

แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ
(บ้านพักคนชรา) เพื่อสุขภาวะที่ดี

โดย

นาวาอากาศเอก ปภาพ ศิริสวัสดิ์
กรรมการมูลนิธิภัทรมหาราชาอนุสรณ์ ในพระอุปถัมภ์ฯ
และผู้อำนวยการสำนักนิตินการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 65
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2565 - 2566

หนังสือรับรอง

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ได้อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง “แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ (บ้านพักคนชรา) เพื่อสุขภาวะที่ดี” ลักษณะวิชา การเศรษฐกิจ ของ นาวาอากาศเอก ปพาท ศิริสวัสดิ์ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 65 ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2565 - 2566

พลโท

(ชาติชาย ชัยเกษม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ

บทคัดย่อ

เรื่อง แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ (บ้านพักคนชรา) เพื่อสุขภาวะที่ดี
ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา
ผู้วิจัย นาวาอากาศเอก ปพาพ ศิริสวัสดิ์ **หลักสูตร** วปอ. **รุ่นที่** ๖๕

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความตระหนักต่อการแสดงบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม วัตถุประสงค์การวิจัย ๑. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ๒. เพื่อศึกษากระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ๓. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ ๔. เพื่อเสนอแนวทางการจัดการส่งเสริมองค์ความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อความมั่นคง ขอบเขตการวิจัย การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาเนื้อหาจากเอกสาร ตำราวิชาการ โดยเน้นการจัดการสุขภาพใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคมและสุขภาวะสิ่งแวดล้อม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยทั้งในเชิงเอกสาร (Documentary Research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ต้นแบบเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุทั้งในด้านสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพ ทางด้านสุขภาพทางกาย ทางด้านสุขภาพทางใจ ทางด้านสุขภาพทางสังคมและทางด้านสุขภาพทางสิ่งแวดล้อม กำหนดกระบวนการและวิเคราะห์ผลการบริหารจัดการ การจัดการ โครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดรูปแบบการจัดการสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุต้นแบบ ส่งผลให้การจัดการสุขภาพและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง ๔ ด้าน และตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ การนำนโยบายในการดำเนินการจัดการสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเข้าสู่ภาคปฏิบัติ โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยมีกำหนดโครงการ กิจกรรมดำเนินงาน เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนในเชิงปฏิบัติในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและชุมชนได้อย่างมั่นคงได้ การพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพภายในชุมชน บ้านพักคนชรา เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าไปให้ประชาชนในพื้นที่นั้นได้ทราบสถานะสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่การจัดการสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

Abstract

Title The Guideline for Promoting Knowledge of Elderly in Nursing Home for Good Health

Field Social - Psychology

Name Gp.Capt.Paparn Sirisawad **Course** NDC **Class** 65

The objective of this study was to 1) examine the problems and obstacles to corporate management of commercial banks that conform to good governance and management principles both now and in the future 2) examine the effects of corporate management of commercial banks that do not comply with these principles and 3) recommend problem solving and guidelines for promoting good governance policies and management of the banking organization for sustainable development. The study found that Problems and obstacles of the management of commercial banks according to good governance and management, consisting of 1) Compliance with government policies 2) Respect for equal rights and duties 3) Roles and duties of stakeholders, 4) Supervision, monitoring, evaluation of performance 5) Disclosure of information to stakeholders, and 6) Transparency, accountability, morality, and ethics. On the other hand, the impacts caused by the organizational management of commercial banks that do not comply with good governance and management principles include 1) impacts on banks or financial institutions 2) impacts on stakeholders and 3) the impact on the economy society and environment. The guidelines for problem-solving and promoting good governance policies and management of the banking organization for sustainable development are 1) problem solving and promotion of policies on good governance and organizational management 2) problem solving and promotion of bank risk management policies 3) problem solving and promotion of responsible banking policies and 4) problems solving and promoting policies that contribute to sustainable banking.

คำนำ

รายงานการวิจัย เรื่อง แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ (บ้านพักคนชรา) เพื่อสุขภาวะที่ดี ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา ผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษากระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ และเสนอแนวทางการจัดการส่งเสริมองค์ความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ โดย การนำนโยบายในการดำเนินการจัดการสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเข้าสู่ภาคปฏิบัติ โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยมีการกำหนดโครงการ กิจกรรมดำเนินงาน เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนในเชิงปฏิบัติในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและชุมชนได้อย่างมั่นคงได้ การพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพภายในชุมชน บ้านพักคนชรา เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่นั้นได้ทราบสถานะสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่การจัดการสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

นาวาอากาศเอก

(ปพาพ ศิริสวัสดิ์)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๖๕

ผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน พลโท ชวนากร ผดุงกิจ อาจารย์ที่ปรึกษา เอกสารวิจัย และ นาวาอากาศเอก อภิชัย ศิริจันทร์ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจและสังคมจิตวิทยา วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร เจ้าหน้าที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ดำเนินการประสานงานตรวจสอบงานวิจัย ซึ่งทำให้การเตรียมเอกสารวิจัยสำเร็จด้วยดี

นาวาอากาศเอก

(ปพาพ ศิริสวัสดิ์)

นักศึกษาระดับวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๖๕

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
คำนำ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ซ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๒
ขอบเขตของการวิจัย	๓
วิธีดำเนินการวิจัย	๓
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	๖
คำจำกัดความ	๖
บทที่ ๒ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๘
ผู้สูงอายุ	๘
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	๕
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	๑๗
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	๒๑
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๒๓
กรอบแนวคิดของการวิจัย	๒๘
สรุป	๒๙
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๓๐
วิธีดำเนินการวิจัย	๓๐
พื้นที่ดำเนินการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง	๓๑
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	๓๑

