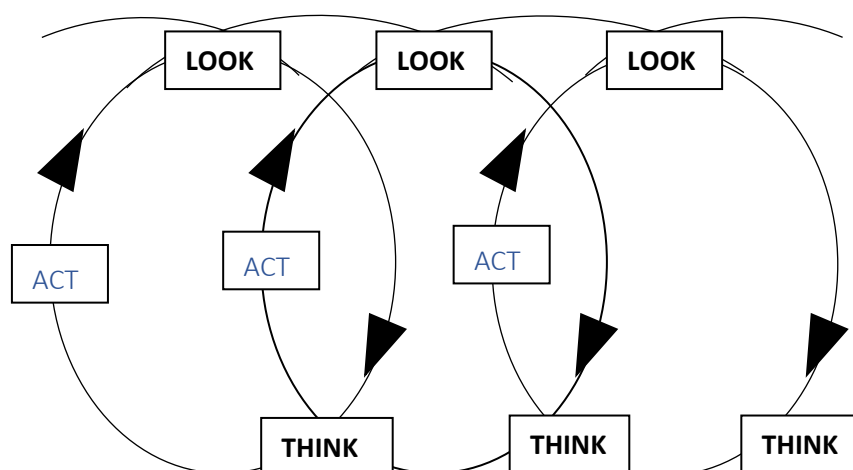
1. เพื่อศึกษาบริบททางสังคมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชน
2. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมั่งจังหวัดเพชรบูรณ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์

1.3 สมมุติฐานการวิจัย

รูปแบบและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชุมชนมั่งมีความสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชนอย่างไร

1.4 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) รูปแบบของการวิจัยดำเนินการศึกษาโดยใช้กระบวนการทั้งหมดที่ต่อกันเป็นloop โดยใช้กรอบการดำเนินงาน ของ (Stringer, 2007) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การค้นหา (Look) 2) การคิด (Think) และ 3) การปฏิบัติ (Action) ซึ่งเป็นการนำรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองไปสู่การปฏิบัติ

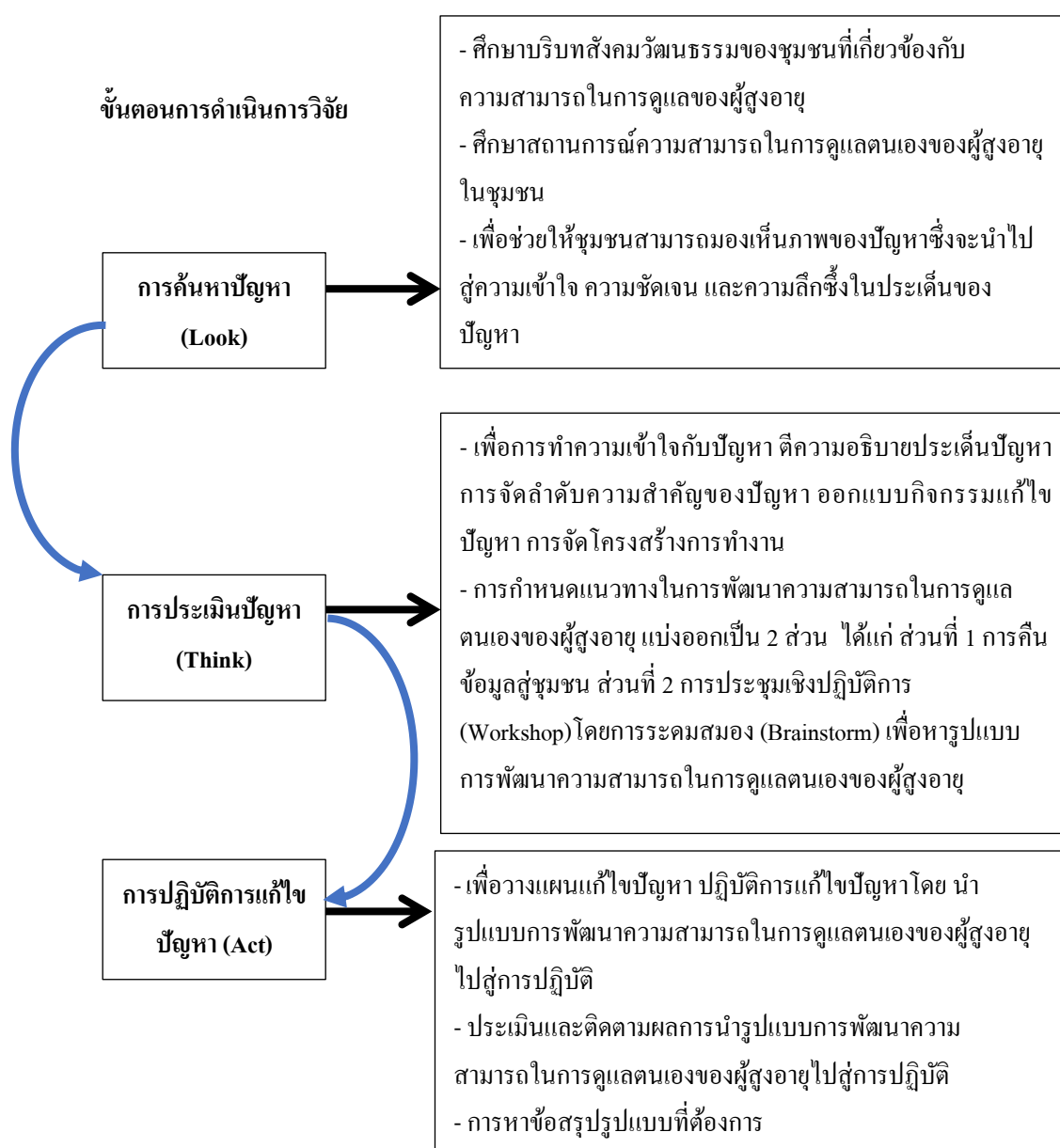


รูปที่ 1 แสดงวงจรต่อเนื่องการวิจัยปฏิบัติการ ของ Stringer (2007)
โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนแรก ขั้นการดู (Look) ประกอบด้วยกิจกรรมการสำรวจ รวบรวมข้อมูลเพื่อสร้างภาพที่แสดงถึงลักษณะของปัญหาในการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่สอง เป็นขั้นการคิด (Think) ประกอบด้วย กิจกรรมการสำรวจและวิเคราะห์เพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งเทียบได้กับสมมุติฐานวิจัย (research hypotheses) และการอธิบายความถูกต้องความมีประสิทธิภาพของแนวทางแก้ปัญหา ซึ่งเทียบได้กับการสร้างทฤษฎี (Theorizing)

ขั้นตอนที่สาม เป็นขั้นปฏิบัติการ (Action) ประกอบด้วยกิจกรรมการรายงานผลการวิจัย การใช้ผลการวิจัย และการประเมินผลการวิจัย วงจรขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการนี้จะดำเนินการต่อเนื่องกันไปโดยตลอด



ตัวแปรและเครื่องมือการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา	เครื่องมือวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย
เพื่อศึกษาบริบททางสังคมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับความสามารในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่	บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ได้แก่ - โครงสร้างองค์กรชุมชน - สภาพเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ - ลักษณะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ - วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ - พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ - ตัวแปรอื่นๆที่ได้จากภาคสนาม	1.เครื่องมือชุดที่ 1 วิเคราะห์บริบทของชุมชนและความต้องการของชุมชน 1.1 การสนทนากลุ่ม 1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก 1.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม 1.4 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบริบทของชุมชน	สนทนากลุ่ม 1. ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 4 กลุ่มๆละ 5 คน 2. ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จำนวน 5 3. อสม. จำนวน 4 กลุ่มๆละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้านอย่างละเท่ากัน การสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 20 คน สนทนากลุ่ม 1. กลุ่มผู้สูงอายุ 2. กลุ่มผู้นำ 3. อาสาสมัครสาธารณสุข
เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	เครื่องมือส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า
เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	เครื่องมือชุดที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เครื่องมือชุดที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า สนทนากลุ่ม 1. ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 4 กลุ่มๆละ 5 คน

วัตถุประสงค์การวิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา	เครื่องมือวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย
		พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน 1.1 การสัมภาษณ์เจาะลึก 1.2 การสนทนากลุ่ม 1.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม	การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 20 คน
เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	1.เครื่องมือชุดที่ประเมินผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 1.1 การสนทนากลุ่ม 1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก 1.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม 1.4 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุชายวัย 60 ปี ขึ้นไป ที่พักอาศัยในหมู่บ้านเชิงน้อย ตำบลแคมป์สน อำเภอห้วยสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุชายวัยด้วยตนเอง ที่กระทำด้วยความตั้งใจเพื่อมีเป้าหมายที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเป็นลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.6 ประโยชน์ของการวิจัย

- นำข้อมูลพื้นฐานจากการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมาใช่วางแผนเพื่อปรับปรุงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่อไป
- เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน
- รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการตัดสินใจของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Levin, L. S., and Idler, E.L., 1983; Orem, 1991) หรือการกระทำที่เป็นการคงไว้ซึ่งสุขภาพ ของตนให้แข็งแรง เพื่อเป็นการรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค และควบคุมโรค (Lunde, 1990; WHO, 2009) และเพื่อรับมือกับความเจ็บป่วยและความพิการ (WHO, 2009) และเมื่อได้กระทำอย่างถูกต้อง ครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมีมากขึ้น (Pender, 1987)

2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ กระทำด้วยตนเอง (เดือนใจ ทองคำ, 2549; สุรัชย์ อยู่สาโก, 2550) ที่กระทำอย่างจงใจ (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551)จนเป็นลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน (เดือนใจ ทองคำ, 2549; สุรัชย์ อยู่สาโก, 2550) โดยมีเป้าหมาย (สุรัชย์ อยู่สาโก, 2550; เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551) เพื่อส่งเสริมสุขภาพผดุงรักษาสุขภาพหรือการคงไว้ซึ่งสุขภาพ (วิลาวลัย รัตนา, 2552; เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551) และการป้องกันโรค (สุรัชย์ อยู่สาโก, 2550) ทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจสังคม และเศรษฐกิจ (วิลาวลัย รัตนา, 2552, สุรัชย์ อยู่สาโก, 2550)

2.1.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ โอเรม

แนวคิดของโอเรม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) (Orem, 1980) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณา และตัดสินใจซึ่งนำไปสู่การกระทำของบุคคลที่จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมต่อสถานการณ์ การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่มีจะช่วยสังเกตการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องการกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 การกระทำต้องมีเป้าหมาย ซึ่งสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นการกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ ทั้งเป็นเกณฑ์สำหรับใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง บุคคลผู้นั้นจะต้องมีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษในกิจกรรมที่จะกระทำ มีแรงจูงใจในการกระทำ และใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ได้กระทำกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุด และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนบรรลุผลสำเร็จ

จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง

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

ลักษณะการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1980) จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ
2. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายของมนุษย์อยู่ในสภาพปกติและอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งทาง ด้านโครงสร้าง และการทำงานของอวัยวะต่างๆ
3. เป็นกิจกรรมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีพัฒนาการในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างมีประสิทธิภาพ และเต็มกำลังความสามารถ
4. เป็นกิจกรรมที่ป้องกันอันตราย และการเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกาย และจิตใจของบุคคล
5. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการควบคุม จำกัดข้อบกพร่อง หรือผลอันเกิดจากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ในการปฏิบัติ เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง บุคคลผู้นั้นจะต้องมีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษในกิจกรรมที่จะกระทำ มีแรงจูงใจในการกระทำ และใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ และกระทำกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุด และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนบรรลุผลสำเร็จ

2.1.2 กระบวนการดูแลตนเองด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองเป็นการบ่งชี้ถึงกระบวนการสะท้อนทัศนคติทั่วไปของผู้สูงอายุต่อสุขภาพและความสามารถในการมีส่วนร่วมในการเติบโตและการพัฒนาการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กระบวนการการดูแลตนเองเป็นตัวบ่งชี้ที่เป็นกลยุทธ์และเป็นการกระทำให้ผู้สูงอายุปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทางสุขภาพและปรับตามลำดับหรือขยายความสามารถของตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ในการดูแลตนเอง จะเกี่ยวข้องกับ 3 กระบวนการ ซึ่งจะนำไปตามลำดับขั้น กระบวนการตามประสบการณ์ชีวิต กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการทางนิเวศวิทยา (Bente Hoy, Lis Wagner and Elisabeth O.C. Hall, 2007)

กระบวนการตามประสบการณ์ชีวิต กล่าวคือ เป็นประสบการณ์ชีวิตที่ออกมาจากความรู้ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่จะทำให้เกิดความหมายและมีจุดประสงค์ในชีวิต (Soderhamn O., 1998) (Punamaki RL, Aschan H., 1994) ตัวอย่างเช่น การดูแลตนเอง เป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองเชื่อมโยงไปสู่การรับรู้สถานการณ์ของผู้สูงอายุทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การเริ่มต้นทำกิจกรรมด้วยตนเองและทำกิจกรรมตามบริบททางวัฒนธรรม ในทำนองเดียวกันกับทัศนคติโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะพบได้ในส่วนหนึ่งของชีวิตผู้สูงอายุ และเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุในอดีต และคาดว่าจะทำต่อในอนาคต ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสถานที่และบริบททางสังคม ในส่วนของการดูแลตนเองประกอบไปด้วย โอกาสในการตื่นตัวและบทบาทในการรับรู้อิทธิพลของร่างกายในบริบทความเจ็บป่วย ความสุขภาพ และสังคมหรือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Soderhamn O., 1998) ในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นตัวบ่งชี้ความสมดุล การเริ่มต้น การจัดระเบียบทางสังคม และการเปลี่ยนเป็นแรงขับทางสังคม นอกจากนี้ยังรวมถึงการแสดงออกถึงความสุขภาพและการตีความด้วยตนเอง ในการค้นหาความหมายของการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องและได้รับการยอมรับด้วยตนเอง เกี่ยวกับการมีอารมณ์ขัน ความท้าทาย ความยืดหยุ่น การมีส่วนร่วม ความเพลิดเพลิน และการมีปฏิสัมพันธ์กัน (Punamaki RL, Aschan H., 1994)

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ หมายถึง พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ โดยมาจากประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ และการออกแบบ การค้นหา และการเชื่อมโยงกับสภาวะการณ์ภายใน ภายนอก และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองในอีกความหมายหนึ่ง มีรากฐานมาจากการตระหนักในตนเอง และการมีค่านิยมของตัวเองจะแสดงศักยภาพในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและวิธีการคิด ด้วยการเป็นหุ้นส่วนกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การดูแลตนเองจะรวมถึงการติดต่อสื่อสาร การสร้างความตระหนักถึงคุณค่าของตัวเองการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการขัดเกลาทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การดูแลตนเองเป็นการพัฒนาที่เน้น ทรัพยากรที่เหมาะสม

กับความต้องการของอารมณ์ ความคิด การค้นหาความหมาย การอำนวยความสะดวก การเสาะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ

ทางระบบนิเวศวิทยา สะท้อนให้เห็นมิติทั้ง 2 มิติ เป็นการบูรณาการด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ทางชีวภาพและกายภาพ และสภาวะการณ์ตามสังคมและวัฒนธรรม และ ความสามารถของผู้สูงอายุและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ activities of daily living (ADL) ทำให้เกิดผลิตผล รวมถึงการสร้างสมดุลในชีวิตใหม่ กระบวนการบูรณาการประกอบไปด้วย 3 ชนิด: กิจกรรม การยืนยันข้อมูล และการสังเคราะห์ข้อมูล กิจกรรมที่กล่าวถึงจะหมายถึงการให้ความหมายของการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลตัวเองและบุคคลในครอบครัว การยืนยันการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความหมายเชิงบวกในชีวิตอย่างต่อเนื่องแสดงผ่านตัวอย่าง เช่น ความสุข ความงาม การสังเคราะห์ความเหมาะสมกับความรู้สึของผู้สูงอายุที่เหลืออยู่ทั้งหมด มีความยืดหยุ่น และผู้สูงอายุมีการยอมรับประสบการณ์ความเจ็บปวดและมีความพึงพอใจและประสบความสำเร็จจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต กระบวนการทางนิเวศวิทยา มุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างเป้าหมายในชีวิตความยืดหยุ่นและการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาวะภายนอก ชี้ให้เห็นความสำคัญ ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เคยมีมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ เป็นปัจจัยหลักของประสบการณ์ชีวิตที่มาจากการให้ความหมายและความสามารถในการดูแลตนเอง(Punamaki RL, Aschan H., 1999) (Leenerts MH, Teel CS, Pendleton MK., 2002) (Burbank, 1992) ได้อธิบายความสำคัญของสัมพันธภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุที่ให้ความหมายเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (Dill et al, 1995) การตัดสินใจของผู้สูงอายุมีความเป็นอิสระปราศจากการขอคำปรึกษา และไม่พบแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นผลลบต่อการดูแลตนเองและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่าให้ครอบครัวและเพื่อนที่ได้รับผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รับรู้และดำเนินการช่วยเหลือ อย่างไรก็ตาม การติดต่ออย่างใกล้ชิดกับผู้สูงอายุจะทำให้เห็นปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุแม้ว่าจะไม่ชัดเจนก็ตาม (Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC, 2000)

บางการศึกษาพบว่า ผลกระทบที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Lorig K. et al, 1996; Minkler M, Schaeffler H, Clements-Nolle K, 2000) คือ การลดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากภาวะทุพพลภาพ ซึ่งคำนวณมาจากการผ่านโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อที่จะทำนายภาวะทุพพลภาพ และการวางแผนปฏิบัติการในการพัฒนาให้ผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ ท้ายที่สุดพบว่า สภาวะการณ์ภายนอกทั้งบริบททางด้านกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม ชี้ให้เห็นว่า มีความสำคัญต่อการอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองที่เคยมีมาก่อน สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ และ กิจกรรมต่างๆ พบว่า จะช่วยส่งเสริม

ความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งระดับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บริบททางวัฒนธรรมมีส่วนสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และบทบาทหน้าที่ บรรยายภาพที่ไม่ทำให้ด้อยค่าจิตใจ ความรู้ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง และความเป็นอยู่ดีมีสุข(Miller AM, Iris M, 2002) และยังแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติการดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ทางวัฒนธรรม และความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม สามารถอธิบายความแตกต่างกันในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ (Jirovec MM, Kasno J, 1993; Becker G, Gates RJ, Newsom E, 2004)

ตารางที่ 1 กระบวนการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

กระบวนการ	ประสบการณ์ชีวิต	การเรียนรู้	ทางนิเวศวิทยา
ทิศทาง ของแนวคิดเนื้อหา	มีความหมายที่เชื่อมโยงกับบริบท ทำให้สมดุลมีการริเริ่มทำให้ถูกต้องการทดแทนเปลี่ยนแรงผลักดันภายในจิตใจไปสู่การกระทำที่สังคมยอมรับ การยอมรับอารมณ์ขัน ความท้าทายความยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์กันมีความสนุกสนาน การมีปฏิสัมพันธ์มากกว่าตัวของตัวเอง	การสร้างตัวเอง การติดต่อสื่อสาร ฝึกนิสัยการมีสุขภาพดี สร้างความภาคภูมิใจ และให้ความหมายกับตัวเอง มุ่งเน้นไปในเชิงบวก หลีกเลี่ยงการทำหน้าที่เกินบทบาท สนับสนุนความเป็นอิสระและพึ่งพาซึ่งกันและกัน การจัดเวลาทางสังคม	การบูรณาการด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน กิจกรรมการยืนยัน การสังเคราะห์
ผลลัพธ์เชิงบวก	ความภาคภูมิใจเชิงบวก และ การรับรู้ความผาสุกทางร่างกายและจิตใจ	การพัฒนาการศึกษาและศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์	ความสมดุลของการทำงานที่เหมาะสมและความซื่อสัตย์ในชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่า กระบวนการการดูแลตนเองเป็นตัวบ่งชี้ที่เป็นกลยุทธ์และเป็นการกระทำให้ผู้สูงอายุปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทางสุขภาพและปรับตัวตามลำดับหรือขยายความสามารถของตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม จะเกี่ยวข้องกับ 3 กระบวนการในการดูแล