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	๓๒
การวิเคราะห์ข้อมูล	๓๓
สรุป	๓๓
บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๓๔
สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ	๓๔
กระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ	๓๕
รูปแบบกระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ	๔๕
สรุปองค์ความรู้การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ	๔๕
สรุป	๕๐
บทที่ ๕ สรุปและข้อเสนอแนะ	๕๑
สรุป	๕๑
ข้อเสนอแนะ	๕๓
บรรณานุกรม	๕๔
ภาคผนวก	๕๖
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	๕๗
ประวัติย่อผู้วิจัย	๖๔

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๔ - ๑	สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ	๓๔
๔ - ๒	ลำดับสภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ	๓๗
๔ - ๓	ลำดับความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ	๓๘

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
๔ - ๑	กระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพและความต้องการการจัดการ สุขภาพผู้สูงอายุ	๔๔
๔ - ๒	รูปแบบกระบวนการจัดการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ	๔๗
๔ - ๓	สรุปองค์ความรู้การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ	๔๙

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นสังคมโลกที่เข้าสู่ยุคแห่งสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ หมายถึง มีประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๐.๔% และปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ กล่าวคือ มีประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่า ๒๐% ของประชากรทั้งประเทศ (กรมสุขภาพจิต, วันผู้สูงอายุ, ๒๕๖๓) ผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ส่งผลต่อรายได้ที่ขาดแคลนไม่พอต่อค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงชีพ (กองส่งเสริมสุขภาพ, ๒๕๕๕)

ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ต้องการการดูแลจากรัฐและครอบครัว ซึ่งเรื่องนี้เป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ ที่ประเทศไทยจำเป็นต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีอายุขัยที่ยืนยาวกับสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตดี ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับทางด้านจิตใจ ร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ ซึ่งด้านร่างกายควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการออกกำลังกาย ด้านจิตใจควรส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่เด็กและเยาวชน ด้านสิ่งแวดล้อมควรจัดโครงการชุมชนน่าอยู่ การส่งเสริมชุมชนในการบริหารจัดการ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมความสะอาดสำหรับผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจทัศนคติและมีความตระหนักต่อการแสดงบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุและร่วมดำเนินการกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ บทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้ง ๔ ด้าน ปัจจัยการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนา มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต และทางสังคม นอกจากนี้ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์กับการมีเครือข่าย จากที่กล่าวมา เห็นถึงความสอดคล้องและสรุปได้ว่าการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีนั้น ผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพดีทั้งกายและใจอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุสามารถพัฒนาพัฒนาการของผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗) การจัดกิจกรรมในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรม คือ กิจกรรมในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะเน้นกิจกรรมบริการด้านสุขภาพ ดำเนินโดยบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว โดยให้บริการให้คำปรึกษาสุขภาพกาย สุขภาพจิต สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ให้สุขศึกษาคำแนะนำ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาการจัดกิจกรรมการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม กระบวนการจัดการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุและวิเคราะห์รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นต้นแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
๒. เพื่อศึกษากระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
๓. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ
๔. เพื่อเสนอแนวทางการจัดการส่งเสริมองค์ความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

๑. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาเนื้อหาจากเอกสาร ตำราวิชาการ โดยเน้นการจัดการสุขภาพใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

๒. ขอบเขตด้านประชากร

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน ๔๐ คน

๓. ขอบเขตด้านการวิจัยเชิงพื้นที่

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยการศึกษาพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้สูงอายุ ในบ้านพักคนชรา

๔. ขอบเขตด้านเวลา

เริ่มการศึกษาวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม ๒๕๖๕ - พฤษภาคม ๒๕๖๖

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ รายละเอียด ดังนี้

๑. วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยทั้งในเชิงเอกสาร (Documentary Research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีรายละเอียดดังนี้

๑.๑ การศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑.๑.๑ ทำการศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง หนังสือ รายงานการวิจัย บทความวิชาการ และเอกสารอื่น ๆ ที่น่าเชื่อถือได้ โดยอาศัยแนวคิดในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๑.๒ ทำการศึกษาวเคราะห์กระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๑.๓ วิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางอารมณ์

๑.๑.๔ สรุปผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นแนวคิด หลักการ ความเป็นมา องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

๑.๒ การศึกษาในภาคสนาม (Field Study) เพื่อทราบถึงแนวคิดหลักการ กระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนในการศึกษาดังนี้

๑.๒.๑ กำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายในการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสำรวจจาก ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา

๑.๒.๒ ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key-informant) ทั้งนี้เพื่อพิจารณาถึงกระบวนการและรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

๑.๒.๓ ดำเนินการศึกษาวเคราะห์ถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๑.๒.๔ ถอดองค์ความรู้การจัดการรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๑.๒.๕ สรุปผลการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะทั้งในระดับนโยบาย องค์กร ชุมชน และระดับบุคคล

๒. พื้นที่ดำเนินการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

๒.๑ พื้นที่ดำเนินการวิจัย พื้นที่ในการวิจัยโดยการคัดเลือกพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา

๒.๒. กลุ่มประชากรในการการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุ จำนวน ๔๐ คน

๒.๓. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย

๒.๓.๑ ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จำนวน ๑ คน

๒.๓.๒ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๑ คน

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ พัฒนารุ่นขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาสถานการณ์ปฏิบัติการของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วย

๓.๑ **แบบสำรวจ** สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ แบบเลือกรายการ (check list) และเติมคำ โดยแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ความเข้าใจสถานะสุขภาพ ประวัติการออกกำลังกาย

ส่วนที่ ๒ สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๓.๒ **แบบสัมภาษณ์** โดยดำเนินการออกแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

๔. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

๔.๑ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔.๒ ติดต่อประสานงานกับผู้บริหารบ้านพักคนชรา เพื่อกำหนดวัน เวลา ในการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ และกำหนดวัน เวลา ในการสำรวจและการสัมภาษณ์

๔.๓ ดำเนินงานจัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินกิจกรรมการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๔.๔ ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย

๔.๕ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจสภาพปัญหา และความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์ผลการสำรวจ ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย

๔.๖ กำหนดกิจกรรมการดำเนินการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ

๔.๗ ดำเนินการจัดกิจกรรมในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นต้นแบบ

๔.๘ สรุปผลการดำเนินการจัดกิจกรรมในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๔.๙ ดำเนินการวิเคราะห์รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ

๔.๑๐ ถอดองค์ความรู้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ เพื่อนำเสนอแนะแนวทางใหม่

๕. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดยการนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ มาจัดหมวดหมู่แยกประเด็น และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ร่วมกับพิจารณาความสอดคล้องกับสถานการณ์พื้นที่และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุปและเรียบเรียงผลการวิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการศึกษาในรูปแบบการบรรยายและวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยการหาค่าร้อยละ และรายงานผลการศึกษาในรูปแบบพรรณนาความ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑. ทำให้ทราบสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๒. ทำให้ทราบกระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นข้อมูลในการเสนอแนะแนวทางในการกำหนดรูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบต่อไป

๓. ทำให้มีรูปแบบกระบวนการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ ในผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแนวทางการจัดการส่งเสริมองค์ความรู้สุขภาพผู้สูงอายุในประเทศต่อไป

๔. ทำให้มีแนวทางการจัดการส่งเสริมองค์ความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ

คำจำกัดความ

ผู้สูงอายุ	หมายถึง	บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปในโรงเรียนผู้สูงอายุ
สุขภาพ	หมายถึง	สุขภาพของผู้สูงอายุในสถานบ้านพักผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้น ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิต	หมายถึง	ชีวิตที่มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตให้สอดคล้องตามสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตและ ทรัพยากรที่มีอยู่
กระบวนการ	หมายถึง	การดำเนินการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้น ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม ผ่านกระบวนการจัดกิจกรรมของ บ้านพักผู้สูงอายุ
ผลสัมฤทธิ์	หมายถึง	ผลสำเร็จของกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านพัก ผู้สูงอายุ
องค์ความรู้	หมายถึง	ความรู้ที่อยู่ในศาสตร์ ได้แก่ ความคิดรวบยอด หลักการ วิธีการ ที่อยู่ในตำรา อยู่ในห้องสมุด ซึ่งอยู่ภายนอกตัวบุคคล ที่ส่งสมกันมาเพื่อให้คนรุ่นหลังได้เรียนรู้ โครงสร้างความรู้ หมายถึง ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล ที่เกิดจากการเรียนรู้ ของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งไม่ได้ลอกเลียนมาจากองค์ความรู้ แต่ผู้เรียนต้องสร้างขึ้นมด้วยตนเอง เป็นความรู้ที่เกิดขึ้น ใหม่ เมื่อพัฒนาโครงสร้างความรู้ต่อไปก็สามารถสร้าง ผลงานเป็นองค์ความรู้ให้คนอื่นค้นคว้าได้
โรงเรียนผู้สูงอายุ	หมายถึง	เป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษาการพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่อง ที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วย เพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยากรจิตอาสาหรือ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุ จะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ ประสบการณ์ที่ส่งสมแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้ คงคุณค่าคู่กับชุมชน

บทที่ ๒

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ (บ้านพักคนชรา) เพื่อสุขภาวะที่ดี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

๑. ผู้สูงอายุ
๒. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ
๓. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
๔. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๖. กรอบแนวคิดของการวิจัย
๗. สรุป

ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คำว่า “สูงอายุ” (คำวิเศษณ์) หมายถึงอายุมากดังนั้นคำว่าผู้สูงอายุ หมายถึงคนที่มีอายุมาก

“ผู้สูงอายุ” มีการให้นิยามที่หลากหลายโดยพิจารณาจาก

๑. เกณฑ์อายุตามปีปฏิทิน เช่น บุคคลที่มีอายุ ๖๐ - ๗๐ ปีขึ้นไป
๒. ดูจากลักษณะภายนอก เช่น หน้าตาที่ดูมีอายุ หรือ แก่ผิวหนังที่เหี่ยวแห้ง ผมหงอกสีขาว
๓. การมีสุขภาพและความจำไม่ดี
๔. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพเป็น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ทวด
๕. ความสามารถในการทำงานลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้แล้ว
๖. พฤติกรรมและอารมณ์ เช่น จุกจิก ขี้บ่น ขี้คิด ขี้ทำ
๗. เป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น

ผู้สูงอายุหรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒ ให้ความหมายของคำว่าคนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชราและให้ความหมายของคำว่าชรา คือ แก่ด้วยอายุชารุดทรุดโทรมนอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่าราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or elderly person องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากร ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุโดยมีเหตุผลว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยาม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, ๒๕๕๖)

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ

๑. ทฤษฎีการสูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ทางชีวภาพ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ ได้พยายามสรุปสาเหตุของความชราไว้ ๒ ประการ คือ ๑) พันธุกรรม และ ๒) สิ่งแวดล้อม ซึ่งพิจารณา จากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกของสิ่งมีชีวิตและพยายามศึกษามนุษย์ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม นักทฤษฎี ทั้ง ๓ สาขาต่างยอมรับว่าความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่งก็ยังไม่สามารถอธิบายกระบวนการแก่ชราได้อย่างสมบูรณ์ จึงเสนอแนวคิดเพื่อนำมาใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ให้ชัดเจนที่สุด ประกอบด้วยทฤษฎี ๓ กลุ่ม ได้แก่

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

ทฤษฎีทางสังคม (Sociological Theory)

๑.๑ ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของร่างกายมนุษย์แบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ และทฤษฎี สรีรวิทยา ประกอบด้วย

ทฤษฎีวิวัฒนาการ หรือ ทฤษฎีเซลล์ ร่วมอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการตลอดเวลา

ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต หรือ ทฤษฎีการถูกกำหนด อธิบายว่าอายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสพันธุกรรม ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืน ลูกหลานก็จะมีอายุยืนยาวตามไปด้วย

ทฤษฎีการกลายพันธุ์ เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเอียดที่ละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA และเกิดการเปลี่ยนแปลงของ Cell หรืออวัยวะในระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดมีโรคมะเร็งไข้เจ็บหรือเกิดมะเร็ง

ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ หรือทฤษฎีโมเลกุลอธิบายว่าความแก่เกิดจากนิวเคลียสของ cell มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิมทำให้ Cell ใหม่ที่ได้แตกต่าง ไปจาก cell เดิม

ทฤษฎีอวัยวะ อธิบายว่าเมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมมีการเสื่อมเกิดขึ้น เช่น ทฤษฎีความเสื่อม โทรมความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น

ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ เมื่อเข้าสู่วัยชรา การทำงานของระบบสมองและประสาทจะลดลง ความจำจะเสื่อมลง

ทฤษฎีสะสมของเสีย เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น ของเสียจะถูกสะสมทำให้ cell เสื่อมและตายเพิ่มขึ้นสิ่งที่พบได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารสีดำไม่ละลายน้ำเป็นสารประกอบจำพวก Lipoprotein

๑.๒ ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยาเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะการสัมผัสทั้งหลายตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อยู่อาศัย ได้แก่ ทฤษฎีบุคลิกภาพ กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนาด้วยความมั่นคง อบอุ่นถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขอยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงข้ามถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมกับใครได้จิตใจคับแคบไม่รู้จักช่วยเหลือ เห็นใจผู้อื่นผู้สูงอายุผู้นั้นก็จะประสบปัญหาในบั้นปลายของชีวิต

๑.๓ ทฤษฎีทางสังคม (Psychological Theory) ทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงบทบาททัศนคติและการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไปและพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทฤษฎีกิจกรรมได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของ

ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจ ในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี ทฤษฎีการแยกตนเองหรือการถอยห่าง กล่าวถึงผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการถอยห่างออกจากสังคมผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาสุขภาพ พยายามไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปเพื่อถนอมสภาพและบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง กระบวนการถอยห่างมีลักษณะดังนี้ เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุพึงพอใจ เป็นสากลของทุกสังคมและสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อรักษาสมดุลของธรรมชาติ (กรมอนามัย, ๒๕๕๖)

๒. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Models)

เพนเดอร์ (Pender & Pender, 1978) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยค่านึงว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็นกิจวัตรหรืออาจเรียกว่าเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล แนวคิดพื้นฐานของรูปแบบที่นำเสนอคือทฤษฎีการเรียนรู้เชิงสังคม ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลจากภายใน คือ การจัดกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ๒ กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ซึ่งเป็นปัจจัยปฐมภูมิ และมีปัจจัยส่งเสริมและตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to Action) เพิ่มไว้ เพนเดอร์นำเสนอปัจจัย ทั้ง ๓ ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ

๒.๑ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้เป็นปัจจัยปฐมภูมิที่มีผลโดยตรงต่อความโน้มเอียงที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งจะครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้

๒.๑.๑ ความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) บุคคลจะแสดงพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพเมื่อบุคคลนั้นเห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพของตน

๒.๑.๒ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติการควบคุมสุขภาพแหล่งของแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิได้แก่ครอบครัว ญาติ พี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์

พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ภายในตน บุคคลนั้นมีความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณยการควบคุมสุขภาพอยู่ที่ภายนอกตน

๒.๑.๓ การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived self-efficacy) บุคคลมีความเชื่อว่าการที่ตนจะประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาก็ต่อเมื่อตนได้ลงมือกระทำพฤติกรรมเหล่านั้น ซึ่งความเชื่อนี้จะทำให้บุคคลกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

๒.๑.๔ การให้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health) การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ขึ้นกับการให้คำจำกัดความของสุขภาพ เช่น บุคคลที่ให้คำจำกัด ความของสุขภาพว่า “เป็นการปรับตัวและเป็นความสมดุล” จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรม ป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยและถ้าบุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพว่า “เป็นภาวะที่บุคคลมีสุขภาพ พึงพอใจ เสียสละภูมิใจในตนเองที่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ” จะทำให้บุคคลนั้นแสดง พฤติกรรมที่ทำให้ตนเองอยู่ดีมีสุขตามศักยภาพ

๒.๑.๕ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่ในการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกล่าวคือ ถ้าบุคคลใดรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดี จะทำให้บุคคลมีความถี่และความตั้งใจในการแสดงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

๒.๑.๖ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of health promoting behavior) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ ของตนจะส่งผลต่อระดับการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และมีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง

๒.๑.๗ การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers of health-promoting behavior) การรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก และความไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรม การส่งผลทางลบต่อการกระทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพบุคคลจะลดการกระทำลงหรืออาจหลีกเลี่ยงการกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อไป

๒.๒ ปัจจัยส่งเสริมประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

๒.๒.๑ ปัจจัยทางประชากรได้แก่อายุเพศการศึกษาเชื้อชาติอาชีพรายได้จะส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านกลไกด้านความรู้และการรับรู้

๒.๒.๒ ลักษณะทางชีววิทยา เช่น น้ำหนักของบุคคลมีผลต่อการออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรับประทานอาหารของบุคคลนั้น ๆ

๒.๒.๓ อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เช่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ จะส่งผลต่อการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เช่น สามีคาดหวังว่าภรรยาจะมีรูปร่างที่สวยงามไปนาน ๆ จะส่งผลให้ภรรยาบริหารร่างกายอยู่เสมอหรือบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีการรับประทานอาหารตรงเวลาอาหารมีคุณภาพและอาหารครบตามหลัก ๕ หมู่ จะทำให้บุคคลนั้นได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วนและเพียงพอ

๒.๒.๔ ปัจจัยสภาพการณ์ (Situational factors) ปัจจัยกำหนดด้านสภาพการณ์ หรือ สิ่งแวดล้อมมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่อาศัยอยู่ทางภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะพื้นที่ที่อยู่ติดภูเขาโอกาสที่จะเลือกรับประทานอาหารทะเลที่มีโอโอดีนสูงนั้น มีน้อยกว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ใกล้ทะเลหรือบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่ โอกาสที่จะอยู่ในบรรยากาศที่ปลอดสารพิษมีน้อยลง เป็นต้น