ตนเอง ซึ่งจะเป็นไปตามลำดับขั้น ประกอบด้วยกระบวนการตามประสบการณ์ชีวิต กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการทางนิเวศวิทยา (Bente Hoy, Lis Wagner and Elisabeth O.C. Hall, 2007)

ประสบการณ์ชีวิตที่ออกมาจากความรู้ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่จะทำให้เกิดความหมาย และจุดประสงค์ในชีวิตกระบวนการเรียนรู้ หมายถึง พฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ โดยมาจากประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ เชื่อมโยงกับสภาวะการณ์ภายใน ภายนอก และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองและแสดงให้เห็นว่า การดูแลตนเองเป็นการพัฒนาที่เน้นการดูแลตนเอง ทรัพยากรที่เหมาะสมกับความต้องการของอารมณ์ ความคิด การค้นหาความหมาย การอำนวยความสะดวก การเสาะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการทางระบบนิเวศวิทยา เป็นการบูรณาการด้านอารมณ์และจิตวิญญาณทางชีวภาพและกายภาพ และสภาวะการณ์ตามสังคมและวัฒนธรรม และความสามารถของผู้สูงอายุและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ activities of daily living (ADL) ทำให้เกิดผลผลิต รวมถึงการสร้างสมดุลในชีวิตใหม่

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

คำจำกัดความความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง (Soderhamn O. et al, 1996) เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีตามความสามารถของตนเอง (Orem, 2001; Soderhamn O. et al, 1996) ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และดำเนินชีวิตปกติมากที่สุด(อินทกานต์ กุลยไวย, 2552)

2.2.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง

2.2.2 Orem theory การที่บุคคลกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามความต้องการในการดูแลตนเองหรือให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองบุคคลนั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองโอเรม (Orem, 1991) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นคุณภาพอันซับซ้อนของมนุษย์ที่จะทำให้บุคคลสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โดยจะแสดงความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณภาพอันซับซ้อนของมนุษย์ที่จะทำให้บุคคลสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โดยจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง โอเรม (Orem 1985) ได้แบ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองเป็น 3 ระดับคือ

1. ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ(Power components :capabilities for self - care)
3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง(Capabilities for self – care operation)

ความสามารถในแต่ละระดับ จะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป โดยที่ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถจำนวน 10 ประการและพลังความสามารถจำนวน 10 ประการเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง มีรายละเอียดในแต่ละระดับดังนี้ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) โดยทั่วไปซึ่งแบ่งออกเป็น

1. ความสามารถที่จะรู้เกี่ยวกับความสามารถที่จะกระทำ(ทางสรีระวิทยาและจิตวิทยา แบ่ง เป็น การรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น) คุณสมบัติ และปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมาย ของการกระทำความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผลหน้าที่ของประสาทสำหรับรับรู้ความรู้สึก(Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การรับรส และการได้กลิ่นการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัวความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญรู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถจำนวน 10 ประการ(Power components :capabilities for self - care) เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างการเรียนรู้ และการกระทำอย่างจงใจเพื่อดูแลตนเองได้แก่

2.1 ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลในการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถ ที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self – care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีซึ่งประกอบด้วย

3.1 การคาดการณ์(Estimative)เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเองความหมาย และความ ต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นความสามารถทั้ง 3 ประการนี้สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จิตใจ และมีเป้าหมาย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเริม

มีการศึกษาจำนวนมาได้นำทฤษฎีของโอเริมมาประยุกต์ใช้ในการสร้างสิ่งทดลองเพื่อใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

อภิรดี เจริญกุล ชูพรัตน์ สุริโย และปาจริย์ ตรินนท์ (2556) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับ ฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยผู้ป่วยเข้าโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบไปด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน จัดให้มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 30 นาที เพื่อละลายพฤติกรรม และส่งเสริมการมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อันจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น ซึ่งเนื้อหาการให้ความรู้เน้นการเพิ่มสมรรถนะของผู้ป่วยเบาหวานด้านกระบวนการคิด และฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเอง โดยวิธีการบรรยายประกอบการชมวีดิทัศน์ และถอดบทเรียนที่ได้จากแผนพับให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานใช้เวลา 45 นาที(แล้วใช้กระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 15-18 คน เข้าฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน เพื่อฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเอง ผ่านฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน และเข้าประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-10 คน เดือนละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 4 ฐาน ประกอบไปด้วย

ฐานที่ 1 : อาหารเบาหวาน มีโมเดลอาหารครบ 5 หมู่ และตัวอย่างรายการอาหารที่ควรรับประทานอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ปริมาณอาหารที่เหมาะสมและปริมาณข้าวเหนียวที่กินในแต่ละมื้อ

ฐานที่ 2 : การออกกำลังกาย กลุ่มได้ฝึกทักษะเรื่องการบริหารร่างกายที่เหมาะสมกับตนเอง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การหมุนรอบข้อต่างๆ

ฐานที่ 3 : การกินยาเบาหวาน มีตัวอย่างยาให้กลุ่มเรียนรู้เรื่องฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงของยาเวลาที่เหมาะสมในการกินยาและอาหาร วิธีการป้องกันการล้มกินยา หรือกินยาเกินขนาดโดยยกตัวอย่างการจัดชุดยาแต่ละมือประจำวัน

ฐานที่ 4 : การดูแลสุขภาพอนามัย กลุ่มได้เรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเท้า ตลอดจนเรียนรู้วิธีป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการรับรู้ และการดูแลตนเองในเรื่องที่จำเป็นในการควบคุมโรค 4 ด้าน แล้วนำมาตัดสินใจคะแนนตามเกณฑ์ของระดับความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือดหาระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ก่อนและหลังเข้าโครงการครบ 4 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าก่อนเข้าโครงการส่งเสริมดูแลตนเอง ระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องอาหารเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ($r = -0.36, p < 0.5$) หลังเข้าโครงการระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องอาหาร ยา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.43, p < .01$ และ $-0.52, p < .001$ และ $-0.38, p < .05$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ ระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมทั้งเรื่องอาหาร ยา และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r = -0.61, p < .001$)

Habibollah Hosseini, MS, Sara Torkani, and Khosrow Tavakol (2013) ทำการศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน Falavarjan ในประเทศ อิหร่าน ในปี 2010 ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยทำการศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน Falavarjan ซึ่งโปรแกรมกึ่งทดลอง จะเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองโดยตรง มี 4 ด้าน ซึ่งจะรวมถึงโภชนาการ การปฏิบัติทางด้านสุขภาพ กิจกรรมทางกาย และความอยู่ดีมีสุข ซึ่งจะมีรูปแบบการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 5 ครั้ง โดย 1 กลุ่มจะถูกเยี่ยมโดยพยาบาลในช่วง 6 สัปดาห์ และซึ่งจะมีความแตกต่างกัน คือ การให้สุศึกษา และการให้สิ่งทดลองเป็นการพยาบาลบนพื้นฐานของการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและการกำหนดภาระงานสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งกรอบแนวคิดภายใต้ทฤษฎี Bandura's self-efficacy, Orem's self-care theory, and Pender's revised health promotion model

พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ จริยาวัตร คมพยัคน์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2553) ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 การดำเนินการวิจัยเริ่มจาก ประเมินความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากนั้นดำเนินการตามโปรแกรม 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ขึ้นสลายพฤติกรรมและขึ้นสร้างมนุษย์สัมพันธ์และเกิดปฏิสัมพันธ์ ครั้งที่ 2 ขึ้นสร้างมนุษย์สัมพันธ์และเกิดปฏิสัมพันธ์และขึ้นสร้างสรรค์ก่อเกิดความคิดริเริ่ม ครั้งที่ 3 ขึ้นสร้างสรรค์ก่อเกิดความคิดริเริ่มและขึ้นการระดมความคิด ครั้งที่ 4 ขึ้นการระดมความคิดและขึ้นประเมินผลใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ จึงวัดความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที (paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.2.3 Porn's theory

Porn's theory เป็นทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพและการปรับตัว ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของ Porn's theory มีความเกี่ยวข้องกับความสุข ปัญหาสำคัญเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของ รายละเอียดเป้าหมายแต่ละบุคคล ถ้ามีการตั้งเป้าหมายไว้สูงเกินไปจะไม่มีมนุษย์คนไหนที่จะทำได้ อย่างไรก็ตามความแข็งแกร่งและการมีสุขภาพดีก็จะสามารถเข้าถึงเป้าหมายได้ และถ้ามีการตั้งเป้าหมายที่ไปในทางเดียวกัน คนที่อ่อนแอและเจ็บป่วยจะสามารถเข้าถึงเป้าหมายนั้นได้ ซึ่ง Porn's theory มีแนวคิดที่ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองสามารถพิจารณาได้จาก ความจำเป็นในสถานะจริงในกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับ ทฤษฎี Porn's theory (Porn's theory, 1993)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎี Soderhamn O ได้คิดค้นและนำ Porn's theory มาใช้ ในการสร้างมาตรวัดความสามารถในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ (SASE) ซึ่งมาตรวัดนี้ออกแบบมาจากการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และการทำการทดสอบค่า reliability และ validity ในกลุ่มเป้าหมายทั้งสองกลุ่มในสวีเดน ในการสร้างมาตรวัดความสามารถในการดูแลตนเองโดยพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเองส่วนบุคคล ความสามารถจะเป็นลักษณะของความสามารถที่ตั้งใจและความสามารถในการดูแลตนเองเป็นเช่นการระดมองค์ความรู้ สิ่งแวดล้อม และเป้าหมายภายใต้สภาวะการณ์ ซึ่งบทบาทเหล่านี้สามารถถือเป็นการแสดงบทบาท ความรู้ความเข้าใจในบทบาท และการตัดสินใจในการแสดงบทบาท บทบาทเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม และเป้าหมายบางอย่าง นอกจากนี้ยังมีชนิดของความสมดุลระหว่างการแสดงบทบาทของแต่ละบุคคล(อะไรเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลสามารถทำได้) และเป้าหมายของแต่ละบุคคลในสภาพแวดล้อมที่

เฉพาะเจาะจง บุคคลที่มีสุขภาพดี จะมีบทบาทที่เป็นคุณสมบัติ ดังนี้ ความต้องการการปรับตัวทั่วไป เมื่อมีความสมดุลระหว่างบทบาท สิ่งแวดล้อมและเป้าหมาย

ในส่วนความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงสาเหตุ ป้องกันการเปลี่ยนแปลงสิ่งผิดปกติ หรือการคงไว้ซึ่งสุขภาพดี หรือการได้รับการยอมรับหนึ่ง ตำแหน่ง หรือมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง ในด้านสวัสดิการของบุคคล สำหรับการแสดงบทบาทของกลุ่มเป้าหมาย ความสามารถเป็นเสมือนการปรับตัว นอกจากนี้ในการเปลี่ยนแปลงการแสดงบทบาทของกลุ่มเป้าหมาย เป้าหมาย และสภาพแวดล้อมเป็นศูนย์กลางที่อาจเรียกว่าตัวเรา ความสามารถในการดูแลตนเองจึงเป็นสมรรถภาพในการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ และลักษณะของการแสดงความสามารถในการดูแลตนเองอย่างตั้งใจ สิ่งแวดล้อม และเป้าหมาย และบทบาทความสามารถในการดูแลตนเอง สิ่งแวดล้อม และจุดมุ่งหมายภายใต้สภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Soderhamn O, Ek A-C, Porn I, 1996)

คาริ ชันสลิเลท (Kari sundslilet al, 2014) ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การดูแลตนเองโดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่เป็นสิ่งทดลองในการส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ที่อาศัยอยู่เขตชุมชนเมือง เป็นการศึกษาแบบ RCT ประกอบไปด้วย กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรด้านสุขภาพตลอดระยะเวลาการศึกษาซึ่งเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ร่วมกับการรับโทรศัพท์ทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 5 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับสิ่งทดลองดังกล่าว

2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม Social support Theory

2.3.1 คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (House, 1981; Caplan, 1974) ระหว่างผู้ที่ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน (Sally A. Shumaker, Arlene Brownell, 1984) โดยผู้ให้การสนับสนุนอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีการช่วยเหลือกัน สนับสนุนด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้แนะให้คำแนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์ (Caplan, 1974; House, 1981; จุฬารักษ์ ไสตะ (2546) เพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเองมีความมั่นคงและปลอดภัย (Cobb, 1976; Caplan, 1974) เพราะได้รับการดูแลและมีผู้เห็นคุณค่าของตนหรือยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นๆ (ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์ต่างๆได้ (Cobb, 1976)

2.3.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม (source of social)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สมาชิกในเครือข่ายทางสังคม ที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคล แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคม จะเปลี่ยนไปตามแหล่งที่มีการบริการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้น แหล่งสนับสนุนทางสังคม ยังสามารถบอกถึงขนาดและเครือข่าย (Network size) ทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

แมค เอลวิน Mac Elveen (1979) แบ่งกลุ่มของบุคคลที่เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเครือญาติ เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันมาก มีปฏิสัมพันธ์กันหลายชนิด และสม่ำเสมอ ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกัน และมีการติดต่อสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง
2. กลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติ เป็นกลุ่มที่บุคคลเลือกติดต่อกับเหตุผลส่วนใหญ่ มีความสนใจและค่านิยมที่เหมือนกัน กลุ่มนี้มักจะเป็นกลุ่มเพื่อน ซึ่งมีอายุใกล้เคียงกัน รวมทั้งการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน

เฮาส์ (House, 1981) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง
2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์ พยาบาล/ทีมสุขภาพ เป็นต้น

สติวาร์ท Stewart (1989) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ครอบครัว เพื่อนสนิท ญาติ คู่สมรสกลุ่มคนในระดับชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน บุคลากรในวิชาชีพ อาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือ ชุมชนต่างๆ ที่ตั้งขึ้นในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดต่อบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตาม ความต้องการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆจะมีมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล เช่น ในระดับของการเจ็บป่วยขั้นวิกฤติย่อมต้องการแพทย์ และพยาบาลเพื่อช่วยเหลือ (instrumental support) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (informational support) รวมถึงการชี้แนะ การให้คำปรึกษา ด้านการสะท้อนคิดหรือ

สนับสนุนให้ประเมินตนเอง (appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

2.3.3 หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับการสนับสนุน”
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของหรือทางด้านการจิตใจ จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

4. จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

2.3.4 คุณลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีคุณลักษณะ 2 แบบ (Thoit, 1982) คือ คุณลักษณะของแรงสนับสนุนทางโครงสร้าง คือ การสนับสนุนจะเกิดจากเครือข่ายโดยรวม ขนาดและความหนาแน่นของเครือข่าย ความถี่ของการติดต่อ ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กัน รวมถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและจำนวนของความสัมพันธ์ทางสังคม คุณลักษณะของแรงสนับสนุนตามการทำหน้าที่ของบุคคลในสังคม หมายถึง การที่เครือข่ายทางสังคมได้ให้การสนับสนุนบุคคลในลักษณะของการกระทำ (support actions) โดยบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการสนับสนุนที่มีปริมาณมากเพียงพอกับความต้องการของตนทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

2.3.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

จุฬารักษ์ โสตะ (2546) ได้ยกตัวอย่างกิจกรรมในแต่ละระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวทางของนักพฤติกรรมศาสตร์ กอทต์ลิบ (Gottlieb, 1986) ซึ่งได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ในสังคมชุมชนที่เขาอาศัย

อยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่า คุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่าย แรงสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามิ ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

2.3.6 ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม (Type of Support)

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญเพิ่มมากขึ้น เมื่ออยู่ในภาวะเครียด มีความขัดแย้งและอยู่ในระยะวิกฤติ บุคคลแต่ละคนมีความต้องการและได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ดังนั้นจึงได้มี ผู้ศึกษาและแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบ แต่ในที่นี้จะขอยกมาเพียงของ เฮาส์ (House, 1981) ซึ่งจะครอบคลุมประเด็นต่างๆดังนี้

เฮาส์ (House, 1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมี 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

2.3.7 กลไกของแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษากลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ ของ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ (2553) พบว่า มี 2 กลไกที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกับสุขภาพมีกระบวนการ 2 ประการ กล่าวคือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ (main effect/ direct effect) แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพโดยไม่จำเป็นต้องมีความเครียดมาเกี่ยวข้อง โดยนักวิจัยหลายท่านสันนิษฐานว่าการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นถูกสังคมควบคุมให้มีพฤติกรรมเหมือนสมาชิกในสังคมซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค (Thoit, 1982) การมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางจะช่วยให้บุคคลได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลและได้รับข้อมูลที่มีประโยชน์

2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยอ้อม (indirect effect) ต่อสุขภาพหรือมีผลเป็นตัวบรรเทา (buffering effect) หรืออาจเรียกว่ามีผลเป็นตัวกำกับ (moderating effect) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ นักวิจัยสันนิษฐานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การลดความเครียดหรือเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการปรับตัวต่อภาวะเครียด เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การตอบสนองของความเครียดของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อและมีผลกับพฤติกรรมสุขภาพ (Thoits, 1982)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพใน 3 ด้าน กล่าวคือ 1) ช่วยปรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตลอดจนพฤติกรรม 2) ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่า 3) ช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ลดการใช้สารเสพติดและ/หรือบุหรี่ (Callaghan & Morrissey, 1993)

2.4 หลักทฤษฎีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Transtheoretical หรือ Stage of Change Model)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1970 จากการฝึกงานภาคสนามของจิตวิทยาคลินิก โดย โปรจิตศา (Prochaska) (Karen Glanz, Babara K. Rimer and K. Viswanath, 2008) ได้ตั้งข้อสังเกตว่าในปี ค.ศ.1970 นี้ มีทฤษฎีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนและทฤษฎีที่เกิดขึ้นมาใหม่ แปลว่า สิ่งที่มีอยู่เดิมนั้นอาจจะไม่ดีทำให้คนคิดเพิ่มเติม ซึ่งในการทำงานของโปรจิตศา ได้ทบทวนถึงแนวทางในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีอยู่ 2-3 ประเด็น คือ

1. คนจะไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เว้นแต่เขาได้แสดงออกว่าเขาต้องเปลี่ยนหรือเขาอยากเปลี่ยน ต้องมีการแสดงออกมาก่อนว่า “ฉันจะทำ” ถ้าข้อนี้ยังไม่เกิด แม้ว่าจะให้ข้อมูลอย่างไร คนก็จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง

2. ต้องมีการคิดว่าตนเองเปลี่ยนแล้วจะมีผลต่อคนอื่นอย่างไร สิ่งอื่นๆ รอบข้างจะเปลี่ยนไปอย่างไรการเปลี่ยนพฤติกรรมของคนนั้นจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากใคร อย่างไรขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง Stage of change ซึ่ง โปรจิตศา ได้เลือกเอาพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่มาเป็นตัวอย่างโดยการสอบถามจากคนที่สูบบุหรี่ว่าเขาผ่านขั้นตอนอะไรบ้าง ซึ่งคำตอบที่ โปรจิตศา ได้รับการต่อรอง เช่น ผู้สูบบุหรี่จะตอบ โปรจิตศา ว่าขึ้นอยู่กับว่าจะถามเขาตอนไหน ตอนที่สูบลแล้วเกิดอะไรขึ้น หรือ ก่อนที่เขาตัดสินใจหยุดสูบ เพราะฉะนั้น

3. การถามจึงต้องมีส่วนประกอบของเวลาในการถามด้วยการที่ โปรจิตศา ได้คำตอบดังกล่าวเขาได้ข้อสรุปว่า คนเรานั้นกว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้หลายขั้นตอน และตรงนี้เองเรียกว่า Stage of change ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นยังไม่สนใจ (Precontemplate) มองยังไม่เห็นว่าจะเอาจริง อย่างไรยังไม่เอาจริงใน 6 เดือนข้างหน้า คนมักจะติดอยู่ที่ขั้นนี้นาน ส่วนใหญ่เป็นเพราะได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนต้องแก้อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะเคยลองมาแล้วไม่สำเร็จเลยไม่เชื่อว่าตนเองจะทำได้ เรียกว่ามีวิกฤติความเชื่อถือตนเอง จึงใช้วิธีหันหลังให้ ไม่สนใจ ไม่ทำ

2. ขั้นสนใจแต่รอฤกษ์ (Contemplate) สนใจที่จะทำแล้ว แต่ยังรั้งรออยู่บ้าง ประมาณว่าในหกเดือนข้างหน้าคงจะได้ลงมือทำแน่

3. ขั้นตัดสินใจทำ (Preparation) ตั้งใจเอาจริงแน่นอน วางแผนเป็นตุเป็นตะแล้ว ประมาณว่าไม่เกินหนึ่งเดือนข้างหน้าก็คงได้ลงมือทำจริง

4. ขั้นลงมือทำ (Action) คือลงมือทำไปแล้ว แต่ยังต่อเนื่องมาได้ไม่เกินหกเดือน

5. ขั้นทำได้ยึด (Maintenance) ทำได้แล้ว ต่อเนื่องเกิน 6 เดือน แต่ยังไม่เกิน 5 ปี ยังพยายามทำอยู่ มีความเสี่ยงจะกลับไปใช้นิสัยเดิมอยู่เหมือนกัน แต่ก็พยายามที่จะไม่กลับไป

6. ขั้นสำเร็จแน่แล้ว (Termination) เปลี่ยนพฤติกรรมได้แน่นอนแล้ว ไม่กลับไปทำแบบเก่าอีกเด็ดขาดหลักกระบวนการช่วยเปลี่ยนแปลง (Process of Change)

กระบวนการช่วยเปลี่ยนแปลง (Process of change) ที่ทฤษฎีนี้แนะนำไว้มี 10 วิธี ได้แก่

1. ปลุกจิตสำนึก (conscious raising) เป็นการใช่วิธีต่างๆบอกให้รู้ผลเสียของการไม่เปลี่ยน และผลดีของการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นการให้การศึกษา อธิบาย ดีความหมายให้ฟัง บอกให้รู้ตรงๆ หรือรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ

2. ใช้การเล่นละคร (Dramatic relief) เพื่อกระตุ้นหรือปลุกจิตใจอารมณ์ให้เกิดความอยากเปลี่ยนแปลง เช่นการให้ลองเล่นเป็นคนอื่นดู (role play) ให้สามีและภรรยาทดลองเล่นละครสลับบทบาทกันเพื่อสะท้อนความรู้สึกต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของกันและกัน การใช้ตัวละครโฆษณาแสดงความรู้สึกผิดหรือเสียใจที่ไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

3. การใคร่ครวญผลต่อตนเอง (self reevaluation) เช่นจินตนาการว่าถ้าเอาแผ่นนอนโซฟาคู่วิถีภาพของตนเองต่อไปจะเป็นอย่างไร ถ้ายืนขึ้นแอ้งออกกำลังกายทุกวันภาพของคนจะเป็นอย่างไร

4. การใคร่ครวญผลต่อสังคมรอบข้าง (social reevaluation) เช่น นึกต่อไปว่าถ้าตนเองดื่มแอลกอฮอล์จัดอยู่ต่อไปลูกๆจะเป็นอย่างไร เป็นต้น

5. การปลดปล่อยตนเอง (self liberation) คือ การพยายามให้มีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงงานวิจัยพบว่าถ้าคนเรามีทางเลือกสองทาง จะมีความมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกทางเดียว ถ้ามีทางเลือกสามทาง จะมีความมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกสองทาง ยกตัวอย่างการให้ทางเลือกเช่น ถ้าจะเลิกบุหรี่ก็ให้เลิกได้สามทาง จะเลิกแบบหักดิบก็ได้ แบบกินนิโคตินทดแทนก็ได้ หรือเลิกแบบค่อยๆลดลงก็ได้ เป็นต้น

6. การปลดปล่อยสังคม (social liberation) คือ อาศัยความรู้สึกว่าเป็นการปลดปล่อยจากการถูกกดขี่เอาเปรียบทางสังคมมาเป็นตัวสร้างความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพชนกลุ่มน้อย เป็นต้น

7. ให้เรียนรู้สิ่งตรงกันข้าม (counter condition) เช่น ให้เรียนรู้การสนองตอบแบบผ่อนคลายเพื่อแก้ปัญหาเครียด ให้เรียนรู้การเป็นคนกล้าพูดกล้าแสดงออกเพื่อแก้ปัญหาการทนแรงกดดันจากเพื่อนชนไม่ได้ เป็นต้น

8. บังคับให้ทำสิ่งที่ดีกว่าทางอ้อม (stimulus control) เช่น สร้างที่จอดรถให้ห่างที่ทำงานเพื่อบังคับให้ต้องเดิน ดัดตั้งงานศิลปกรรมไว้ข้างบันได เพื่อชักจูงให้ขึ้นลงบันได เป็นต้น

9. จูงใจใช้แผนกระตุ้น (contingency management) เช่น การตรวจรางวัลถ้าทำสิ่งที่ดีกว่า การชื่นชมผลงาน หรือแม้กระทั่งการลงโทษถ้าไม่เลิกสิ่งที่ไม่ดี

10. กัลยาณมิตร (helping relationship) เช่นการเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ให้ การมีบัดดี้คอยสนับสนุน งานวิจัยพบว่าแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง คนเราต้องการวิธีช่วยที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในระยะที่ยังไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลง วิธีที่ช่วยได้คือการปลุกจิตสำนึก ให้ข้อมูล ชักจูงให้เกิดอารมณ์อยากทำด้วยวิธีต่างๆ

ทำด้วยวิธีต่างๆ ในระยะที่สนใจแต่ยังไม่ตัดสินใจ วิธีที่ช่วยได้คือการใคร่ครวญผลต่อตนเองและต่อสังคม พอมาอยู่ในขั้นตัดสินใจทำ สิ่งที่จะช่วยได้คือการปลดปล่อยทางเลือกให้ตัวเอง พอมาอยู่ในขั้นลงมือทำ สิ่งที่จะช่วยได้คือการใช้แผนกระตุ้น การบังคับให้ทำสิ่งที่ดีกว่าทางอ้อม การทำสิ่งตรงข้ามที่ดีกว่า และการมีกัลยาณมิตรและการใช้กัลยาณมิตรให้ถูกต้อง

หลักการตัดสินใจ (Decisional Balance)

หลักข้อนี้มีว่าแต่ละคนจะเปลี่ยนแปลงอะไรก็ต้องตั้งต้นด้วยการชั่งน้ำหนักดีเสีย เหตุผลที่ควรเปลี่ยน เหตุผลที่ไม่ควรเปลี่ยน การหาเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงให้ได้มากที่สุด จะทำให้การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ง่ายที่สุด

ความยืนหยัด (self efficacy)

ความยืนหยัด (self efficacy) หมายถึงความมั่นคงในทิศทางที่ตั้งใจไว้แม้ในสถานการณ์ที่สั่นคลอน

ต่อสู้กับสิ่งยั่วยวน (temptation)

ซึ่งหมายถึงความแรงของสิ่งที่มาชักจูงให้ใจอ่อนหันเหกลับไปสู่วิถีเดิมๆก่อนการเปลี่ยนแปลง การจะเปลี่ยนแปลงให้สำเร็จต้องคอยเสริมสร้างความยืนหยัดให้หนักแน่นขึ้นทุกวัน และลดทอนสิ่งยั่วยวนให้เหลือน้อยที่สุด

โมเดลนี้มองบุคคลว่ามีความพร้อมหรือระดับของการถูกจูงใจ (Readiness or levels of motivation) แตกต่างกัน ซึ่งจะแตกต่างจากทฤษฎีอื่นๆ ที่คาดว่าการใส่ใจกิจกรรมทางสุขภาพเหมือนกัน จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงได้เหมือนกัน จริงๆ แล้วบุคคลน่าจะมีความพร้อมเจตนาที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกัน (One-size doesn't fit all) บุคคลที่ทำงานสุขภาพคงจะประสบกับปัญหาที่ว่ากันว่าพฤติกรรมใหม่จะเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องบุคคลมักเลิกปฏิบัติกลางคัน ซึ่งมักมาจากตัวบุคคลขาดแรงจูงใจที่หนักแน่นขาดความอดทนที่จะต้านทานต่อความต้องการลักษณะของพฤติกรรมใหม่นั้นซับซ้อนยังยากหรือขาดการสนับสนุนให้กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด TTM จึงถูกพัฒนาขึ้นโดยมองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกระบวนการ ซึ่งบุคคลจะอยู่ในขั้นของกระบวนการที่ต่างกัน ดังนั้นการวางแผนกลยุทธ์ กลวิธีจึงต้องสอดคล้องกับขั้นของบุคคลนั้นๆ ซึ่งตัวอย่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยใช้ TTM แบ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ขั้นไม่สนใจ (Pre contemplation หรือ Ignorance) เป็นขั้นที่บุคคลไม่คิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่คิดว่าตนมีปัญหาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น เช่น คนที่สูบบุหรี่จะคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการสูบได้ จะหยุดเมื่อไรก็ได้ทันทีที่ต้องการหยุด และยังมีความสุขจากการได้สูบบอกไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้น

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation หรือ Learning) เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มรับรู้ปัญหาว่าหากทำพฤติกรรมเดิมอยู่เช่น สูบบุหรี่ ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าเป็นโรคจะเกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนและคนใกล้ชิด เริ่มประเมินประโยชน์ ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น แต่ก็ยังเชื่อว่าบุหรี่หรือสารเสพติดมีคุณมากกว่าโทษ

3. ขั้นตัดสินใจ (Preparation หรือ Planning) เป็นขั้นที่บุคคลคิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเริ่มวางแผน (Action-oriented Program) เช่น มาพบแพทย์ ซื้อหนังสือเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ หรือวิธีการออกกำลังกาย เป็นต้น

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action หรือ Doing) ระยะเลิกบุหรี่ เป็นการลงมือทำ เช่น หยุด หรือลด จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ซึ่งอาจจะทำได้ไม่สม่ำเสมอ

5. ขั้นระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเลิกบุหรี่ (Maintenance) คือ คนที่ทำไปแล้ว และกำลังคิดว่า จะทำอะไรดีเวลาเพื่อนยื่นบุหรี่ให้และจะไม่จุดอีก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยได้ออกแบบกิจกรรมที่ยึดตาม ขั้นตอนและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุชาวม้ง และมุ่งให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ เป็นเครื่องมือที่จะช่วยอธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และสามารถประเมินผู้สูงอายุได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของผู้สูงอายุอยู่ในขั้นตอนใด เพื่อจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจของบุคคล เนื่องจาก บุคคลมีอิสระ และมีทางเลือกที่จะกระทำพฤติกรรมของตนเอง หากบุคคลนั้นมั่นใจและเชื่อมั่นว่า การกระทำของตนเอง ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสามารถคาดประมาณ ได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไป

การประยุกต์ใช้ทฤษฎี

พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจาก ครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท ผลการศึกษา พบว่าการให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัว และการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการ รับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองในวัยผู้สูงอายุ

ในวัยผู้สูงอายุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุ จะเน้นหนักในด้านการ ดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ซึ่งการให้คำปรึกษาแนะนำที่ควรให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิด ความรู้ความเข้าใจ และสามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง คือการดูแลตนเองในเรื่องดังต่อไปนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1. ด้านโภชนาการ

Bok Hee Kim, Mi-Ju Kim and Yoonna Lee (2012) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุศึกษา ด้านโภชนาการ กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยใน สถานดูแลระยะยาว ในโรงพยาบาล จีโอลาเนมโด ประเทศเกาหลี : พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับความเสี่ยงด้านโภชนาการ และปริมาณการรับประทานอาหาร มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผล การปรับปรุง ภาวะโภชนาการโดยการประยุกต์การให้สุศึกษาด้านโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ โดย วัดผลก่อนและหลังการให้โปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เริ่มประเมินภาวะโภชนาการโดยการ check list ประเมินภาวะโภชนาการโดยการใช้การทบทวนย้อนหลังเกี่ยวกับการรับประทานอาหารภายใน 24 ชั่วโมง (24 hour recall method) ซึ่งโปรแกรมมีระยะเวลา 24 สัปดาห์ ประกอบไปด้วย การให้สุศึกษาพื้นฐาน สัปดาห์ละครั้ง และมีการให้สุศึกษาสรุปย่อๆในระหว่างการรับประทานอาหาร กลางวันวันละครั้ง ทำการประเมินก่อนและหลังการให้โปรแกรม ด้วยวิธีการเดียวกัน วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงหลังจากให้โปรแกรมสุศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อัตราการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า มีการปรับปรุงเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารปรับปรุงเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในขณะที่ระดับความเสี่ยงของภาวะโภชนาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปริมาณ สารอาหารที่รับประทานเข้าไป จำนวน พลังงาน โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต แคลเซียม ฟอสฟอรัส เหล็ก โพแทสเซียม วิตามินซี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อบ่งชี้ว่าการให้สุศึกษามีประสิทธิผลต่อการปรับปรุง ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ

2. ด้านการออกกำลังกาย

Morey Mc. et al (2009) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการรับประทานอาหารที่บ้านและการออกกำลังกายในการกลุ่มผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็ง: RCT กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุอายุ 65 – 91 ปีที่ โดยมีน้ำหนักตัวเกิน ($25 < \text{BMI} < 40$) ได้ทำการศึกษาโดยการให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์และทางอีเมล เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและวิธีการในการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกิน ทำการศึกษา 12 เดือน ซึ่งในแต่ละวันจะต้องมีความทนในการออกกำลังกายวันละ 30 นาที โดยมีการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และออกกำลังกายอื่น ๆ 15 นาที ในการรับประทานอาหารควบคุมแคลอรี (กลุ่มควบคุมทำ Intervention ที่ช้ากว่า) โดยการ

ใช้ค่า น้ำหนักและ BMI มาเป็นตัวเปรียบเทียบพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

Mareike D. Stehr, Thomas von Lengerke (2012) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้ น้ำหนักเพิ่มขึ้นด้วยการออกกำลังกายและกิจกรรมทางร่างกายในผู้สูงอายุ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยการเลือกการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และผู้ที่เข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายมีผลต่อการลดน้ำหนักในผู้สูงอายุในทุกสิ่งแทรกแซง ได้ 1.1 - 6 กิโลกรัม ในแต่ละการศึกษา ซึ่งทุกการศึกษาได้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวเกิน และมีการควบคุมน้ำหนักในทุกการศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุมีผลต่อการควบคุมไม่ให้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและลดน้ำหนักในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มหมดประจำเดือน สรุปได้ว่าการออกกำลังกายและทำกิจกรรมทางกายมีผลต่อการป้องกันการเพิ่มน้ำหนักและการควบคุม น้ำหนักในกลุ่มผู้สูงอายุและในผู้หมดประจำเดือน

3. ด้านการพักผ่อน นอนหลับ

Charles M. Morin (1999) ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัดและเภสัชวิทยาสำหรับโรคนอนไม่หลับในช่วงบั้นปลายชีวิต โดยการประเมินประสิทธิภาพของพฤติกรรมบำบัดและการใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง และ ใช้ร่วมกันทั้งสองอย่าง รักษาอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ RCT โดยมีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจะได้ยาหลอกอย่างเดียว ซึ่งเป็นผู้ที่มารับการรักษาที่ศูนย์วิชาการทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาอย่างน้อย 8 สัปดาห์ และได้รับการติดตามไป 3 12 และ 24 เอน ซึ่ง สิ่งแทรกแซงจะเป็น Cognitive-behavior therapy ได้แก่ การควบคุมสิ่งเร้า การจำกัดการนอน สุขวิทยาในการนอน ซึ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละชนิดดังนี้ cognitive therapy (n=18), การบำบัดโดยใช้ยา (temazepam) (n=20), และทั้ง 2 อย่างร่วมกัน (n=20) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้ยาหลอก (n=20) ซึ่งวัดผลการศึกษาจากเวลาดึ้นนอนหลังจากที่เริ่มนอนหลับอย่างมีประสิทธิภาพ โดยวัดจากบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการนอนและกราฟการนอนหลับ ผลคะแนนที่ได้จากการตรวจการนอนหลับทางคลินิก นัยสำคัญทางสถิติอื่นและแพทย์ตรวจ ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 3 กิจกรรมมีผลต่อผู้ป่วยมากกว่า การให้ยาหลอก และมีแนวโน้มว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการให้ยาสามารถแก้ไขปัญหเกี่ยวกับนอนหลับได้ดีกว่าการใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง และนอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมบำบัดร่วมกับเภสัชวิทยามีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการโรคนอนไม่หลับในผู้สูงอายุเพียงระยะสั้น ซึ่งการแก้ไขปัญหการนอนไม่หลับในระยะยาวสามารถรักษาได้โดยใช้พฤติกรรมบำบัดจะมีความยั่งยืนมากกว่า

4. ด้านการข้บถ่าย

อจันรา วิจิตร (2554) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยพิเศษรวม ศูนย์ศิริพัฒน์ ดำเนินการศึกษา โดยใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ ประเทศออสเตรเลีย ปี 2008 กับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษรวม ศูนย์ศิริพัฒน์ จากนั้นประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ พบว่า อุบัติการณ์ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ ลดลงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษานี้ยืนยันประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

กิริพร ด้านธีระภากุล (2547) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องผูกของผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ได้ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองคือ ได้รับโปรแกรมสอนสุขศึกษา และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสอนสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องผูกดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสอนสุขศึกษามีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสอนสุขศึกษามีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมคิดนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องผูกของผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมห้กล่าวว่ามีกรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะท้องผูกของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัตติกา พงคะสัน (2552) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์โดยประยุกต์ตามกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ตรวจสอบความถูกต้องของ

เนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกและแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับมาตรฐานของหน่วยงานรับรองคุณภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2001) ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุและจริยธรรม 2) การประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ 3) การจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ 5) การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วยข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 30 ข้อ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

5. ด้านการใช้ยา

Lusiele Guaraldo Fabiola G Cano Glauciene S Damasceno and Suely Rozenfeldd (2011) ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความไม่เหมาะสมในการใช้ยาในผู้สูงอายุ : การทบทวนวรรณกรรม พบว่าทุกการศึกษาใช้เกณฑ์การพิจารณาเกี่ยวกับความไม่เหมาะสมในการใช้ยา โดยทั่วไปจะใช้เกณฑ์ Beers criteria (73.7%) ใน 3 เวอร์ชัน (1991, 1997 และ 2002) จากการศึกษาพบว่า มีความชุก ในการใช้ยาไม่เหมาะสม อยู่ในช่วง 11.5% ถึง 62.5% มีเพียง 68.4% ของการศึกษา จะรวมถึงการตรวจสอบความไม่เหมาะสมกับการใช้ยาที่สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ เพศหญิง อายุที่เพิ่มมากขึ้น และยาที่ใช้เป็นจำนวนมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความชุกจากการเกิดความไม่เหมาะสมจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอยู่ในระดับสูงและส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับวิธีการใช้ที่จะประเมินความไม่เหมาะสมในการใช้ยา และปัจจัยอื่น เช่น เพศของผู้ป่วย ภาย จำนวนของยาที่ใช้ควบคู่กัน ทำให้เกิดอิทธิพลต่อการประมาณการใช้ยาไม่เหมาะสม