๒.๒.๕ ปัจจัยพฤติกรรม (Behavioral factors) ประสบการณ์การมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในอดีตของบุคคลจะส่งผลให้บุคคลแสวงหาความรู้และทักษะปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งความรู้ และทักษะปฏิบัติเหล่านี้ จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมได้

๓. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to action) เพนเดอร์เสนอเพิ่มเติมว่าตัวชี้แนะการกระทำเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๓.๑ ตัวชี้แนะการกระทำภายในเป็นการรับรู้ศักยภาพของตนต่อพัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกสุขสบาย เมื่อได้กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบาย หลังออกกำลังกายจะส่งผลให้บุคคลออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

๑.๒ ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้แก่ การสนทนากับบุคคลอื่นหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางสื่อมวลชนจัดเป็นตัวชี้แนะในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ

แนวคิดนี้จะมีประโยชน์ต่อการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมาก เนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจกระทำส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพ และการรับรู้ถึงความสามารถของตน การส่งเสริมสุขภาพในแต่ละบุคคลนั้นมีเหตุผลแตกต่างกัน ควรแนะนำวิธีการที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคลส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของสุขภาพและความสำคัญของตนเองเสนอแนะ แนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนให้ กระทำกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอและยาวนาน (มุงสิน, ๒๕๖๕)

๓. ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (PAR : Participatory Action Research)

Kemmis and McTaggart (1988:5) ให้ความหมายไว้ว่า คือ การวิจัยที่ค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมในสถานการณ์ทางสังคมนั้น ๆ ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงสังคมที่พวกเขาดำรงอยู่ให้เป็นสังคมที่มีเหตุผลและความยุติธรรม

Wadsworth (1998) ให้ความหมายไว้ว่าคือ การวิจัยที่นำผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่มีประสบการณ์เข้ามาปฏิบัติการร่วมกันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงสภาพการณ์นั้น การดำเนินการจะต้องวิพากษ์ภาพสะท้อนด้านประวัติศาสตร์ การเมือง วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ภูมิศาสตร์ และบริบทอื่น ๆ ทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่แท้จริงของปัญหา

O' Brien (๒๐๐๑:๒) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าหมายถึง การศึกษาเรียนรู้ด้วยการกระทำโดยกลุ่มของประชาชนเป็นผู้ระบุปัญหาดำเนินการบางอย่างเพื่อแก้ปัญหาแล้วตรวจสอบดูความพยายามนั้นว่าสำเร็จได้อย่างไรและถ้ายังไม่เป็นที่พอใจก็ดำเนินการใหม่อีกครั้ง

O' Brien ให้ความหมายเพิ่มเติมว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นมีเป้าหมายที่จะได้ประโยชน์ทั้งในทางปฏิบัติแก่ประชาชนที่ใกล้ชิดปัญหาและเป้าหมายในทางการจะบรรลุเป้าหมายทั้งสองประการนี้ ทั้งนักวิจัยและสมาชิกในชุมชนจะต้องทำงานร่วมกันและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่มวลสมาชิกทุกคนปรารถนา

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า Kemmis and McTaggart เน้นไปที่กลุ่มประชาชนที่ประสบปัญหาในขณะที่ Wadsworth กล่าวถึงผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนซึ่งอาจหมายถึงนักวิจัยหรือผู้กระตุ้น (Facilitator) นอกจากนั้นยังเห็นว่าการจะเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงผู้ปฏิบัติการวิจัยจะต้องวิพากษ์บริบททางสังคมที่แวดล้อมอยู่ก่อนเป็นอันดับแรกในขณะที่ O'Brien เน้นไปที่การเรียนรู้ร่วมกันของประชาชนและนักวิจัย

สรุปการวิจัยแบบ PAR คือ การวิจัยที่กระทำโดยประชาชนที่เป็นเจ้าของปัญหา ร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาปฏิบัติการร่วมกันและเรียนรู้ร่วมกัน โดยเริ่มต้นจากการระบุปัญหา หาแนวทางแก้ปัญหาลงมือปฏิบัติการแก้ปัญหาค้นหาเหตุและผลของการเปลี่ยนแปลง เพื่อสรุปเป็นบทเรียนทั่วไป หรือเพื่อนำไปพัฒนาการปฏิบัติการในรอบต่อไป

PAR เป็นการวิจัยซ้ำแล้วซ้ำเล่า โดยเริ่มต้นจากนักวิจัยและประชาชนในชุมชน ร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหาเริ่มต้นศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับปัญหาคำเนินการแก้ปัญหาศึกษา เรียนรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติต่อจากนั้นจะเริ่มต้นศึกษาเรียนรู้และปฏิบัติการรอบใหม่ อีกครั้ง การดำเนินการที่ต่อเนื่องกันไปเช่นนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดการยกระดับคุณภาพ ของการปฏิบัติการในรอบใหม่ กระบวนการนี้จะถูกดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง ผลที่เกิดขึ้นของการ วิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเรื่องยากที่จะทำนายผลล่วงหน้า ความสำเร็จย่อมขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นการ สร้างสรรค์ และจินตนาการของนักวิจัย

ขั้นตอนของการวิจัยแบบ PAR นักวิชาการท่านต่าง ๆ ได้เสนอขั้นตอนการ ดำเนินการไว้ในลักษณะที่ใกล้เคียงกันคือ

ขั้นที่ ๑ การระบุปัญหาขั้นตอนนี้เป็นการระบุสภาพการณ์ของปัญหาและให้คำ นิยามปัญหา

ขั้นที่ ๒ การแสวงหาทางเลือกในการแก้ปัญหาเป็นขั้นการหาแนวทางเพื่อการ แก้ปัญหาว่าภายใต้เงื่อนไขหรือกรอบกำหนดหนึ่ง ๆ มีทางเลือกอะไรจะแก้ไขปัญหานั้นบ้าง

ขั้นที่ ๓ ขั้นตัดสินใจเลือกทางเลือกขั้นตอนนี้เป็นขั้นของการตัดสินใจเลือกแนว ททางการแก้ปัญหาที่คิดว่าดีที่สุด ซึ่งนั้นอาจขึ้นอยู่กับเหตุผลจุดยืนค่านิยมและข้อจำกัดด้านทรัพยากร

ขั้นที่ ๔ ขั้นการปฏิบัติตามทางเลือกขั้นตอนนี้จะเป็นการนำทางเลือกที่เลือกแล้ว ไปปฏิบัติเพื่อให้บังเกิดผล

ขั้นที่ 5 ขั้นการประเมินผลนโยบายเป็นการตรวจสอบว่าผลการดำเนินการเป็นไป ตามที่กำหนดไว้หรือไม่ (สุวรรณกุล, ๒๕๕๐)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม PAR : Participatory Action Research เป็น การวิจัยแนวหนึ่งที่มีความเป็นนวัตกรรมการจัดการความเปลี่ยนแปลงทางสังคมอยู่ในตนเอง ทั้งนี้ก็ เนื่องจากโดยธรรมชาติของกระบวนการวิจัยในแนวนี้ มีความสามารถสนองต่อความต้องการ ในการแก้ปัญหาจากข้อจำกัดของการนำเอาการวิจัยในกระแสหลักและการวิจัยในแบบดั้งเดิม มาผสมผสานกับการทำงานเชิงปฏิบัติการสังคมหลายประการ อีกทั้งทำให้การวิจัยซึ่งเป็น

กระบวนการทางวิชาการสามารถออกแบบใหม่เชื่อมโยงกับมิติอื่น ๆ ของการพัฒนาทางสังคม
ไปด้วยได้อย่างดี

ด้วยความจำเป็นและบริบททางสังคมดังกล่าวนี้การวิจัยแบบ PAR จึงจะมีฐาน
ความคิดสำหรับการทำงานเชิงสร้างสรรค์ที่อยู่ภายในกระบวนการวิจัย อีกทั้งต้องทำงานเชิง
กระบวนการที่ประกอบไปด้วย ความสำนึกและความมีจิตวิญญาณทางสังคมมากกว่าเป็นการได้ทำ
วิจัยและทำงาน กิจกรรมทางวิชาการ (Research and Academic Exercise) โดยต้องมุ่งพัฒนาแนวคิด
และออกแบบ ระเบียบวิธีให้สามารถสะท้อนองค์ประกอบที่สำคัญ ๓ ประการ ให้บูรณาการเข้าไปสู่
กระบวนการวิจัย ทุกมิติอย่างกลมกลืน จัดว่าเป็นหลักการพื้นฐานและใช้เป็นหลักพิจารณาบ่งชี้
ความเป็นการวิจัยใน แนวนี้อีกด้วย รายละเอียดของ ๓ องค์ประกอบ ดังกล่าวมีดังนี้ ๑) Community
Orientation and Community-Based Development Integration : การระบุปัญหาที่มุ่งความเชื่อมโยง
กับการแก้ปัญหาาร่วมกันของชุมชนและสังคมการวิจัยแบบ PAR ต้องมุ่งพัฒนาประเด็นการวิจัย
ที่มุ่งแก้ปัญหา ทางการศึกษาของชุมชนและกลุ่มคนต่าง ๆ รวมทั้งมุ่งยกระดับความเป็นจริงทาง
สังคมและยกระดับ การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพแห่งชีวิตทั้งในเชิงรูปธรรมและในเชิงนามธรรม
๒) Education and Learning Process Integration : การพัฒนากระบวนการทางการศึกษาและ
กระบวนการเรียนรู้เพื่อมุ่งระดมพลังแก้ปัญหาจากภายในชุมชนสร้างคนและทำให้ผู้คนเกิดความมี
ส่วนร่วมสามารถเรียนรู้และยกระดับการปฏิบัติสามารถแปรการปฏิบัติและศักยภาพอันเกิดจาก
กระบวนการทางการศึกษาและการเรียนรู้ไปสู่การนำตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งต่าง ๆ ดีขึ้น
รวมทั้งสามารถเกิดประสบการณ์ทางสังคมและนำเอาความรู้ตลอดจนประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับ
ไปใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง ๓) Research Integration : การวิจัยสร้างความรู้และสร้างทฤษฎี
พื้นฐานจากการปฏิบัติในทางการศึกษานั้นการเกิดประสบการณ์และความเปลี่ยนแปลงทางการ
ปฏิบัติเป็นเครื่องบ่งชี้การเรียนรู้ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง อีกทั้งการ
เรียนรู้จากประสบการณ์นั้นก็มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการดำเนินชีวิต ดังนั้นจึงเป็นความรู้
และทฤษฎีที่มีพลังต่อการอธิบายภาคปฏิบัติของสังคม อีกทั้งจัดว่าเป็นความรู้ความจริงเชิง
วัฒนธรรมหรือความรู้เชิงทฤษฎีที่มีบริบทซึ่ง นอกจากจะไม่สามารถทดแทนได้ด้วยความจริงที่
อธิบายโดยวิทยาศาสตร์ แนวกระแสหลักแล้วก็กลับ จะส่งเสริมเติมเต็มกันและกันให้สังคมมีความ
องกวมมั่งคั่งในงานสร้างสรรค์ทางปัญญาได้มากยิ่งขึ้น การวิจัยเพื่อสร้างความรู้ขึ้นอย่างเป็นระบบ
จึงจำเป็นต้องออกแบบให้บูรณาการกับมิติอื่น ๆ ไปด้วย ด้วยคุณลักษณะความจำเป็นและความ
ต้องการที่เป็นเหตุผลเบื้องหลังของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมดังที่กล่าวมาในข้างต้นนี้