6. ด้านอุบัติเหตุ

อารี ปรมัตถากร และคณะ (2553) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้ม เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาแบบทดลอง ในกลุ่มผู้สูงอายุอายุ 65 - 80 ปีที่อาศัยอยู่ในชุมชน กลุ่มทดลองได้รับการแนะนำและการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น มา ให้ความรู้ในปัจจัยเสี่ยงต่างจำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 4 ชั่วโมง และให้ไปฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน พร้อมบันทึกการฝึกแต่ละครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมให้ความรู้ทั่วไปในการดูแลสุขภาพตามวิธีการแบบเดิมเพียงครั้งเดียว หลังจากครบ 12 ครั้ง ทำการประเมินผลกระทำโดยการทดสอบร่างกาย การสัมภาษณ์ สอบถามผู้สูงอายุ การติดตามเยี่ยมบ้าน ทั้งก่อน และหลังเข้าโปรแกรมการฝึกปฏิบัติ ผลการศึกษา พบว่าเมื่อทำการเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่

เกี่ยวข้องกับการเดิน และ องค์การเคลื่อนไหวของข้อต่อระหว่างสองกลุ่ม ก่อนการเข้าโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการเข้าโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มทดลองมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้น และปัญหาข้อติดลดลง การทรงตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะเวลา 3 เดือนที่ทำการทดลอง ยังไม่มีการหกล้มทั้งสองกลุ่ม จะมีการติดตามประเมินเมื่อครบ 6 เดือน และครบ 1 ปี ต่อไป

ลัดดา เทียมวงศ์ (2547) ได้ทำการศึกษาแนวทางการป้องกันการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการปรับสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการหกล้มในบ้าน พบว่า จะต้องใช้การประเมินของนักอาชีวะบำบัด หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินจุดเสี่ยง และดำเนินการแก้ไข ได้แก่ การนำเก้าอี้ที่ปูพื้นออก ปรับพื้นห้องที่ลื่นและเปียกและเปลี่ยนวัสดุที่ไม่ลื่น ใช้แผ่นกันลื่นในห้องน้ำ ปรับแสงสว่างให้เพียงพอโดยเฉพาะตรงราวบันไดติดตั้งหลอดไฟบริเวณมุมมือในบ้านที่เดินผ่านบ่อยๆ โดยปุ่มสวิทช์ไฟเอื้อมถึง มีอุปกรณ์เครื่องเรือนบริเวณที่อยู่เท่าที่จำเป็น และต้องแข็งแรงมั่นคงอยู่สูงจากพื้นมองเห็นได้ง่าย ไม่ขยับที่บ่อย เติงนอนเก้าอี้ ปรับโถส้วมให้มีความสูงพอเหมาะ ทางเดินและบันไดมีราวจับตลอด ขึ้นบันไดลื่นลื่นและเปียก จัดเก็บสิ่งของวางเข้าที่ไม่เกะกะ เช่น พรหมเช็ดเท้า สายไฟ รวมถึง หลีกเลี่ยงการมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน เช่น แมว สุนัข

7. ด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

การดูแลสุขภาพปากและฟันแท้ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสูญเสียฟันแท้และต้องใช้ฟันปลอม จึงต้องรักษาสุขภาพฟันและเหงือกไว้ให้ดี ฟันก็จะมีอายุยืนยาวออกไป การทำความสะอาดปากและฟันอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญ

การดูแลสุขภาพปากและฟันปลอม การเสียฟันไปทำให้จำเป็นต้องใส่ฟันปลอมเพื่อช่วยให้กินอาหารให้สะดวก พุดซัด และเสริมบุคลิกภาพ ทำให้การติดต่อกับผู้อื่น มั่นใจยิ่งขึ้น จึงต้องมีการดูแลสุขภาพปากและฟันปลอมให้สะอาดอยู่เสมอ

การดูแลผิวหนังและเล็บ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผิวหนังจะบางลง ต่อมาไขมันจะผลิตไขมันได้น้อยลง ทำให้ผิวหนังแห้งกร้าน การอาบน้ำที่ถูกต้องจะช่วยทำให้ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้น และกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตได้ผิวหนัง แต่ผู้สูงอายุไม่ควรอาบน้ำบ่อยครั้ง เพราะจะทำให้ผิวหนังแห้งแล้งมากขึ้น ดังนั้นควรอาบน้ำวันละ 1 ครั้ง ในวันที่อากาศร้อน ในกรณีที่อากาศเย็นควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำเปลี่ยนเป็นเช็ดตัวแทน และควรใช้ครีมทาผิวบางๆ การดูแลสุขภาพเล็บมือเล็บเท้า ควรดูแลให้สะอาด นวดและตัดให้สั้นเสมอ

การสระผม ผู้สูงอายุไม่ควรสระผมบ่อยๆ เพราะเป็นวัยที่หนังศีรษะแห้งและเปลี่ยนสี ควรสระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

การรักษาสุขภาพตา ผู้สูงอายุควรตรวจวัดสายตาทุก 2 ปี และให้รับปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ เจ็บ ตาแดง หรือระคายเคืองในลูกตา มองเป็นภาพซ้อน เกิดจุดดำหรือการบดเป็นแห่งๆ เวลา มองสิ่งของ เกิดอาการแสงไฟวับในลูกตา สายตาเสื่อมมัวลงใส่แว่นไม่ดีขึ้น มองวัตถุในที่มืดได้ดีกว่าในที่สว่าง

การตรวจสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในทางเสื่อมลง จึงมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจได้ง่าย และในบางครั้งอาจไม่มีการแสดงอาการของโรคให้เห็นเด่นชัดจะทราบก็ต่อเมื่ออาการของโรครุนแรงมาแล้ว ผู้สูงอายุจึงควรมีการตรวจสุขภาพกับแพทย์ทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อประเมินสุขภาพตัวเอง สิ่งที่ต้องตรวจ คือ ความดันโลหิต ปัสสาวะเลือด ความผิดปกติของตา หู และฟัน เอ็กซเรย์ การตรวจหัวใจ การตรวจเฉพาะตามเพศ การประเมินสุขภาพจิต

การสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ มีความสำคัญมากในวัยสูงอายุ เพราะจะช่วยให้ได้พบสิ่งผิดปกติเล็กน้อยๆ หรือพบสิ่งผิดปกติที่รุนแรง ทำให้ได้รับการรักษาตั้งแต่วัยแรก หากทิ้งไว้นานอาจนำไปสู่สภาพที่เลวร้ายและยากต่อการรักษาได้ นอกจากนั้นอาการปวดเจ็บไม่สบาย ซึ่งคนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นอาการปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งความจริงอาการดังกล่าวอาจเป็นอาการที่มีเหตุมาจากความผิดปกติทางกายหรือทางจิตที่ควรได้รับการดูแลรักษาหรือป้องกันมิให้เลวร้ายยิ่งขึ้น

8. ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต

อินทुकานต์ กุลยไวย (2552) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งอดทนในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมจะอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59 และได้ข้อเสนอแนะว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ และผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งอดทนและมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่

9. การดูแลตนเองในผู้สูงอายุด้านอื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลตนเองในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่ามีผู้ทำการศึกษา ดังนี้ จากการศึกษาของกันนิษฐา มาเต็มและพัฒน์ ศรีโอบฐ์ (2555) ทำการศึกษา

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนาและสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวจากการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ในการประชุมแบบมีส่วนร่วม จำนวน 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 2 วันเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับเรื่องเศรษฐกิจเฉพาะตน ครอบครัว และภาวะสุขภาพในวัยเสื่อม ตามลำดับ ดังนั้นการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ที่มีการปรับความเข้าใจให้ความรู้เพิ่มเติม จึงทำให้ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ Mary Hobbs Leenerts, Cynthia S. Teel, Mary K. Pendleton (2002) ทำการศึกษาการสร้างรูปแบบการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระในผู้สูงอายุมีหลายมิติ การสังเคราะห์ผลการวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบของการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ใน 5 มิติ ประกอบไปด้วย สิ่งแวดล้อมภายใน สิ่งแวดล้อมภายนอก ความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษา กิจกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง ตัวอย่าง ของแผนการศึกษา เป็นการพัฒนาความร่วมมือของผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าและมีคุณภาพมากกว่ามานำเสนอ ซึ่งการตระหนักรู้ และการมีศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์จะเชื่อมโยงไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์เชิงบวกด้านสุขภาพ การใช้ประโยชน์ข้อค้นพบจากการศึกษาปัจจุบันซึ่งจะเป็นทิศทางในการศึกษาแบบองค์รวมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การผสมผสานปรัชญาเกี่ยวกับสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่จะเอาชนะความท้าทายเพื่อรับมือกับการปฏิบัติการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น การปรับเปลี่ยนภาวะคุกคามการรับรู้ตนเอง (เช่น การจินตนาการย้อนหลังในอดีต) สามารถนำไปใช้เป็นวิธีการเอาชนะภาวะคุกคามในปัจจุบัน การพัฒนาจะขึ้นอยู่กับการวางแผนการศึกษา จะอยู่ที่การรับรู้ภัยคุกคามต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) เช่นเดียวกับ กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมสำหรับการเจรจาต่อรองภาวะคุกคาม เพราะการสำรวจความหมายและการรับรู้เป็นศูนย์กลางศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ ความสามารถในการรักษาภาพพจน์สุขภาพด้านบวก แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานานสามารถที่จะรวมอยู่ในการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ภาพพจน์เกี่ยวกับสุขภาพจะเป็นรูปร่างของคุณภาพชีวิตในระหว่างกระบวนการสูงอายุซึ่งจะมีความสำคัญมากกว่าในช่วงก่อนหน้าของชีวิต

วันเพ็ญ ปันราช(2552) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและใช้กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลในระดับพื้นที่ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ใช้เวลาในการสำรวจ 12 เดือนโดยการเยี่ยมบ้านและสำรวจความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยใช้แบบสำรวจของบาร์เทล (Bathel ADL Index Survey) ผลการศึกษาพบว่าประชาชนรับรู้ว่าการเป็นผู้สูงอายุ คือ 1) เป็นผู้ที่มียายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) เป็นผู้ที่เปลี่ยนสถานภาพเป็น ป่วย ตา ยาย โดยจะเรียกพ่อใหญ่ สำหรับผู้สูงอายุชาย และแม่ใหญ่สำหรับผู้สูงอายุหญิง โดยผู้สูงอายุสามารถจัดเป็นกลุ่มความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางเรื่อง และต้องการพึ่งพาผู้อื่นบางเรื่อง 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล สำหรับด้านปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัญหาภาวะสุขภาพกายและการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาความยากจนไม่รายได้ และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและการได้รับการยอมรับจากสังคม กิจกรรมดูแลที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งระบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการและเป็นทางการ ในส่วนของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีข้อเสนอรูปแบบการดูแลประกอบด้วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สอดคล้องกับบริการของสังคมและวัฒนธรรมในลักษณะการทำงานในแนวราบและการทำบทบาทเป็นหุ้นส่วนและอยู่บนฐานของทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน ซึ่งรูปแบบการดูแลประกอบด้วย การรวมกลุ่มกองทุนชุมชน การจัดให้มีสวัสดิการชุมชน ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและควรได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในหมู่บ้าน โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักให้การดูแลผู้สูงอายุ

เดวี ชาลิส และคณะ (David Challis et al, 2010) ทำการศึกษาเกี่ยวกับ Self-care and Case Management in Long-term Conditions: The Effective Management of Critical Interfaces พบว่า Self care intervention มักจะใช้การให้สุขศึกษากับผู้ป่วย ซึ่งจะรวมถึงเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร และช่วงเวลาในการจัดการเรียนการสอน ซึ่งโดยปกติจะจัดการเรียนรู้ผ่าน สหสาขาวิชา หรือใช้การอบรมอาสาสมัครให้มีความรู้และประสบการณ์ในสภาพที่เฉพาะเจาะจงและสภาพโดยทั่วไป ตัวอย่างเช่น โปรแกรมผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วย มีหลักฐานเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับประโยชน์ของ Self care intervention ที่ระบุถึงการปรับปรุงผลลัพธ์ที่มีโอกาสเกิดความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ทางกายภาพ ซึ่งการสนับสนุนการดูแลตนเอง case management interventions ทางกายภาพ มักจะมีความเป็นทางการน้อย มีความ

เป็นส่วนตัวมากขึ้น และมีการได้รับการดูแล หนึ่งต่อหนึ่งที่บ้าน ซึ่งหลักฐานทางวิชาการจะสัมพันธ์กับผลกระทบของ case management ตามการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ ที่ไม่มีผลสรุป แม้ว่า จะปรับปรุงการรักษาและการตั้งข้อสังเกตในการให้บริการด้านสุขภาพ

แอนดิว ดี เบสวิก Andrew D Beswick (2008) ได้ศึกษา Complex interventions ในการปรับปรุงการทำหน้าที่ของร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการใช้ชีวิตอิสระของผู้สูงอายุ โดยการทำ a systematic review and meta-analysis โดยทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่เป็น randomized controlled trials ในกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของ Complex interventions ในการปรับปรุงการทำหน้าที่ของร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการใช้ชีวิตอิสระของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยทั้งหมด 89 เรื่อง ประชากรทั้งหมด 97,984 สิ่งแทรกแซงจะช่วยในการลดการเข้ารับการดูแลใน nursing home และลดความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงในการหกล้ม และเพิ่มการทำหน้าที่ทางกายภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มสิ่งแทรกแซงที่ดีกว่ากลุ่มอื่น ประโยชน์ที่เฉพาะเจาะจงและความเข้มข้นของสิ่งแทรกแซงไม่ได้ระบุไว้ชัดเจน ในกลุ่มประชากร ที่มีอัตราการตายเพิ่มขึ้น สิ่งแทรกแซงจะมีความสัมพันธ์กับการลดการเข้ารับการดูแลใน nursing home นอกจากนี้ยังพบว่า Complex interventions มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ปลอดภัยและใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ ซึ่งComplex intervention สามารถปรับแต่งให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่า Intervention ใดได้ผลมากกว่ากัน

อีริโอเพลาลอส ซี (Eliopoulos c, 2010) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลในผู้สูงอายุ พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาของพยาบาลเป็นรูปแบบองค์รวม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติการดูแลตัวเองที่ดี ไม่เพียงแต่ การรับประทานอาหารที่ได้สัดส่วน การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่ดี แต่ต้องดูแลอารมณ์ และมีจิตใจให้เกิดความผาสุกอีกด้วย

อดัม ดิวนาวสกี (Adam Drewnowski et al., 2003) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า นิยามของการสูงอายุคือ การประสบความสำเร็จในการการบำรุงรักษาการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกันกับการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคำนิยามนี้เป็นการบำรุงรักษาสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (HR-QOL) ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือ ภาวะโภชนาการและโปรแกรมการออกกำลังกาย HR-QOL จะครอบคลุมถึงการการทำหน้าที่ของร่างกายที่จำเป็นสำหรับการใช้ชีวิตที่ไม่มีใครช่วยเหลือ เช่นเดียวกันกับ การทำหน้าที่ของจิตใจและความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมนี้ จะตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านสุขภาพกับ HR-QOL และการประเมินระดับความสัมพันธ์ที่พบ

ในการคัดกรองและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ในหลาย กรณีศึกษา ทั้งการคัดกรองด้านโภชนาการ และการประเมินผลที่มีความสำคัญกับเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น น้ำหนัก ไขมันในร่างกาย หรือ ไขมันในเลือด โดยไม่ได้คำนึงถึงคุณภาพชีวิต

ในขณะที่ HR-QOL จะพิจารณาการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพเพียงเล็กน้อย แต่จะมองที่ความสมดุลของสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องการออกแบบนโยบายและโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ การประสบความสำเร็จของโปรแกรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จะขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้าน เชื้อชาติ พันธุกรรม การศึกษาและการเข้าถึงเศรษฐกิจ และทรัพยากรในสังคม การทบทวนโปรแกรมการแทรกแซงในครั้งนี้จะรวมถึงภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน วิธีการที่จะครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จะรวมตัวชี้วัดความผาสุก โดยเฉพาะการแก้ปัญหาโภชนาการและการออกกำลังกายควบคู่ไปกับ HR-QOL การทบทวนนโยบายสาธารณสุขครั้งนี้ได้รับการออกแบบเพื่อสร้าง โครงสร้างพื้นฐานเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และรองรับการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ (2012) ได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว ประเมินก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า จำนวน 43 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิต และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรอบแนวคิดของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดคุณภาพชีวิตครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตและฝึกปฏิบัติการดำเนินโปรแกรมใช้เวลานาน 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ในชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) แต่คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) มีความพึงพอใจมากกับโปรแกรมฯ

2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็นปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ($OR = 0.946$, 95% CI = 0.901–0.993) (Bjorg Dale, Ulrika Soderhamn and Olle Soderhamn, 2012) ($R^2 = 0.18$, $P < 0.0001$) Soderhamn et al, 2000 ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ($OR = 0.854$, 95% CI = 0.748 – 0.975) (Bjorg Dale, Ulrika Soderhamn and Olle Soderhamn, 2012) ความอยู่ดีมีสุข (Being active) ($OR = 2.868$, 95% CI = 1.338–6.146)

(Bjorg Dale, Ulrika Soderhamn and Olle Soderhamn, 2012)($R^2 = .32$, $P < 0.0001$) Soderhamn et al, 2000และการมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง (disease duration) ($R^2 = .356$, $P < 0.001$) (Yu-Ling Bai, Chou-Ping Chiou and Yong-Yuan Chang, 2009)

ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะ ซึมเศร้า (Depression) จากการอยู่อย่างโดดเดี่ยว ($r = -0.299$, $p < 0.001$) (Yu-Ling Bai, Chou-Ping Chiou and Yong-Yuan Chang, 2009) ($R^2 = 0.25$, $P < 0.0001$) (Soderhamn et al, 2000) และการรับรู้ความสิ้นหวัง (Perceived helplessness) ($OR = 0.117$, 95% $CI = 0.045 - 0.305$)

ปัจจัยด้านสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)และการได้รับการดูแลติดต่ออย่างใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด (Receiving family help) ($R^2 = .356$, $P < 0.001$) (Yu-Ling Bai, Chou-Ping Chiou and Yong-Yuan Chang, 2009) ($OR = 0.363$, 95% $CI = 0.183 - 0.722$) (Bjorg Dale, Ulrika Soderhamn and Olle Soderhamn, 2012) ($R^2 = .03$, $P < 0.05$) (Soderhamn et al, 2000)

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็นด้านร่างกาย ได้แก่ อายุที่เพิ่มสูงขึ้น ภาวะโภชนาการ ความอยู่ดีมีสุข ภาวะสุขภาพ ด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จากการอยู่อย่างโดดเดี่ยวและภาวะสิ้นหวัง ด้านสังคม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ และแรงสนับสนุนทางสังคม

2.7 การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

2.7.1 เครื่องมืออะไรบ้างที่จะใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเอง

1. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ Self care ability Scale for the elderly (SASE) (Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC, 1996) มีทั้งหมด 17 ข้อคำถาม แบบวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ บนพื้นฐานของ ทฤษฎี Pom เกี่ยวกับสุขภาพ และการปรับตัว และเป็น การออกแบบการวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองจะ คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและความอยู่ดีมีสุข ซึ่งแต่ละข้อคำถามจะสะท้อนในเรื่องที่อาจจะเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ความสามารถในการจัดการตัวเอง (mastery) ความอยู่ดีมีสุข (wellbeing) การตัดสินใจด้วยตนเอง (volition) ความมุ่งมั่นตั้งใจ (determination) การอยู่อย่างโดดเดี่ยว (loneliness) และ การแต่งกาย (dressing) (Soderhamn O Ek A- C Ek AC, 2008) แต่ละรายการจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 1(ไม่เห็นด้วย)-5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนน รวมจะอยู่ในช่วง 17 – 85 ซึ่งจะเป็นคะแนนที่สูงที่สุดที่บ่งชี้ว่ามีการรับรู้ความสามารถในการดูแล ตนเองมากที่สุด Cut off point ≥ 69 บ่งชี้ว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูง และ < 69 จะบ่งชี้ว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองระดับต่ำ ซึ่งมี 4 รายการที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ จะ

ให้คะแนนรวมกลับกัน การทดสอบ reliability และ validity (Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC, 1996; Soderhamn O Ek A- C Ek AC, 2008) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก อยู่ระหว่าง 0.68 และ 0.89 (Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC, 2000; Soderhamn O Ek A- C Ek AC, 2008; Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC, 1996)

องค์ประกอบและแนวทางการความสามารถในการดูแลตนเอง

การทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) เป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การทำหน้าที่ของลำไส้ การทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะ สุขวิทยาส่วนบุคคล การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนไหวร่างกาย ความเป็นนายตัวเองหรือความสามารถในการจัดการตัวเอง (mastery) ความเป็นตัวของตัวเอง มีความกระตือรือร้น สนใจและใฝ่หาที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อยู่เสมอ การเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นไปในลักษณะต่อเนื่อง เป็นการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความสามารถในระดับ บุคคล และการสร้างสรรค์ให้เกิดผลลัพธ์ที่ปรารถนา

แนวทางการพัฒนา

ซึ่งประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับและประสบความสำเร็จจะทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองได้เพราะบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการพัฒนาความสามารถของตนเอง จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถในการกระทำเช่นนี้จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกมานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่ได้รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ การที่บุคคลทำงานแล้วประสบความสำเร็จซ้ำๆ กันหลายๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าบางครั้งงานนั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลมากนัก เพราะว่าบุคคลจะมองว่าการที่เขาประสบความสำเร็จความล้มเหลวนั้นอาจมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น เขายังใช้ความพยายามไม่เพียงพอหรือใช้วิธีการทำงานไม่เหมาะสมมากกว่าที่เขาจะระบุว่าเขาไม่มีความสามารถ และบุคคลจะบอกกับตนเองว่าความล้มเหลวนั้นจะเป็นบทเรียนให้ตนใช้ความพยายามในการทำงานให้มากขึ้น

กิจกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ความอยู่ดีมีสุข (wellbeing) การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้ มีงานทำอย่างทั่วถึง มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต มีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และอยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐ

กิจกรรมหัวเราะบำบัด

การตัดสินใจด้วยตนเองหรืออำนาจในการควบคุมตนเอง (volition) ซึ่งได้แก่ ความกล้าในการคิด มีความเชื่อมั่นใจตนเอง มีความใจกว้าง มีความถ่อมตน มีความเชื่อในหลักวิชาการและความมีเหตุผล มีความคิดอิสระที่จะสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง มีความสามารถในการประเมินความรู้ความสามารถของตนเองว่ามีจุดเด่นจุดด้อยอย่างไร มีความคิดเกี่ยวกับหลักธรรมชาติ มีความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้ที่มีศักยภาพที่จะทำงานได้บรรลุความสำเร็จ

ความมุ่งมั่นตั้งใจ (determination) หมายถึง มีความตั้งใจมั่น มีความอดทน มีความวิริยะอุตสาหะ ทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนดด้วยความรับผิดชอบ และมีความภาคภูมิใจในผลงานๆ

การอยู่อย่างโดดเดี่ยว (loneliness) คือการอยู่ลำพังเพียงผู้เดียวโดยการขาดญาติมิตรเพื่อนฝูงอยู่รอบข้างเพื่อคอยพูดคุยและสื่อสารกัน ขณะที่ความเหงาเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่เจ้าตัวเห็นว่าไม่มีเพื่อนและถูกปล่อยให้อยู่อย่างเดียวดาย

การแต่งกาย (dressing) หมายถึง ความสามารถในการสวมเสื้อ กางเกง ติดกระดุมเสื้อ ผูกเชือก รองเท้า สวมถุงเท้า

การนำไปใช้

Bjorg Dale, Ulrika Soderhamn and Olle Soderhamn (2012) ได้ทำการศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบททางตอนใต้ของประเทศนอร์เวย์ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

Kari Sundsli, Ulrika Soderhamn, Geir Arild Espnes¹ and Olle Soderhamn (2012) ได้ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองทางตอนใต้ของประเทศนอร์เวย์ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองฉบับภาษาไทย (self-as-career inventory Thai version: SCIT) ของแสงอรุณ อิศระมาลัย (Isaramalai, 2002) ซึ่งพัฒนามาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ (Self – As Carear Invontory: SCI) ของแอกเดน และเทเลอร์ (Geden & Taylor, 1991) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 40 ข้อ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง จำนวน 7 ข้อ และ 4) ด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนเรียงจากน้อยที่สุด

ไปหามากที่สุด 6 อันดับ คือ น้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 6 คะแนน โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 240 คะแนน

การนำไปใช้

ธวาท ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย และชอลดา พันธุเสนา ทำการศึกษาการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยมี 3 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองฉบับภาษาไทย (self-as-career inventory Thai version: SCIT) ของแสงอรุณ อิศระมาลัย และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับสมรรถภาพของหัวใจและรายได้ครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 14 ($p < 0.5$) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23 ($p < 0.5$)

3. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง The Appraisal of Self-care Agency scale (ASA-A) (Soderhamn et al., 1996) ถูกออกแบบและใช้ในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ซึ่งมาตรวัดนี้ได้ถูกพัฒนามาจากนักวิจัยชาวสวีเดน และชาวอเมริกัน ซึ่งมีพื้นฐานทฤษฎีมาจากทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของ โอเร็ม ซึ่ง Dutch version จะถูกหาค่าความน่าเชื่อถือโดย อีเวอร์ ปี 1989 ซึ่งพบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือในการสร้างเครื่องมือขึ้นนี้ ส่วน Swedish version ได้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัย โดย Soderhamn ในปี 1996 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก เท่ากับ 0.59 ทำการศึกษาทดสอบในผู้ป่วยผู้สูงอายุ มาตรวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับแต่ละรายการจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 1 (ไม่เห็นด้วย) - 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ข้อคำถามมีทั้งหมด 24 ข้อคำถาม คะแนนสูงสุดที่แสดงถึงการมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองสูง คะแนนรวมอยู่ที่ 24 – 120 คะแนน

Bjorg Dale, Ulrika Soderhamn and Olle Soderhamn (2012) ได้ทำการศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบททางตอนใต้ของประเทศนอร์เวย์ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

Kari Sundsli, Ulrika Soderhamn, Geir Arild Espnes¹ and Olle Soderhamn (2012) ได้ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองทางตอนใต้ของประเทศ

นอร์เวย์ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ Self care ability Scale for the elderly (SASE) (Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC, 1996) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ถูกนำมาแปลเป็นภาษาต่างๆที่หลากหลายและนำไปใช้ในหลายประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และที่สำคัญเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือดังกล่าว

2.8 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (มานพ คณะโต, 2551) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นหรือเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์ได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ทำให้เข้าใจปัญหา หลักการและวางแผนการปฏิบัติการแก้ไขปัญหา (Stringer & Genat, 2004) และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2548)

2.8.1 ฐานปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิจัยปฏิบัติการเชื่อใน Pragmatism กล่าวคือเป็นแนวทางในการแสวงหาความรู้ที่แท้จริงมาจาก ประสบการณ์ที่ได้รับ โดยการลงมือปฏิบัติจริงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และยังเชื่อว่าแนวคิดทฤษฎีใด ๆ ก็ตามจะถือว่าเป็นความจริงก็ต่อเมื่อได้รับการทดสอบหรือการพิสูจน์จากการนำไปใช้ประโยชน์ ปฏิบัติในสถานการณ์จริงเท่านั้น

2.8.2 สาระสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีสาระ 5 ประการ (มานพ คณะโต, 2551) คือ

1. เป็นการบูรณาการทฤษฎีกับการปฏิบัติโดยการวางกรอบแนวคิดทางสังคมศาสตร์ที่เชื่อมโยงทฤษฎีกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง
2. เป็นการออกแบบการวิจัยที่กำหนดกรอบแนวคิดแบบมีส่วนร่วมเป็นองค์รวม จากนั้นจึงแยกแยะออกเป็นส่วนย่อย
3. เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นและมีการกระทำซ้ำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การระบุสภาพปัญหา การวางแผนแก้ไขและประเมินผล มีลักษณะวัฏจักรต่อเนื่อง
4. เป็นการสร้างความนึกคิดที่ก่อรูปขึ้นเพื่อเป็นกรอบที่ใช้ทำความเข้าใจ
5. มีการเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมการวิจัยของผู้รับประโยชน์

2.8.3 ลักษณะสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ

จะเห็นได้ว่า จะต้องเป็นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและที่สำคัญระเบียบวิธีวิจัยมีความยืดหยุ่นสูง โดยมุ่งเน้นผลสำเร็จสูงสุดภายใต้บริบทที่ไม่ได้มีการควบคุมการจัดกระทำเป็นบริบททางธรรมชาติ ดังนั้นลักษณะสำคัญทางด้านวิธีวิทยาของการวิจัยปฏิบัติการมีทั้งสิ้น 8 ประการ (มานพ คณะโต, 2551) คือ

1. ประเด็นปัญหาที่จะเลือกมาวิจัยควรเป็นปัญหาในด้านการปฏิบัติงานที่มักประสบอยู่ที่ทำงานเป็นประจำ มากกว่าปัญหาเชิงทฤษฎี
2. จุดมุ่งหมายหลักของการวิจัยปฏิบัติการ คือความเข้าใจต่อสภาพปัญหา และนำความเข้าใจนั้นไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการวิจัยทั้งกลุ่มนักวิจัยเองและกลุ่มผู้ปฏิบัติ(บางครั้งรวมเอากลุ่มผู้รับประโยชน์) โดยไม่รวมเอากระบวนการต่างๆเข้าด้วยกันเป็นวงกลมเป็นวัฏจักร วัฏจักรที่ถูกนำมาใช้มากในการวิจัยปฏิบัติการนี้มักจะใช้กระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning process)
3. การวิจัยปฏิบัติการมุ่งเน้นการตีความหมายและตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อสรุปที่ได้จากการวิจัยปฏิบัติการนี้เป็นข้อสรุปที่มีสาระและมีแก่น(lessences)เพียงพอที่จะนำไปใช้อ้างอิงถึงประชากรได้ แต่ทั้งนี้ต้องพึงระมัดระวังบริบทของการวิจัยด้วย เนื่องจากบริบทจะเป็นตัวจำกัดการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่พื้นที่อื่น
4. ผลการวิจัยปฏิบัติการมักเป็นอยู่ในรูปเรียบง่ายและแสดงขั้นตอนของการวิจัยรวมทั้งสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอน และมุ่งเน้นให้เห็นความเป็นพลวัตรและกระบวนการต่างๆที่เกิดขึ้นทั้งสถานการณ์ก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย
5. มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอนภายใต้บรรยากาศของการร่วมคิดร่วมทำร่วมรับประโยชน์และภายใต้ความเชื่อถือว่าไว้วางใจซึ่งกันและกัน
6. มีความยืดหยุ่นในวิธีวิจัยสูง ไม่มีการบังคับแต่การวิเคราะห์อาจต้องใช้วิธีการที่ลดทอนบริบท (decontextualized)
7. แม้การวิจัยปฏิบัติการจะสามารถอ้างอิงไปสู่ประชากรและอ้างอิงไปสู่พื้นที่อื่นได้ แต่การอ้างอิงนั้นกลับไม่ใช่จุดเน้นของการวิจัยนี้ เนื่องจากการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพและผลจากบริบทค่อนข้างมาก ดังนั้นจึงอาจมีปัญหาในการอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่น
8. การวิจัยเชิงปฏิบัติการพยายามให้ความสำคัญของนักวิจัยและผู้รับประโยชน์หรืออีกนัยหนึ่งคือ ความเป็นคนใจและคนนอก ดังนั้นการวิจัยปฏิบัติการจึงอาจมีหลายลักษณะ อาทิ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) คือ การร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับที่เท่าเทียมกัน

วิจัยปฏิบัติการแบบอิสระ (Mutual-collaboration Action Research) เป็นการวิจัยแบบเรียนรู้ร่วมกัน แสวงหาความรู้พร้อมกันไป มีลักษณะคล้ายกับการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วิจัยปฏิบัติการเทคนิค (Technical Action Research) เป็นรูปหนึ่งที่ใช้แนวคิดแบบนิรนัย ด้วยการใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีขับเคลื่อน (theoretical driven) ร่วมกับทฤษฎีการวิจัยปฏิบัติการมาเป็นตัวนำในการดำเนินการ

2.9 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (มานพ คณะโต, 2551) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นหรือเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์ได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ทำให้เข้าใจปัญหา หลักการและวางแผนการปฏิบัติการแก้ไขปัญหา (Stringer & Genat, 2004) และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2548)

2.9.1 ฐานปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิจัยปฏิบัติการเชื่อใน Pragmatism กล่าวคือเป็นแนวทางในการแสวงหาความรู้ที่แท้จริงมาจาก ประสบการณ์ที่ได้รับ โดยการลงมือปฏิบัติจริงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และยังเชื่อว่าแนวคิดทฤษฎีใดๆ ก็ตามจะถือว่าเป็นความจริงก็ต่อเมื่อได้รับการทดสอบหรือการพิสูจน์จากการนำไปใช้ประโยชน์ ปฏิบัติในสถานการณ์จริงเท่านั้น

2.9.2 สาระสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีสาระ 5 ประการ (มานพ คณะโต, 2551) คือ

1. เป็นการบูรณาการทฤษฎีกับการปฏิบัติโดยการวางกรอบแนวคิดทางสังคมศาสตร์ที่เชื่อมโยงทฤษฎีกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง
2. เป็นการออกแบบการวิจัยที่กำหนดกรอบแนวคิดแบบมีส่วนร่วมเป็นองค์รวม จากนั้นจึงแยกแยะออกเป็นส่วนย่อย
3. เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นและมีการกระทำซ้ำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การระบุสภาพปัญหา การวางแผนแก้ไขและประเมินผล มีลักษณะวัฏจักรต่อเนื่อง
4. เป็นการสร้างความนึกคิดที่ก่อรูปขึ้นเพื่อเป็นกรอบที่ใช้ทำความเข้าใจ
5. มีการเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมการวิจัยของผู้รับประโยชน์

2.9.3 ลักษณะสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ

จะเห็นได้ว่า จะต้องเป็นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและที่สำคัญระเบียบวิธีวิจัยมีความยืดหยุ่นสูง โดยมุ่งเน้นผลสำเร็จสูงสุดภายใต้บริบทที่ไม่ได้มีการควบคุมการจัดกระทำเป็นบริบททางธรรมชาติ ดังนั้นลักษณะสำคัญทางด้านวิธีวิทยาของการวิจัยปฏิบัติการมีทั้งสิ้น 8 ประการ (มานพ คณะโต, 2551) คือ

1. ประเด็นปัญหาที่จะเลือกมาวิจัยควรเป็นปัญหาในด้านการปฏิบัติงานที่มักประสบอยู่ที่ทำงานเป็นประจำ มากกว่าปัญหาเชิงทฤษฎี
2. จุดมุ่งหมายหลักของการวิจัยปฏิบัติการ คือความเข้าใจต่อสภาพปัญหา และนำความเข้าใจนั้นไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการวิจัยทั้งกลุ่มนักวิจัยเองและกลุ่มผู้ปฏิบัติ(บางครั้งรวมเอากลุ่มผู้รับประโยชน์) โดยไม่รวมเอากระบวนการต่างๆเข้าด้วยกันเป็นวงกลมเป็นวัฏจักร วัฏจักรที่ถูกนำมาใช้มากในการวิจัยปฏิบัติการนี้มักจะใช้กระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning process)
3. การวิจัยปฏิบัติการมุ่งเน้นการตีความหมายและตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อสรุปที่ได้จากการวิจัยปฏิบัติการนี้เป็นข้อสรุปที่มีสาระและมีแก่น (lessences) เพียงพอที่จะนำไปใช้อ้างอิงถึงประชากรได้ แต่ทั้งนี้ต้องพึงระมัดระวังบริบทของการวิจัยด้วย เนื่องจากบริบทจะเป็นตัวจำกัดการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่พื้นที่อื่น
4. ผลการวิจัยปฏิบัติการมักเป็นอยู่ในรูปเรียบง่ายและแสดงขั้นตอนของการวิจัยรวมทั้งสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอน และมุ่งเน้นให้เห็นความเป็นพลวัตรและกระบวนการต่างๆที่เกิดขึ้นทั้งสถานการณ์ก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย
5. มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอนภายใต้บรรยากาศของการร่วมคิดร่วมทำร่วมรับประโยชน์และภายใต้ความเชื่อถือว่าไว้วางใจซึ่งกันและกัน
6. มีความยืดหยุ่นในวิธีวิจัยสูง ไม่มีการบังคับแต่การวิเคราะห์อาจต้องใช้วิธีการที่ลดทอนบริบท (decontextualized)
7. แม้การวิจัยปฏิบัติการจะสามารถอ้างอิงไปสู่ประชากรและอ้างอิงไปสู่พื้นที่อื่นได้ แต่การอ้างอิงนั้นกลับไม่ใช่จุดเน้นของการวิจัยนี้ เนื่องจากการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพและผลจากบริบทค่อนข้างมาก ดังนั้นจึงอาจมีปัญหาในการอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่น
8. การวิจัยเชิงปฏิบัติการพยายามให้ความสำคัญของนักวิจัยและผู้รับประโยชน์ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ความเป็นคนใจและคนนอก ดังนั้นการวิจัยปฏิบัติการจึงอาจมีหลายลักษณะ อาทิ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) คือ การร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับที่เท่าเทียมกัน

วิจัยปฏิบัติการแบบอิสระ (Mutual-collaboration Action Research) เป็นการวิจัยแบบเรียนรู้ร่วมกัน แสวงหาความรู้พร้อมกันไป มีลักษณะคล้ายกับการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วิจัยปฏิบัติการเทคนิค (Technical Action Research) เป็นรูปหนึ่งที่ใช้แนวคิดแบบนิรนัย ด้วยการใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีขับเคลื่อน (theoretical driven) ร่วมกับทฤษฎีการวิจัยปฏิบัติการมาเป็นตัวนำในการดำเนินการ

2.9.4 ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการ

กระบวนการในการวิจัยปฏิบัติการที่สำคัญนั้น มี 4 ขั้นตอน คือ 1. การเตรียมการเบื้องต้น 2. ขึ้นวางแผน 3. ขึ้นปฏิบัติการ 4. ขึ้นหาความจริง

จุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการ คือต้องการให้ทุกส่วนที่ร่วมในการวิจัย “คิดเป็น” ดังนั้นทุกฝ่ายต้องทราบในกระบวนการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหา และใช้กระบวนการนั้นร่วมกัน กระบวนการคิดนั้นอาจจะใช้แนวคิดตามกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม หรืออาจจะใช้กระบวนการนั้นร่วมกัน กระบวนการคิดนั้นอาจจะใช้แนวคิดตามกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) รูปแบบของการวิจัยดำเนินการศึกษาโดยใช้กระบวนการทั้งหมดที่ต่อกันเป็น loop โดยใช้กรอบการดำเนินงาน ของ (Stringer, 2007) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การค้นหา (Look) 2) การคิด (Think) และ 3) การปฏิบัติ (Action) ซึ่งเป็นการนำรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองไปสู่การปฏิบัติ