ก็จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมนั้นมีความจำเป็นในการวิจัยและการปฏิบัติการเชิงสังคม หรือ Social Research and Social Action ซึ่งจะต้องผสมผสานงานความรู้และการดำเนินการภาคปฏิบัติให้กลมกลืนมีความบูรณาการอยู่ในตนเองในศักยภาพที่สำคัญ ๓ ด้าน เพื่อเป็นนักวิจัยในแนวทางนี้ได้อย่างสอดคล้องกับความจำเป็นและระบบวิธีคิดที่อยู่เบื้องหลังในข้างต้น ประกอบด้วย ๑) Creative Igniter and Changes Facilitator : ความเป็นกระบวนกรมีความสำนึกร่วมต่อสังคมและชุมชนเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้วยความริเริ่มและสร้างสรรค์และจัดวางตนเองให้เป็นผู้สนับสนุนชุมชนหรือกลุ่มผู้ปฏิบัติสำหรับริเริ่มและทำงานต่าง ๆ ได้ ๒) Researcher : ความเป็นนักวิจัยและนักวิชาการเป็นผู้มีหน้าที่ต่อสังคมในการสร้างสังคมความรู้และบริการงานวิชาการเพื่อเสริมกำลังการพัฒนาของสังคม ๓) Educator ความเป็นนักการศึกษาสามารถทำให้กระบวนกรวิจัยเป็นเงื่อนไขการเรียนรู้และเป็นโอกาสสร้างคนเป็นโอกาสพัฒนาการเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์สังคมเป็นครูของชุมชน เป็นเพื่อนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงกับผู้คนเป็นสภาพแวดล้อมที่ให้ความเชื่อมั่นในตนเองของชาวบ้าน และก่อให้เกิดความบังคาลใจในการพึ่งการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อมีความยั่งยืนต่อการพัฒนาต่าง ๆ องค์ประกอบที่สำคัญดังกล่าวนี้เป็นศักยภาพที่นอกเหนือจากความรู้เชิงเทคนิคการวิจัยและความรู้เชิงวิชาการอีกทั้งเป็นทั้งความเป็นศาสตร์และความเป็นศิลปะซึ่งจะทำให้การวิจัยและงาน ความรู้ตลอดจนบทบาทในเชิงระบบของความเป็นนักวิจัยและนักวิชาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคม มีบทบาทที่จำเพาะต่อสังคม นอกจากนี้จะเป็นการวิจัยแล้วก็เป็นการทำให้การเรียนรู้และแก้ปัญหาที่มีความผสมผสานกลมกลืนเป็นวิถีแห่งชีวิตสร้างความเปลี่ยนแปลงทางสังคมในเชิงวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย (คำศรีจันทร์, ๒๕๕๔)

คุณภาพชีวิต

๑. ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

ซึ่งแบ่งออกเป็น ๒ ระดับ คือ ๑) ระดับภาค ใช้ตัวชี้วัด ทางวัตถุวิสัย (Objective Indicators) ได้มาจากการสำรวจวิเคราะห์และสังเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งรวบรวมมาจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลดังกล่าวมีอาทิเช่น ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ด้านแรงงานด้านสิ่งแวดล้อมด้านสาธารณสุขโภชนาการและด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น ข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นตัวชี้วัดทางด้านวัตถุวิสัยให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของคนไทย ที่ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญพุทธศักราช ๒๕๕๐ และจากการ

ดำเนินการของรัฐ ๒) ระดับปัจเจกบุคคลใช้ตัวชี้วัดทางอัตวิสัย (Subjective Indicators) ในเรื่องคุณภาพชีวิตไว้ด้วยกัน ๕ มิติ คือ ๑) คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ๒) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ๓) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียด ๔) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และ ๕) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน

คุณภาพชีวิตคนในการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของคนไทยประกอบด้วยการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลโดยใช้ตัวชี้วัดทางอัตวิสัย (Subjective Indicators) และตัวชี้วัดทางวัตถุวิสัย (Objective Indicators) ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตคนนั้น ประกอบด้วยคือ ๑) คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจที่บุคคลมีต่องาน/อาชีพ ที่ทำอยู่ในปัจจุบันและมีความสุขจากการทำงานนั้น ความพึงพอใจต่องานครอบคลุมมิติต่าง ๆ เช่น ความมั่นคงของงาน รายได้จากการทำงาน ความปลอดภัยในการทำงานความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงาน ความต้องการที่จะทำงานนั้นต่อไปเรื่อย ๆ ๒) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว หมายถึง การรับรู้ภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในครอบครัวในลักษณะของการที่บุคคลในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น มีการปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกันการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว การอยู่พร้อมหน้ากันทั้งครอบครัวในโอกาสสำคัญต่าง ๆ เป็นต้น ๓) คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพและความเครียด หมายถึง การมีอาการทางด้านร่างกายและจิตใจที่บ่งบอกถึงภาวะของสุขภาพทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยและภาวะความเครียดของจิตใจ คือ ความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้ อันเนื่องมาจากเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ต่าง ๆ ๔) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความรู้สึกทางกายและจิตใจเกี่ยวกับการได้รับผลกระทบจากมลภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นบริเวณใกล้บ้าน ๕) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการที่ดีจากภาครัฐในด้านการศึกษา คมนาคม สาธารณสุข สาธารณูปโภค ความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สินรวมทั้ง ความพึงพอใจในด้านราคาสินค้าอุปโภคบริโภคและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภคที่เป็นอยู่ด้วย (สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๕๑)

๒. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตนิสัย (Subjective) แน่นอยู่กับทางวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อมเพราะว่านิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการ โรคหรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ๑๐๐ ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง ๑ ข้อ จากแต่ละหมวดใน ๒๔ หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไป โดยรวมอีก ๒ ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีความรู้พื้นฐานแตกต่างกันนำมา ปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ ๓ รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ ๐.๘๔๐๖ ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ ๐.๖๕๑๕ โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – ๑๐๐ ฉบับภาษาไทยที่ WHO ขอมรับอย่างเป็นทางการ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม ๒ ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ๔ ด้าน ดังนี้