3.1 ศึกษาบริบทของพื้นที่ (Study setting)

การศึกษานี้เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ ชุมชนในหมู่บ้านบ้านเข็กน้อย ตำบลแคมป์สน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

วิธีเทคนิคการสุ่มตัวอย่างใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเข็กน้อย ตำบลแคมป์สน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 3,169 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด อายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเข็กน้อย ตำบลแคมป์สน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากรดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา อย่างน้อย 6 เดือน
2. เป็นผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตลอดโครงการ โดยลงนามให้การยินยอมการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีผลคะแนนการประเมินความสามารถ

ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางลงมา

4. สามารถสื่อสารพูดคุยกับบุคคลอื่น ได้รู้เรื่อง เข้าใจ ตอบข้อซักถามได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือตลอดเวลา ในการทำงานประจำวันต่างๆ รวมถึงเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
2. ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงถาวร หรือต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลติดต่อกันเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
3. เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวช
4. ขอดอนตัวออกจากเข้าร่วมกิจกรรม
5. มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถอยู่ทำกิจกรรมจนจบการศึกษา เช่น มีกำหนดการย้ายออกที่อยู่ ภายใน 3 เดือน ข้างหน้านับจากวันที่เก็บข้อมูลครั้งแรกมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในระหว่างการรักษา

ศึกษาแบบเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1. การค้นหา (Look) 2. การคิด (Think) และ 3. การปฏิบัติ (Action) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการค้นหา/การศึกษาสถานการณ์ (Look)

ศึกษาสถานการณ์บริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเชื่อ ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะได้ทำการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อรวบรวมข้อมูลและทำความเข้าใจสถานการณ์ด้วยการศึกษาเอกสาร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ

1. การสนทนากลุ่ม (Focus group)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษามุมมองทางสังคมของชุมชนม้งที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรศึกษา

เป้าหมาย: ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อสม. ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง: ประกอบไปด้วย กลุ่มผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่ม อสม.จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน ซึ่งเป็น

ตัวแทนของแต่ละหมู่บ้านอย่างละเท่ากัน เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่อยู่ในชุมชนอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 10 ปี
2. เป็นผู้ที่มีความรู้ เกี่ยวกับบริบททางสังคมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. เป็นผู้ที่ยินดีจะเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้ที่เป็นทางการ คือ ผู้ที่มีตำแหน่งต่างๆในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต.
5. ผู้นำไม่เป็นทางการ คือ ผู้สูงอายุหรือคนในชุมชนให้การยอมรับและนับถือ
6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี
7. ตัวแทนผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ที่หลากหลาย ทั้งที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย และอยู่คนเดียว
8. อ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

1. ขอลอนตัวออกจากการเข้าร่วมกิจกรรม
2. มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถอยู่ทำกิจกรรมจนจบการศึกษา เช่น มีกำหนดการย้ายออกที่อยู่ ภายใน 3 เดือน ข้างหน้านับจากวันที่เก็บข้อมูลครั้งแรก
3. มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและอยู่ในระหว่างการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มเป้าหมายล่วงหน้าและบอกถึงวัตถุประสงค์ประเด็นในการสนทนาไว้คร่าวๆ ในการจัดการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งขนาดของกลุ่มประมาณ 5 คน ทั้งหมด 4 กลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง/กลุ่ม/ครั้ง
2. จัดสนทนากลุ่มยังสถานที่ที่ได้จัดเตรียมไว้ ลักษณะการนั่งสนทนากลุ่มเป็นแบบวงกลม และแบบโต๊ะเหลี่ยม โดยมีเครื่องบันทึกเสียงอยู่บริเวณกลางโต๊ะ
3. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนาเอง(Moderator) กล่าวเปิดการสนทนากลุ่มแนะนำตัวเอง และผู้จดบันทึกการสนทนา (Note taker) และบอกวัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่มขออนุญาตผู้เข้าร่วมสนทนาในการพูดคุย บันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงว่าการสนทนาครั้งนี้เป็นการเคารพความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้สึก ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันทุกคนเป็นคน

สำคัญไม่มีผิดไม่มีถูก ก่อนเริ่มแนวคำถามเปิดโอกาสให้พูดคุย ชักถามก่อนหากมีข้อสงสัยประการอื่นใด พยายามสร้างบรรยากาศ ให้เห็นความเป็นกันเอง จัดขนมขบเคี้ยวและน้ำดื่มขณะสนทนา

4. เริ่มการสนทนากลุ่ม โดยยึดรูปแบบแนวทางการสนทนากลุ่มเป็นหลัก พยายามถามประเด็น ชักจูงอย่างมีนวล ให้ผู้เข้าร่วมสนทนา สนทนาตามประเด็นที่ตั้งไว้ และมีความยืดหยุ่น ซึ่งแล้วแต่สถานการณ์กลุ่ม

5. สรุปตามประเด็นเป็นระยะๆ โดยยึดจากคำตอบ ข้อบอกกล่าวของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นสำคัญ

6. เมื่อได้เนื้อหาคำตอบที่สนทนาเป็นไปตามแนวทางการสนทนา ตามประเด็นที่กำหนด และสมควรแก่เวลาที่เหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้ชักถามถึงในสิ่งที่ต้องการหรือหากมีข้อสงสัยประการอื่นใดอีกครั้ง เพื่อเป็นการตอบข้อสงสัยในเรื่องที่สนทนาทั้งหมด ก่อนที่จะจบการสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลตามประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่มตามวัตถุประสงค์การศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาจัดระบบข้อมูล ประมวลข้อมูล และแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ โดยใช้ดัชนีเชิงบรรยาย ดีความ อธิบาย และสร้างข้อสรุป เพื่อนำเสนอเป็นภาพรวม การสร้างกรอบคิดจากข้อค้นพบ และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดนำไปสู่การสร้างข้อเสนอ

การควบคุมคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ตามความเหมาะสมของข้อมูล ได้แก่การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลจากหลายๆแหล่ง (Data Triangulation) โดยตรวจสอบว่าข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มผู้นำเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มอาสาสมัครมีความแตกต่างกันหรือไม่

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้

เป้าหมาย

ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้านอย่างละเท่ากัน เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี
3. ตัวแทนผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ที่หลากหลายทั้งที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย และอยู่คนเดียว ซึ่งแยกตามกลุ่มอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย อย่างละเท่าๆกัน
4. เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้เป็นอย่างดี
5. อ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือตลอดเวลา ในการทำงานกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมถึงเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว
2. ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงถาวร หรือต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลติดต่อกันเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
3. เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวช
4. ขอลอนตัวออกจากการเข้าร่วมกิจกรรม
5. มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถอยู่ทำกิจกรรมจนจบการศึกษา เช่น มีกำหนดการย้ายออกที่อยู่ภายใน 3 เดือน ช่างหน้านับจากวันที่เก็บข้อมูลครั้งแรก
6. มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและอยู่ในระหว่างการรักษา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มเป้าหมายล่วงหน้า บอกถึงวัตถุประสงค์ประเด็นในการสัมภาษณ์ไว้คร่าวๆ และบอกกำหนดเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ คนละ 1 ชั่วโมง
2. เริ่มต้นการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ทบทวนวัตถุประสงค์และทำการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์ โดยใช้ประสบการณ์ในการทำวิจัยภาคสนามและทักษะการสัมภาษณ์เป็นอย่างดีโดยให้เป็นธรรมชาติและคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกสัมภาษณ์และความเป็นปกติของบริบทในการวิจัยมากขึ้นไป
3. ในระหว่างการสัมภาษณ์มีการใช้เทคนิค ในการทวนคำตอบ นิ่งฟัง และแสดงความ

สนใจผู้ถูกสัมภาษณ์

4. เมื่อได้เนื้อหาคำตอบตามแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามประเด็นที่กำหนด และสมควรแก่เวลาที่เหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ซักถามถึงในสิ่งที่ต้องการหรือหากมีข้อสงสัยประการอื่นใดอีกครั้ง เพื่อเป็นการตอบข้อสงสัยในเรื่องที่สัมภาษณ์มาทั้งหมด ก่อนที่จะยุติการสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลตามประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละคนตามวัตถุประสงค์การศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดระบบข้อมูล ประมวลข้อมูล และแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ โดยการใช้ดัชนีเชิงบรรยาย ตีความ อธิบาย และสร้างข้อสรุป เพื่อนำเสนอเป็นภาพรวม การสร้างกรอบคิดจากข้อค้นพบ และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดนำไปสู่การสร้างข้อเสนอ

การควบคุมคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ตามความเหมาะสมของข้อมูล ได้แก่การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลจากหลายๆแหล่ง (Data Triangulation) โดยตรวจสอบว่าข้อมูล ที่เก็บจากกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันหรือไม่

3. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการบันทึกภาคสนาม (Field note)

การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกภาคสนาม วิธีการนี้จะใช้ตั้งแต่วันแรกที่เข้าสนามการวิจัย จะใช้สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย กับคนในชุมชน และนอกจากนี้ยังใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม สังเกตสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่จะส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองในผู้สูงอายุและเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยใช้ประกอบการเก็บข้อมูลแบบอื่น ๆ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ส่วนการบันทึกภาคสนามจะใช้ทุกวันที่เข้าสนามการวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลตามประเด็นที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกภาคสนาม รายบุคคลตามวัตถุประสงค์การศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา จัดระบบข้อมูล ประมวลข้อมูล และแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ โดยใช้ดัชนีเชิงบรรยาย ดีความ อธิบาย และสร้างข้อสรุป เพื่อนำเสนอเป็นภาพรวม การสร้างกรอบคิดจากข้อค้นพบ และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดนำไปสู่การสร้างข้อเสนอ

การควบคุมคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ตามความเหมาะสมของข้อมูล ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลจากหลายๆแหล่ง (Data Triangulation) โดยตรวจสอบว่าข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มผู้นำเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันหรือไม่

3.3 เครื่องมือ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีชุดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลักษณะเครื่องมือในการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามปลายปิด (Close – Ended Question) ซึ่งเป็นคำถามที่มีการกำหนดคำตอบไว้ให้เลือกตอบ ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	11	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน	17	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ			
3.1 ภาวะสุขภาพ	จำนวน	12	ข้อ
3.2 พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเอง	จำนวน	12	ข้อ
3.3 พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	12	ข้อ
3.4 การเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน	12	ข้อ
3.5 ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	12	ข้อ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ลักษณะที่อยู่อาศัย การรับบริการจากหน่วยงานสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ Self care ability Scale for the elderly (SASE) (Soderhamn O Ek A- C Ek AC, 1996)

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ Self care ability Scale for the elderly (SASE) (Soderhamn O Ek A- C Ek AC, 1996) มีทั้งหมด 17 ข้อคำถาม แบบวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ โดยใช้พื้นฐานของ ทฤษฎี Porm เกี่ยวกับสุขภาพ และการปรับตัว และเป็นการออกแบบการวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองจะคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและความอยู่ดีมีสุข ซึ่งแต่ละรายการจะสะท้อนความเป็นผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ

องค์ประกอบของแบบวัด

การทํากิจวัตรประจำวัน (activities of daily living)	จำนวน	5	ข้อ
ความสามารถในการจัดการตัวเอง(mastery)	จำนวน	3	ข้อ
ความอยู่ดีมีสุข(wellbeing)	จำนวน	2	ข้อ
การตัดสินใจด้วยตนเอง(volition)	จำนวน	2	ข้อ
ความมุ่งมั่นตั้งใจ(determination)	จำนวน	3	ข้อ
การอยู่อย่างโดดเดี่ยว(loneliness)	จำนวน	1	ข้อ
และ การแต่งกาย(dressing)	จำนวน	1	ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบ reliability และ validity (Soderhamn O Ek A- C Ek AC, 2008; Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC, 1996) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก อยู่ระหว่าง 0.68 และ 0.89 (Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC, 2000; Soderhamn O Ek A- C Ek AC, 2008; Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC, 1996)

การแปลผล

แต่ละรายการจะมีคะแนนอยู่ในช่วง 1(ไม่เห็นด้วย) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 17 – 85 ซึ่งจะเป็นคะแนนที่สูงที่สุดที่บ่งชี้ว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุด Cut off point ≥ 69 บ่งชี้ว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูง และคะแนน < 69 จะบ่งชี้ว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองระดับต่ำ ซึ่งมี 4 รายการที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ จะให้คะแนนรวมกลับกัน

การพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ Self care ability Scale for the elderly (SASE) (Soderhamn O Ek A- C Ek AC, 1996)

1. ทำหนังสือขอใช้เครื่องมือส่งไปยังเจ้าของเครื่องมือ (Permission to use)

2. นำมาแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกด้วยเทคนิควิธีการแปลย้อนกลับ (Back Translation Technique)
3. นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ
4. นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาความถูกต้องแล้วไปทดสอบใช้ (Pre-testing) กับผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนบ้านเหล่าหญ้า จำนวน 30 คน และมาทดสอบความเชื่อมั่นด้วย Conbrach's alpha
5. นำแบบสอบถามเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง แล้วจึงเสนอผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความสมบูรณ์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในการศึกษาเริ่มต้นจาก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งใช้เริ่มต้นการศึกษา โดยประกอบไปด้วย

- 3.1 ภาวะสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย ระดับทางสถานะสุขภาพ โรคประจำตัว ประวัติการนอนโรงพยาบาล ประวัติการผ่าตัด ปัญหาสุขภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน ประวัติการหกล้ม
- 3.2 พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเอง จำนวน 4 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย จำนวนยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ยาอื่นๆ ที่นอกเหนือจากแพทย์สั่ง เหตุผลที่ต้องรับประทานยาอื่นๆ
- 3.3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย จำนวนมือในการรับประทานอาหาร
- 3.4 การเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
- 3.5 ภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 ข้อ

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือ มีข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ พัฒนาโดยกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา และคณะ (Train the Brain Forum Committee, 1994) เป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เวลาที่ใช้ในการทดสอบเท่ากับ 10.09 นาที

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Geriatric Depression Scale แบบ สัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) (Train the Brain Forum Committee, 1994) มาใช้ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (Train The Brain Forum Thailand) ได้รวมกลุ่มแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และ นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทยมาประชุมกัน เพื่อสร้างแบบคัดกรอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน หรือในคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening, GDS) ของ Yesavage et al. (1983) และได้เรียบเรียงคำถามขึ้น ใหม่ในบางหัวข้อ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุไทย

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน ทั่วประเทศไทย จำแนกเป็นเพศ ชาย 121 คน และเพศหญิง 154 คน พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบวัด คือ 10.09 นาที ส่วนค่า ความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้จากการทดสอบด้วยสูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเพศหญิง เท่ากับ .94 และผู้สูงอายุเพศชาย เท่ากับ .91 และมีค่าความเชื่อมั่นรวม เท่ากับ .93 แบบสัมภาษณ์ ภาวะซึมเศร้านี้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ในช่วงระยะเวลา หนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา การตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” สำหรับการให้คะแนน คือ 0 หรือ 1 คะแนน โดยข้อคำถามที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 หากตอบ “ไม่ใช่” ในข้อคำถามเหล่านี้ได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เหลืออีก 20 ข้อ ซึ่งเป็นความรู้สึกทางด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” ได้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน

การแปลผล

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน Cut off point ≥ 13

คะแนน 0-12 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 13-18 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19-24 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25-30 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง

การตรวจสอบคุณภาพของการวัด

1) การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งหมด 6 คน ดังนั้นเพื่อเป็นการตรวจสอบความแปรปรวนที่เกิดจากการวัด ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบความสอดคล้องของการวัดโดยใช้สถิติ Kappa Analysis เพื่อทดสอบความสอดคล้องจากการวัดแต่ละครั้งระหว่างผู้ใช้แบบสอบถาม 2 คน

2) การฝึกอบรมพนักงานสนาม

โดยทำการฝึกอบรมพนักงานสนามที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัย โดยมีระยะเวลาในการฝึกอบรม 1 วัน รายละเอียดดังนี้

- ส่วนที่ 1 การอบรมถึงข้อพึงปฏิบัติทั่วไปของพนักงานสนามในการเก็บข้อมูล ได้แก่ วิธีการแนะนำตัว วิธีการสัมภาษณ์โดยทั่วไป จรรยาบรรณของพนักงานสนาม หน้าที่ของพนักงานสนาม การรายงานผลการปฏิบัติงาน

- ส่วนที่ 2 การอบรมถึงวิธีการบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ซึ่งจะกล่าวถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล นิยามและแนวความคิดต่างๆ ของแต่ละข้อคำถามวิธีการสัมภาษณ์ในแต่ละหัวข้อในใบแบบข้อความ

- วิธีที่ใช้ในการฝึกอบรม ในขั้นตอนแรกจะใช้การอบรมโดยการบรรยาย โดยจะดำเนินการตามหัวข้อที่เตรียมไว้ และมีการฝึกทำโจทย์แบบฝึกหัดเพื่อทดสอบความรู้ และทำโจทย์ปัญหาเพื่อทดสอบว่า พนักงานสนามมีความเข้าใจในเนื้อหาที่รับฟังการบรรยาย

- ขั้นตอนที่ 2 คือ การฝึกปฏิบัติโดยจะดำเนินการภายหลังเสร็จสิ้นจากการอบรมในห้องอบรมแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือการฝึกปฏิบัติภาคสนามซึ่งจะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ทำการอบรมอย่างใกล้ชิดเพื่อโปรดโอกาสให้พนักงานสนามได้มีประสบการณ์สัมผัสอย่างแท้จริง และทดสอบว่าเข้าใจแน่ในวิธีการปฏิบัติงานสนามตามคู่มือการปฏิบัติงานสนามอย่างชัดเจนโดยไม่ผิดพลาด ก่อนออกปฏิบัติงานจริง

- การเตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับการใช้งานเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ หนังสือขอความร่วมมือ บัตรประจำตัวพนักงานสนาม คู่มือการปฏิบัติงาน แผนที่ เครื่องเขียน

- การควบคุมคุณภาพงานสนาม โดยการควบคุมการปฏิบัติงานสนามของพนักงานสนามโดยตรง โดยการตรวจการปฏิบัติงานของพนักงานสนามโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของงาน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความคงเส้นคงวา (consistency) และเพื่อรับทราบข้อปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว และตรวจสอบโดยการสัมภาษณ์ซ้ำ (re-interview) เพื่อทราบความบกพร่องของพนักงานสนาม และเพื่อทราบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือที่ได้ของข้อมูลเบื้องต้นที่พนักงานสนามบันทึกมา

การรวบรวมข้อมูล

- 1) นัดหมายผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลผู้สูงอายุก่อนการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและสมัครใจ
- 2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ Self care ability Scale for the elderly (SASE)
- 3) ในกรณีที่ไม่มีพบผู้สูงอายุจะนัดญาติหรือผู้ดูแลในวันถัดไปหรือวันว่างในสัปดาห์เดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้ข้อมูลทางสถิติ จะวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง จึงนำมาวิเคราะห์ ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป จะใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อการอธิบายข้อมูล คุณลักษณะประชากร และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ข้อมูลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองใช้การวิเคราะห์ด้วย odds ratio และสถิติเชิงวิเคราะห์ logistic regression

การควบคุมคุณภาพ

- 1) ข้อมูลที่เก็บจากเครื่องมือที่สร้างขึ้นจะถูกตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของเนื้อหา ก่อนออกจากพื้นที่ในช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้เสร็จทำการวิเคราะห์เบื้องต้น เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทำการสรุปและสะท้อนข้อมูลให้กลุ่ม ไม่เกิน 5 วัน หลังได้รับข้อมูล

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

- 1) การเตรียมชุมชนหรือชาวบ้านเพื่อให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ เบื้องต้นของการทำประชาพิจารณ์ประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับและหารือคณะกรรมการหมู่บ้านเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ในการจัดประชุม รวมทั้งรายชื่อของผู้ที่จะเข้าร่วมประชุม

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสภาพปัญหาในการดูแลตนเอง ที่เป็นสาเหตุของปัญหาความสามารถในการดูแลตนเอง และจัดทำเป็นแผนภูมิเชื่อมโยงเพื่อสรุปผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา

3) การวิเคราะห์และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องที่จะต้องเข้าร่วมการทำประชาพิจารณ์ จำนวน 30 คน ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม.

4) ประสานติดต่อเพื่อเตรียมการประชุม นัดหมายกำหนดเวลาการประชุมร่วมกับชุมชน เตรียมอุปกรณ์ สถานที่

5) การเตรียมตัวของผู้วิจัยในฐานะผู้นำการประชุม ได้แก่ การศึกษาขั้นตอนการจัดการประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างละเอียด เตรียมเกมลักษณะต่าง ๆ ที่เหมาะสมสำหรับการประชุมช่วงต่าง ๆ และพิจารณาเกมที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและไม่ขัดแย้งกับความเชื่อของชุมชน

ขั้นตอนการ

- 1) เปิดการประชุมและเริ่มการประชุม
- 2) ผู้นำการประชุมแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมประชุมโดยให้ทุกท่านแนะนำตนเองเช่นกัน
- 3) ผู้นำการประชุมคืนข้อมูลการศึกษาชุมชนโดยการนำเสนอผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลตนเอง ที่เป็นสาเหตุของปัญหาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้แผนภูมิเชื่อมโยงปัญหาในการสรุปผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาให้กับที่ประชุมรับทราบ
- 4) เปิดโอกาสให้ที่ประชุมร่วมกันแสดงความเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่พบเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันรับฟังข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นด้านต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยสามารถอธิบายทำความเข้าใจ ร่วมกับการนำข้อคิดเห็นต่างๆของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาปรับปรุงจนเป็นที่ยอมรับของผู้ทำประชาพิจารณ์

ขั้นสรุป

นำเสนอข้อมูลสรุปผลการทำประชาพิจารณ์ ให้ที่ประชุมรับทราบอีกครั้ง

การอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)

3.5 การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ แต่ละหมู่บ้าน โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

(Content analysis) จัดระบบข้อมูล ประมวลข้อมูล และแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ โดยใช้ดัชนีเชิงบรรยาย ดีความ อธิบาย และสร้างข้อสรุป ตามประเด็นการระดมสมอง เพื่อนำเสนอเป็นภาพรวม และสรุปเป็นผลการดำเนินงานและรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชนที่ศึกษา

การสร้างรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนม้ง การทบทวนวรรณกรรม และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาทำการสังเคราะห์ให้เกิดรูปแบบความสามารถในการพัฒนาตนเองของผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชน โดยใช้กรอบการวิเคราะห์ Model

3.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อมูลพื้นฐานจากการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมาใชวางแผนเพื่อปรับปรุงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่อไป
2. เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน
3. รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

หลักการในบุคคล (Respect of Person)

เพื่อเป็นการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Respect of Human Dignity) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการทำวิจัยในคน ซึ่งผู้วิจัยต้องปฏิบัติต่ออาสาสมัครดังนี้ เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for privacy) โดยจัดสถานที่ที่เหมาะสมและขอความยินยอมการซักประวัติตรวจร่างกาย เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for confidentiality) โดยการให้รหัสแทนชื่อซึ่งบุคคลอื่นๆ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ระบุตัวอาสาสมัครได้

หลักความยุติธรรม (Justice)

อาสาสมัครได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน เช่น การได้รับของที่ระลึก ค่าเดินทางรวมไปถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆที่อาสาสมัครพึงจะได้รับ งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา วันที่รับรอง 25 มีนาคม 2564 เลขที่ใบรับรอง HE-117-2564

บทที่ 4

ผลการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1. การวางแผน 2. การปฏิบัติการ 3. การสังเกตการณ์ 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ผู้วิจัยได้นำเสนอในหัวข้อดังต่อไปนี้

4.1 ลักษณะทางประชากร

4.2 รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

4.3 สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.1 ลักษณะทางประชากร

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวแทนผู้สูงอายุชาวม้ง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล ผู้นำชุมชน บ้านเล็กน้อย ตำบลแคมป์สน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ รวมทั้งสิ้น 70 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 58 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 69.6 ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 95.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 52.2 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 0-1,000บาท ร้อยละ 79.7 รายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุร้อยละ 100 และอาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน/ญาติร้อยละ 94.2

2. สภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชาวม้ง ส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 98 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก สายตา ภาวะกลืนปัสสาวะและการนอน พบว่า สายตาผิดปกติ ร้อยละ 68.7 ช่องปากผิดปกติ ร้อยละ 65.6 ภาวะกลืนปัสสาวะผิดปกติ ร้อยละ 9.4 การนอนหลับผิดปกติ ร้อยละ 31.2 การประเมินความเสี่ยงด้านโรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า มีอาการเสี่ยงโรคซึมเศร้า พบผิดปกติ ร้อยละ 19.8 โรคเบาหวาน ร้อยละ 41.7 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 44.8 และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผิดปกติ ร้อยละ 99 การประเมินภาวะหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่สามารถลุกภายใน 30 วินาที ร้อยละ 71 รองลงมา ตั้งแต่ 30 วินาทีขึ้นไป ร้อยละ 25

4.2 รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลแคมป์สน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมภายหลังการ

พัฒนาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนา สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	n	ก่อนการพัฒนารูปแบบ		หลังการพัฒนา รูปแบบ		Mean difference	t	P
		M	SD	M	SD			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	70	2.91	.47	3.27	.62	0.36	52.71	<001*
ด้านร่างกาย	70	2.74	.58	3.16	.68	0.42	40.46	<001*
ด้านจิตใจ	70	2.84	.53	3.29	.67	0.45	45.28	<001*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	70	2.74	.51	2.95	.55	0.21	46.24	<001*
ด้านสิ่งแวดล้อม	70	3.18	.48	3.48	.75	0.30	56.01	<001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ 3 ด้าน (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด) ก่อนและหลังการใช้กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองใช้กิจกรรมฯ ของ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวม้ง

ความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean difference	p-value
ความรู้					
ก่อนทดลองใช้กิจกรรมฯ	70	10	2.13	-10.524	<001
หลังทดลองใช้กิจกรรมฯ	70	14	0.35		
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร					
ก่อนทดลองใช้กิจกรรมฯ	70	13.1	2.4	0.274	<001
หลังทดลองใช้กิจกรรมฯ	70	14.2	1.2		

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองใช้กิจกรรมฯ ของ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวม้ง (ต่อ)

ความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean difference	p-value
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย					
ก่อนทดลองใช้กิจกรรมฯ	70	7.5	2.1	-3.674	<.001
หลังทดลองใช้กิจกรรมฯ	70	11.2	3.2		
พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด					
ก่อนทดลองใช้กิจกรรมฯ	70	10.6	2.2	3.676	<.001
หลังทดลองใช้กิจกรรมฯ	70	13.5	2.6		

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ชาวม้งมีคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ 3 ด้าน หลังการทดลองใช้กิจกรรมฯ สูงกว่าก่อนการ ทดลองใช้กิจกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4.3 สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวม้ง

ผลการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุชาวม้งซึ่งดำเนินการ ระหว่างเดือน มีนาคม–สิงหาคม พ.ศ. 2564 จากการสังเกตโดยผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ชื่อเรื่องวัตถุประสงค์การ ดำเนินการวิจัยและสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุและเครือข่าย โดยมีการจัดประชุมชี้แจง รายละเอียดของการดำเนินการรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวม้งโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เครือข่ายและ ชุมชน ตลอดจนกำหนด ขั้นตอนในการดำเนินงาน นัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการจัดกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ผู้สูงวัยมั่งสุขภาพดี” พบว่าผู้สูงอายุมั่งมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เข้าใจความหมาย อาการและปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะทำให้เกิดโรคในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 เรื่อง “ข้าวเบ๊อะ ล้า ล้า” พบว่าผู้สูงอายุมั่งมีความสุข ใจคิดอาหารที่ผสมผสานกับภูมิปัญญามั่งได้รับความสนุกสนานกับการ ทำอาหารและมีการประกวดเมนูอาหาร

กิจกรรมที่ 4 เรื่อง “สุขภาพดีวิถีมั่ง” พบว่าผู้สูงอายุชาวมั่งออกกำลังกายทุกวันในตอนเช้า เวลาประมาณ 05.00 น. ด้วยการยืดเหยียดร่างกายโดยใช้ผ้าโพก ศีรษะ และเดินเร็ว อีกทั้งยังชักชวนญาติและเพื่อนบ้านมาออกกำลังกายกันมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5 เรื่อง “ผู้เฒ่ามั่งสบาย ใจ” พบว่า ผู้สูงอายุชาวมั่งไหว้ พระทำสมาธิก่อนนอนทุกวัน และไปวัดทุกวันพระ เพื่อสวดมนต์ ทำบุญและฟังธรรม

กิจกรรมที่ 6 เรื่อง “สวมกัน อู้กัน ฮักกัน” โดยมีการจัดเวทีประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563 เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ มั่ง และจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ บ้านเข็กน้อย มีการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรม ตามที่ชอบหรือถนัด เช่น กลุ่มจักสาน กลุ่มสมุนไพร กลุ่มทอผ้าและกลุ่มประเพณีวัฒนธรรม ตลอดจน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 7 เรื่อง “ปะกันยามแลง” โดย ภาศิเครือข่ายและชุมชนเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้านทุกวันพระ โดยมีผู้ใหญ่บ้าน พระ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล รวมตัวกันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย เวลา 16.00 น. เพื่อเดินทางไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตลอดจนให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 8 สรุปผลการเข้าร่วมพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวมั่งโดยมีการจัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุชาวมั่งส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมฯ อยู่ ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการดูแล สุขภาพ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$)

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวมั่งเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวมั่งสอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุชาวมั่ง

จากผลการดำเนินงานกิจกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับการวิจัยของ รุจิรางค์ วรรณธนาพัสน์ (Wanthanatas, 2017) ที่ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2 ศ. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ซึ่งผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรม การดูแลตนเอง เรื่องการบริโภคอาหาร การออก

กำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเครือข่ายมีส่วน ร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2 ศ. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมาก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมั่งจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ การดูแลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมั่ง ประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแล โดยรูปแบบที่ได้เป็นกระบวนการกำกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถให้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบรรลุตามเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องมีบทบาทที่สำคัญในการเป็นผู้ควบคุมกำกับ สนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

5.2 อภิปรายผล

จากผลการวิจัยรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนมั่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยชุมชนมีส่วนร่วมหมู่บ้าน บ้านเข็กน้อย ตำบลแคมสนี่ อำเภอเขาค้อ จังหวัด เพชรบูรณ์ ผู้วิจัยมีประเด็น ที่จะอภิปรายผลดังนี้ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุโดย ชุมชนมีส่วนร่วม ได้มีการวางแผน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตำบลแคมสนี่ กำหนดแนวทางจัดทำแผนงานโครงการดำเนินงานแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน โดยมีการระดมทรัพยากรของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมการวิเคราะห์ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานชีวา ณ หนองคาย พบว่าหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพ โดยรวม และรายด้านทั้ง 7 ด้านดีขึ้นกว่าก่อนการ จัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สภาพปัญหา โดยการมีส่วนร่วมทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคการ ดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ ของตำบลแคมสนี่ มีการศึกษาบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดความ ต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องกับ การศึกษาของ สุรพล ชยกพ พบว่า รูปแบบที่ เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เกิด จากทุนทางสังคม แบบพหุภาคี โดยเกิดจากทุนทางสังคม ปัจจัยภายในจากคนในครอบครัว คนใน ชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กับทุนทางสังคมที่เกิด จากปัจจัยภายนอก คือ รัฐ องค์กรเอกชน ประสานความ ร่วมมือซึ่งกันและกันเป็นเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุแบบพหุภาคี การดำเนินงานผู้สูงอายุที่จะให้มี ประสิทธิภาพและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องนั้นต้องมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับตำบล เป็นผู้กำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการอบรม พัฒนาความรู้ แนะนำแนวทางการเขียน แผนการดูแลผู้สูงอายุกระตุ้นให้อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุออกติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้องกับการศึกษางานของวิโชติ ศำผิวดิ พบว่า ปัญหาการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ไม่มีแนวทางในการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจนการ จัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่เป็นอยู่ยังไม่สอดคล้องกับ ความต้องการของชุมชน ดังนั้นรูปแบบในการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ต้องมีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น เข้ามาดำเนินงานร่วมกันจัดทำกิจกรรมที่ เหมาะสมกับวัยและบริบทของชุมชน โดยมี การจัดการอย่างเป็นระบบภายใต้ความ ร่วมมือของแกนนำในพื้นที่ส่งผลให้การ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น นอกจากนี้ยังได้ติดตามนิเทศเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตาม การดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะในการ ดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วนได้ร่วมเรียนรู้ประสบการณ์ ทำงานร่วมกัน รับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ตำบลแถมสนปี มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิรา เพียรดวงษ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ มีส่วนร่วมในการ จัดการสุขภาพ โดยรวมและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากก่อก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานในระยะยาว คือ ผู้สูงอายุมี ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และคนในครอบครัว มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน การดำเนินงานตามความสามารถ ในกิจกรรมของผู้สูงอายุ และมีงบประมาณ สนับสนุนในการดูแลสุขภาพนอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต้องจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอยู่ เสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นวัตกรรมการออกกำลังกายของชมรม ผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและลด ภาวะเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้จึงควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ กับผู้สูงอายุในชุมชนอื่นต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้สถานบริการสุขภาพอื่นที่สนใจสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนนั้นๆ เช่น สถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุ ทรัพยากรที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็นต้น รวมถึงการมีวิธีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานที่หลากหลาย

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรได้รับการ พัฒนาทักษะในการเป็นผู้กระตุ้น ช่วยเหลือ แนะนำ เป็นวิทยากรกระบวนการ(facilitator) ให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ หรือกลุ่มชุมชนเพื่อให้ ชุมชน

เข้มแข็ง มีพลังความสามารถ (Power) ในการแก้ไขปัญหาสภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนและป้องกัน ปัญหาในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ชุมชนควรมีกฎไกการทำงานด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ เพราะในอนาคตบุคคลที่จะดูแล ผู้สูงอายุจะมีจำนวนลดลง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่ม เริ่มจากกลุ่มทางศาสนาหรือกลุ่มทาง เศรษฐกิจก่อน โดยผู้นำชุมชนยังคงมีบทบาทสำคัญ ในการขับเคลื่อนมากกว่าผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวม้งเพื่อค้นหาสาเหตุและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุชาวม้ง ได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ ไปวางแผนการพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุชาวม้งให้สอดคล้องกับ ความเชื่อด้านสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุชาวม้งได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วมโดยเน้นให้ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นเพื่อให้เกิดความ ยั่งยืนต่อไป

5.4 ประวัติผู้วิจัย

ส่วน ก : ประวัติผู้รับผิดชอบและผู้ร่วมวิจัย

โดยแนบแบบประวัติของคณะผู้วิจัยทุกคน โดยระบุตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวนฤมล จันท์มา
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Narumon Janma
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 5670300079317
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
เงินเดือน (บาท) 3,2000
เวลาที่ใช้ทำวิจัย 1 ปี (ชั่วโมง : สัปดาห์)
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

5. ประวัติการศึกษา

ครุศาสตรบัณฑิต(สุขศึกษา)สถาบันราชภัฏเพชรบูรณ์ ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2545
 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2548
 ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2562

ประกาศนียบัตรแพทย์แผนไทย(เวชกรรมไทย) สถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรพิษณุโลก ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2554

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

6.1 สาขาสาธารณสุขศาสตร์

6.2 สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

6.3 สาขาการแพทย์แผนไทย

6.4 สาขาสุขศึกษา

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการ โครงการวิจัย หัวหน้า
 โครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

ประสบการณ์

1. โครงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อการประเมินระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง พ.ศ. 2558
 เขตสุขภาพที่ 7

2. โครงการศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการและผลดำเนินการกองทุนสุขภาพชุมชนจังหวัด
 ขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2558

3. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556 - 2557

4. ฟันในวัฒนธรรมม้ง: กรณีศึกษาชุมชนบ้านเข็กน้อย ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัด
 เพชรบูรณ์ พ.ศ. 2556

5. อาหารธรรมชาติของชาวปกาเกะยอ บ้านแม่หลอ อ.แม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2558

6. การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขต 2, 2561

7. รายงานการศึกษาโครงการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเสพติดของกลุ่มแรงงาน, 2561
 คุณสมบัติพิเศษ/ความเชี่ยวชาญ/ความสนใจพิเศษ

1. ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ 2562

2. ศึกษาศาสตร์ชาวบ้านพลิกแผ่นกล้วยสู่วิถีสุขภาพชุมชนเพื่อเพิ่มมูลค่าตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง
 จังหวัดเพชรบูรณ์

ผลงานตีพิมพ์

1. Narumon Janma. (2019) Drug use among agriculture-related workers in Thailand. F1000 Research SCOPUS F1000 Research Ltd 07 Jun 2019.
2. นฤมล จันทร์มา. (2561). การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขต 2. ตีพิมพ์เมื่อ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2561 , หน้า 518-524. ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น TCI กลุ่ม 2 ในประเทศไทย
3. นฤมล จันทร์มา. (2560). ฟันในวัฒนธรรมม้ง. ตีพิมพ์เมื่อ กรกฎาคม – กันยายน 2560, หน้า 399-406. ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น TCI กลุ่ม 2 ในประเทศไทย
4. นฤมล จันทร์มา. (2559). การศึกษาผลของครีมนะมูตต่อการแก้ไขปัญหากลืนท้าว. ตีพิมพ์เมื่อวันที่ 29-30 สิงหาคม 2559 หน้า 29-39 (Oral proceeding) การประชุมวิชาการระดับชาติ “แพทย์แผนไทยภูมิปัญญาของแผ่นดิน”เครือข่ายสถาบันวิชาการสาธารณสุขและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (สวสท.)
5. มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล, นฤมล จันทร์มา และ สุจิตตา ฤทธิมนตรี . (2561). รายงานการศึกษาโครงการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเสพติดของกลุ่มแรงงาน, 2561. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.
6. นฤมล จันทร์มา. (2563). การใช้ยาเสพติดในผู้ใช้แรงงานขนส่ง. ตีพิมพ์เมื่อ มกราคม – มีนาคม 2563, หน้า 117-128. ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น TCI กลุ่ม 2 ในประเทศไทย
7. นฤมล จันทร์มา. (2563). ความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์. ตีพิมพ์เมื่อ เมษายน – มิถุนายน 2563, หน้า 221-236. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น TCI กลุ่ม 2 ในประเทศไทย
8. นฤมล จันทร์มา, ไพฑูรย์ สอนทน, สุนิต ศรี้อยทอง. (2563). การใช้ยาเสพติดในผู้ใช้แรงงานเกษตร. ตีพิมพ์เมื่อปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2563 , หน้า 451-460. ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น TCI กลุ่ม 2 ในประเทศไทย

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. [ออนไลน์] 2555. อ้างเมื่อ 28 สิงหาคม 2556. อ้างจาก www.anamai.moph.go.th.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
- กันนิษฐา มาเต็มและพัฒน์ ศรีโอษฐ์. ทำการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2555, 2555.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข; 2535.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. สถานะองค์ความรู้เรื่องการใช้ยาในชุมชน. รายงานการวิจัย โครงการทบทวนสถานการณ์การใช้ยาในชุมชน โครงการภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก; 2543.
- กองสวัสดิการสงเคราะห์. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ: กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม; 2543
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: บริษัท เจ. เอส. การพิมพ์; 2547.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ สอง (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพฯ: บริษัท เจ. เอส. การพิมพ์; 2547.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย- สถานการณ์ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. [ออนไลน์] 2553. อ้างเมื่อ 3 มิถุนายน 2556. อ้างจาก www.unfpa.org.
- จินตวิทย์ เกษมสุข. การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
- จุติมา ชูเผือก. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลพนมวังก์ อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
- จุฬากรณ์ โสตะ. กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
- ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2552.
- เดือนใจ ทองคำ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2549.

- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง” ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินขวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). หน้า 94-125. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
- ธิดาสา ลิขิตและคณะ. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและปัจจัยที่มีผลกระทบ. สงขลานครินทร์เวชสาร. ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 มี.ค.-เม.ย. ;2551.
- นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. การอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาโครงการเพื่อผู้สูงอายุในท้องถิ่นตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 20-22 พฤศจิกายน 2551.
- นภเกตุ สุขสมเพียร. รูปแบบการจัดการศึกษาหลังเกษียณอายุสำหรับข้าราชการพลเรือนไทย. ปรินญาณิพนธ์กศ.ด. (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2549.
- นิศา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research). กรุงเทพฯ: พี.เอ็น.การพิมพ์; 2540.
- บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย; 2542.
- บุญทิพย์ สิริรังสรรค์. คู่มือฝึกอบรมโครงการบริการวิชาการ เรื่อง การให้ความรู้และกำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. โดยความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชานิติศาสตร์และศูนย์วิจัยพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ชูเนี่ยน ศรีเอช; 2552.
- ปณิดา ลิ้มปะวัฒนะ. ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ. วารสารอายุศาสตร์อีสาน. 10 (3) กรกฎาคม-กันยายน; 2554.
- มานพ คณะโต. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. บริษัท ที่คิวพี จำกัด: กรุงเทพฯ; 2555.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม, และประคอง อินทรสมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชนบท. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2552:15(3),431-448.
- พรชัย ตระกูลวรานนท์และคณะ. ปฏิรูปประเทศไทย สร้างเสริมสุขภาวะประชากรสูงวัยในสังคมไทย. สถาบันนโยบาย สาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; มปป.
- พระสุรชัย อยู่สาโก. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมือง ท่าเรือ-พระแท่นอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. ปรินญาณิพนธ์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
- ไพโรจน์ พลเพชร และ ชลัท ประเทืองรัตน. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการประชาพิจารณ์. โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิรูป (คสร.). สุรวงศ์ อินเตอร์เทค จำกัด: กรุงเทพฯ; 2548.

- กักรพร ด้านธีระภากุล.ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องผูกของผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.
- วลัยลักษณ์ อังคะมาศย์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554.บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด; 2555.
- _____ .ฐานข้อมูลประชากร(ฝ่ายวิจัยและศูนย์สารสนเทศ)ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตาย. [ออนไลน์] 2548. อ้างเมื่อ 14 พฤษภาคม 2556. อ้างจาก www.cps.chula.ac.th/research_division/theory/t_death.html
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. การสังเคราะห์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา; 2545.
- วาทีณี บุญชะลิกย์ และ ชุพิน วรสิริอมร. ภาคเอกชนให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2552
- เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. ผู้สูงวัยกับโรคเรื้อรัง.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล งานบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
- วิลาวัลย์ รัตนนา.พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2552.
- ลัดดา เทียมวงศ์. แนวทางการป้องกันการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารพัฒนาวิทยา. 2547;5(2):42-7.
- ลือชัย ศรีเงินขวงและคณะ. รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ: เรื่อง การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน.ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. J Nurs Sci;2012;30(2):35-45.
- วันเพ็ญ ปันราช. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- ศศิธร สุรทนต์นันท์, ภิกฤติ ภาวนานันท์, สุกนธางศัล และสุกุม เจียมตน. การวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิภาพบริการผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในแผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลหัวหินจังหวัดประจวบคีรีขันธ์.วารสารสาธารณสุขศาสตร์2552; 30(1): 101-10.

- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในสถานบริการในประเทศไทย. บริษัทมิสเตอร์
ก๊อปปี (ประเทศไทย) จำกัด: กรุงเทพฯ; 2550.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริพันธ์ ออฟเซต; 2548.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเองและศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จี
พรีนตติ้ง, 2536.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. ผู้สูงอายุในประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- สุกัญญา สุขวรรณโน. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี : กรณีศึกษา ตำบลนครไทย จ.พิษณุโลก.
วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร;
2551.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช. สภาพการณ์ผู้สูงอายุไทย:ระบบบริการสุขภาพและบทบาทผู้บริหารทางการแพทย์.
วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552; 21: 1-8.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ภายหลังจาก สังคมผู้สูงอายุ ถึงเวลาพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพผู้สูงอายุ. [ออนไลน์] 2555. อ้างเมื่อ 20 สิงหาคม 2556. อ้างจาก <http://www.thaihealth.or.th>.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่
10 พ.ศ. 2550- 2554. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดวีเจ.พรีนตติ้ง; 2550.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการศึกษา ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย
พ.ศ.2547 .กระทรวงสาธารณสุข ; 2552.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง : สถานะ
ความรู้และทิศทางการวิจัย. สหพัฒน ไพบูล:นครปฐม; 2553.
- สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. คู่มือการดำเนินงาน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)(Home Care).
สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวง
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2550.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจ
ร่างกาย ครั้งที่ 4. เดอะ กราฟิค ซิสเต็มส์ จำกัด:กรุงเทพฯ; 2552.
- สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม.รายงานสถานการณ์ วิสาหกิจ ขนาดกลางและขนาดย่อม ปี
2551 และแนวโน้ม ปี2552[ออนไลน์] 2552. อ้างเมื่อ 26 กันยายน 2556. อ้างจาก <http://www.sme.go.th>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้สูงอายุในสังคมไทย. [ออนไลน์] 2548. อ้างเมื่อ 14 พฤษภาคม 2556. อ้างจาก
<http://www.nso.go.th>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ปี 2552. [ออนไลน์] 2553. อ้าง
เมื่อ 28 พฤษภาคม 2556. อ้างจาก <http://www.nso.go.th>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. กลุ่มสถิติ 4 สำนักสถิติ
เศรษฐกิจสังคมและประชากร 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2551.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. สำนักส่งเสริม
สุขภาพ กรมอนามัย; 2553.

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ

เรื่องการพัฒนาาระบบดูแลผู้สูงอายุ. ระหว่างวันที่ 22 - 23 มกราคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์
คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยเรื่อง ระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่
มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. บริษัท ซีจี ทูล จำกัด: กรุงเทพฯ; 2552

คู่มือการอบรมเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัย

ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548.

สุรกุล เจนอบรม. วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการศึกษา
นอกโรงเรียนคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2541.

สุพัตรา ชาติบัญชาชัย และคณะ. แหล่งข้อมูลและกระบวนการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบทภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ กรณีศึกษา 4 หมู่บ้าน. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2533.

สุภาภรณ์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. ระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์; 2537.

สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่3: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2544.

สมบัติ รุ่งศิลป์ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคยาจากร้านชำ ของประชาชน. รายงานการวิจัย.สำ
นักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2537.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด; 2541.

อารี ปรมัตถการ และคณะ. ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. ศูนย์วิจัยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (เรือนลำดวน)
ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา กรมอนามัย; 2553.

อัจฉรา วิจิตร. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกัน ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ

หอผู้ป่วยพิเศษรวม. ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ปริญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.

อินทुकานต์ กลุ่ยไว. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถใน
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.

อรรวรรณ แผนคง. การพยาบาลผู้สูงอายุ. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง
สาธารณสุข. โรงพิมพ์ ธนาเพลสจำกัด; 2554.

Adam Drewnowski. Et al. Health Screening and Health Promotion Programs for the Elderly.

Disease Management & Health Outcomes. May 2003, Volume 11, Issue 5, pp 299-309.

Abrass, I. B. "The Biology and Physiology of Aging." The Western journal of medicine. December 1990;
153:641-645.

Andreas E. Stuck. et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a
systematic literature review. Social Science & Medicine. 48 (1999) 445±469.

- Andrew D Beswick. **Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis.** www.thelancet.com Vol 371 March 1, 2008.
- Acton GJ, Irvin BL, Jensen BA, Hopkins BA, Miller EW. **Explicating middle-range theory through Methodological diversity.** ANS Adv Nurs Sci 1997; 19: 78–85.
- Brantervik, Å.M., Jacobsson, I.E., Grimby, A., Wallén, T.C.E., Bosaeus, I.G. **Older hospitalised patients at risk of malnutrition: correlation with quality of life, aid from social welfare system and length of stay?** Age and Ageing 2005; 34: 444-449.
- Bachrach-Lindström, M.A., Ek, A.-C., Unosson, M. **Nutritional state and functional capacity among elderly Swedish people with acute hip fracture.** Scandinavian Journal of Caring Sciences 2000; 14: 268-274.
- Bandura, A. **Self-efficacy: The Exercise of Control.** New York: W.H. Freeman; 1997.
- Becker G, Gates RJ, Newsom E. **Self-care among chronically ill African Americans: culture, health disparities, and health insurance status.** Am J Public Health 2004; 94: 2066–73.
- Björg Dale, Ulrika So^{derhamn} and Olle So^{derhamn}. **Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway.** Scand J Caring Sci; 2012; 26; 113–122.
- Bok Hee Kim, Mi-Ju Kim and Yoonna Lee. **The effect of a nutritional education program on the nutritional status of elderly patients in a long-term care hospital in Jeollanamdo province: health behavior, dietary behavior, nutrition risk level and nutrient intake.** (2012). Nutrition Research and Practice (Nutr Res Pract); 2012.6(1):35-44.
- Burbank PM. **An exploratory study: assessing the meaning in life among older adult clients.** J Gerontol Nurs 1992; 18:19–28.
- Burks KJ. **A nursing practice model for chronic illness.** Rehabil Nurs 1999; 24: 197–200.
- Bernard, H. R. **Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches (2 nd ed.)** Walnut Creek, CA: Altamira; 1994.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. **Social support and health: A review.** Journal of Advanced Nursing. 1993. 18, 203-210.
- Caplan, G. **Support systems and community mental Health.** New York: Behavioral Publication;1974.
- Caringnan, A.M. **Gerontological nursing.** United states of America;Delmar Publishers; 1995.
- Charles M. Morin. Et al. **Behavioral and Pharmacological Therapies for Late-Life InsomniaA Randomized Controlled Trial.** JAMA. 1999;281(11):991-999. doi:10.1001/jama.281.11.991.
- Clark CC. **Wellness self-care by healthy older adults.** Image J Nurs Sch 1998; 30: 351–5.
- Clark NM, Becker MH, Janz NK, Lorig K, Rakowski W, Anderson L. **Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research.** J Aging Health 1991; 3: 3–27.

- Cobb S. **Social support as a moderator of life stress.** Psychosom Med, 1976,38:300-314.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.). **Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists** (pp. 3-25). New York: Oxford University Press.
- David Challis, et al. **Self-care and Case Management in Long-term Conditions: The Effective Management of Critical Interfaces.** Queen's Printer and Controller of HMSO 2010.
- Deming, W. E. **The New Economics: For Industry, Government, Education** (2nd ed.). Cambridge, MA: MIT, Center for Advanced Educational Services; 1994.
- Dill A, Brown P, Ciambone D, Rakowski W. **The meaning and practice of self-care by older adults – a Qualitative assessment.** Res Aging 1995; 17: 8–41.
- Eliopoulos, C . **Manual of Gerontological Nursing.** St. Louis: Mosby Year Book;1995.
- Eliopoulos c. **Gerontological nursing** (7th ed.,). Philadelphia: J.B. Lippincott William & Wilkins.
- Gast,H.L.et al. “ **Self-Care Agency:Conceptualizations and Operationalizations.**” AdvanceNursing Science 12 (October 1989) : 26-38.
- Gottlieb, Benjamin H. **Social support Strategies.** California Sage Publications, Inc; 1986.
- Høy B, Wagner L, Hall EOC. **Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept.** Scandinavian journal of caring sciences. 2007;21(4):456-66.
- Hazzard WR: The biology of aging, chap 80, In Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, et al (Eds): **Harrison's Principles of Internal Medicine, 11th Ed.** New York, NY, McGraw-Hill, 1987.
- Hartweg DL. **Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing.** J Adv Nurs 1990; 15: 35–41.
- Haveman-Nies, A., de Groot, L.C.P.G.M., van Staveren, W.A. **Relation of dietary quality, physical activity and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study.** American Journal of Public Health 2003; 93: 318-323.)
- Hatch S.and KickBusch I (Eds). **Self-help and health in Europe.** WHO, Regional Office Europe, Copenhagen;1983.
- Health and Welfare Canada. **Achieving health For All: A framework for health promotion.** Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. Henderson, V.1966 The nature of nursing. New York: Macmillan; 1986.
- House, J. S. **Work stress and social support.** Reading, MA: Addison- Wesley; 1981.
- Ian R.H.Rockett. **Unmet substance abuse treatment need, health services utilization, and cost: A population-based emergency department study.** Annals of Emergency Medicine Volume 45, Issue 2, February 2005, Pages 118-127.

- Institute for population and social research Mahidol University. ปีรามิดประชากร.[ออนไลน์] 2010. อ้างเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2564. อ้างจาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>.
- Kari Sundsli et al. **Ability for self-care in urban living older people in southern Norway**. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2012;5.
- Kleinman, A. **Patients and Healers in the Context of Culture**. California :University of California Press;1981.
- Klainin P, Ouannapiruk L. **A metaanalysis of self-carebehaviourresearch on elders in Thailand: an update**. Nurs Sci Quart 2010; 23: 156–63.
- Leenerts MH, Teel CS, Pendleton MK. **Building a model of self-care for health promotion in aging**. J Nurs Scholarsh 2002; 34: 355–61.
- Levin, L. S., and Idler, E.L., **“Self-care in health: How do they differ?”** Annual Review of Public Health 4: 181-201; 1983.
- Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, Gonzalez VM, Lavrent DD, Holman HR. **Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes**. Med Care 2001; 39: 1217–23.
- Lorig K. **Chronic disease self-management – a model for tertiary prevention**. Am Behav Sci 1996; 39: 676–83.
- Lusiele Guaraldo. et al. **Inappropriate medication use among the elderly: a systematic review of administrative databases**. Guaraldo et al. BMC Geriatrics 2011, 11:79.
- Lunde, I. **“Self-care: What is it?”** Journal of Social and Administrative Pharmacy 7 (4): 150-155;1990.
- Mary Hobbs Leenerts, Cynthia S. Teel, Mary K. Pendleton. **Building a Model of Self-Care for Health Promotion In Aging**. Journal of Nursing Scholarship; 2002; 34:4, 355-361.
- Morey MC, Snyder DC, Sloane R, et al. **Effects of home-based diet and exercise on functional outcomes among older, overweight long-term cancer survivors: RENEW: a randomized controlled trial**. JAMA 2009;301:1883–91
- Minkler M, Schauffler H, Clements-Nolle K. **Health promotion for older Americans in the 21st century**. Am J Health Promot 2000; 14: 371–9.
- Medvedev, Z. A. (1981). **"On the immortality of the germ line: genetic and biochemical mechanism. A Review "**. Mech Ageing Dev 17(4):331-359.PubMed.
- Nordenfelt, L. **On the nature of health. An action-theoretic approach. Second revised and enlarged edition**. Kluwer Academic Publishers;1995.
- Nicholas PK. Hardiness. **self-care practices and perceived health status in older adults**. J Adv Nurs 1993; 18: 1085–94.Soderhamn O. Self-care ability in a group of elderly Swedish people: a phenomenological study. J Adv Nurs 1998; 28: 745–53.

- Orem, D.E. Nursing. **Concepts of practice. First edition.** Mosby Inc., St. Louis, 1980.
- _____. **Nursing : Concepts of Practice. Forth edition.** St. Louis : Mosby, 1991.
- _____. **Nursing : Concepts of Practice. Forth edition.** St. Louis : Mosby, 1995.
- _____. **Nursing. Concepts of practice. Sixth edition.** Mosby Inc., St. Louis, 2001.
- Odlund Olin, A. et al. **Energy-dense meals improve energy intake in elderly residents in a nursing home.** Clinical Nutrition 2003; 22: 125-131.
- Punamaki RL, Aschan H. **Self-care and mastery among primary health-care patients.** SocSci Med 1994;39:73341
- Pender, N.J. **Health Promotion in Nursing Practice.** 2 nd ed. U.S.A. : Appleton & Lange, 1987.
- Sally A. Shumaker. **Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps.** Journal of Social Issues, Vol. 40, No. 4, 1984, pp.. 11-36.
- Stuifbergen AK, Rogers S. **The experience of fatigue and strategies of self-care among persons with multiple sclerosis.** Appl Nurs Res 1997; 10: 2–10. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003; 26: 1–7.
- Soderhamn, O., Lindencrona, C., Ek, A.-C. **Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden.** International Journal of Nursing Studies 2000; 37: 361-368.
- Soderhamn O, Ek A-C. Porn's theory, I. **Health and adaptedness.** Theor. Med. 14, 295; 1993.
- Soderhamn O, Ek, A.-C., Porn, I. **The self-care ability scale for the elderly.** Scand J Occup Ther. 1996;3:69-78.
- Soderhamn O, Lindencrona C, Ek AC. **Validity of two self-care instruments for the elderly.** Scand J Occup Ther; 1996.3:172–179.
- Soderhamn, O., Lindencrona, C. **Nutritional Screening of Older Patients Developing, Testing and Using the Nutritional Form For the Elderly (NUFFE).** Linköping University Medical Dissertations. Department of Medicine and Care, Division of Nursing Science, Faculty of Health Sciences, Linköping; 2006. University SE-581 85 Linköping, Sweden.
- Soderhamn Olle and Christina Cliffordson. **The Structure of Self-Care in a Group of Elderly People.** Nurs Sci Q:55-58; 2001.
- Stewart MJ. Social support: **Diverse theoretical perapectives.** Soc Sci Med; 1989,28:1275-1282.
- Strientger ET, Genat W. **Action Research in health.** New jersey: R.R.Donnelley & Sons; 2004.
- Thoits, P. A. **Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress.** Journal of Health and Social Behavior; 1982, 23, 145-149.
- United Nations. **World population ageing 1950-2050 Population Division.** DESA. [2002 jan 12]. Available from: <http://www.un/esa/population/publications/worldageing19502050>.

Wanthanatas,R. **The effectiveness of the program of network involvement in the older health care and the efficacy perception in three E two S for health behavior of the older in Nakhon**

Pathomprovince. Primary Health Care Division Journal. 12(1), 17-29. (2017) (in Thai).

Weinert, B. T., and Timiras, P. S. "Invited review: Theories of aging." J Appl Physiol; 2003. **95**(4):1706-1716.

World Health Organization. **Definition of an older or elderly person.** [2013 Sep 26]. Available from:

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

World Health Organization. **The global burden of disease 2004 update;** 2008.

World Health Organization. **Global Health and Aging.** National institute on ageing National institute of health US. Department of Health and Human service; 2011.

World Health Organization. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization; 2009.**

World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2011.** World Health Organization; 2011.

World Health Organization. **Self-care in the Context of Primary Health Care.** Report of the Regional Consultation Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009.

World Health Organization. **Self-care in the Context of Primary Health Care.** Report of the Regional Consultation Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009.

ภาคผนวก