๒.๑ ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลัง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาต่าง ๆ หรือ การรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

๒.๒ ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเองการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองการรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวลการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตเช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

๒.๓ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมการรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วยรวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

๒.๔ ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขังมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, แบบคัดกรองสุขภาพจิต, ๒๕๔๕)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่งและคุณภาพชีวิตของประชาชนจะดี หมายถึงครอบครัวหรือ ชุมชนนั้นได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ครบถ้วนทุกประการ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรมค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคนและ หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีที่เหมาะสมแต่ละบุคคลทั้งในด้านนามธรรมและรูปธรรมซึ่งในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้เป็น ๒ ด้าน คือ ข้อคำถาม ๒ ชนิด คือ แบบภาวะวิสัยและอัตวิสัย การศึกษาทางด้านภาวะวิสัยเป็นการศึกษาบนพื้นฐานของข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้นับได้หรือวัดได้ การศึกษาทางด้านอัตวิสัยนั้นมีองค์ประกอบ ๔ ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวันการรับรู้เรื่องการนอนหลับ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดความจำสมาธิการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น

การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขังมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์เป็นต้น ตามสภาพความเป็นจริงของสังคมในขณะนั้น ๆ โดยเชื่อว่าการปลูกฝังและการปรับเปลี่ยนการกระทำของบุคคลให้เหมาะสมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้วย (ฉายแสง, ๒๕๕๓)

คุณภาพชีวิตใช้แนวความคิดของ World Health Organization: Quality of Life (๑๙๙๘) คือ ความรู้สึกพอใจของผู้สูงอายุต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล ซึ่งได้จากการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุขมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการใช้ศักยภาพส่วนบุคคล สร้างสรรค์พัฒนาตนเองและสังคม ให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุขจากแนวคิดจะประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านสัมพันธภาพกับสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อ ส่วนบุคคล (สุรินยา, ๒๕๕๖)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เหมาะสม ไม่เป็นภาระพึ่งพิงต่อผู้อื่น ไม่ก่อปัญหาในสังคม มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่มีความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคมสามารถแก้ไข ปัญหาตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ (รีนวงศ์, ๒๕๕๓)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพอใจในชีวิตด้านร่างกายและจิตใจสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ของร่างกายมีภาวะทางอารมณ์และสุขภาพจิตสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม (เจียนดอน, ๒๕๕๔)

การส่งเสริมผู้สูงอายุ

จากประกาศกฎบัตรออกดอกที่ประเทศแคนาดา ปี ๑๙๘๕ ได้บัญญัติว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” หรือ “HEALTH PROMOTION” หมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาด

ปรารถนาของตนเองสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย

การขาดจิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัยทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลีกเลียงจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญหรือเน้นให้การเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี (ไชยาพรและอาคมสุวรรณภู, ๒๕๕๐)

ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรอาศัยหลักการเดียวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ๕ ประการ ดังนี้ (กาศรีจันทร์, ๒๕๕๔)

๑. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีข้อตกลงทางสังคมร่วมกันรับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบาย ไม่ให้มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

๒. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมหรือนามธรรมสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกัน ต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุกมีความเข้าใจกัน ชุมชนก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุนั้นเองซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านและสิ่งที่อยู่อาศัยรอบ ๆ บ้าน ก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุอายุด้วยมีความอบอุ่นมีสุขภาพดีและปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในสังคมซึ่งสังคมไทยมีข้อดีกว่าประเทศอื่น ๆ ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ให้ความเคารพค้ำชูญาติผู้ใหญ่ต่อผู้สูงวัยปีประเพณีรดน้ำดำหัวรดน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

๓. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนจะต้องมีการรวมตัวกัน หรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์วางแผนดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัดเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ เช่น การฟันทะนั ฟังธรรม เป็นต้น

๔. พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่าง ๆ

๕. ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวมให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน

โดยในการศึกษานี้จะมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หลักการแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพประการที่ ๔ เป็นหลัก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะสุขภาพที่ได้จากการประเมินโดยตนเองเป็นอีกหนึ่งดัชนีที่ใช้กันแพร่หลายในการวัดสุขภาพโดยรวมว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมาก ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ และ พ.ศ. ๒๕๕๔ จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัยซึ่งพบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากลดลง ทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบท และยังผันแปรกับอายุและเพศ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีร้อยละที่ว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยและผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนผู้ที่ว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากต่ำกว่าผู้สูงอายุชายสัดส่วนประชากรสูงอายุที่ประเมินว่ามีสุขภาพดีจำแนกตามจังหวัดในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่าจังหวัดชุมพรและระนอง มีร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากสูงถึงกว่าร้อยละ ๖๐ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มปัจจัยทางชีวสังคม คือ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพหลักและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มปัจจัยนำ คือ ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ ความเชื่อ ความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดีและการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี กลุ่มปัจจัย เอื้อคือการมีและเข้าถึงสถานบริการต่างๆการมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขกลุ่มปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชน และชาวบ้านกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อาชีพหลักและสถานภาพสมรส กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความเชื่อความสามารถตนเอง

ในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี กลุ่มปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน (กรมสุขภาพจิต, แบบคัดกรองสุขภาพจิต, ๒๕๔๕) การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุไทยใน ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ จากการสำรวจพบว่า ระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่าปัจจัยกำหนดระดับวุฒิภาวะของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติและการออกกำลังกาย (กรมสุขภาพจิต, แบบคัดกรองสุขภาพจิต, ๒๕๔๕)

ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือและส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้แนวทางในการให้บริการวิชาการ โดยการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓)

การศึกษาถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับประเทศพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย คือ ภาค เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษาลักษณะความพิการ ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน อาชีพ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนและภาวะความยากจน (ฉายแสง, ๒๕๕๓)

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับทางด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม และร่างกายตามลำดับ พบว่า ด้านร่างกายควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการออกกำลังกาย ปลูกจิตสำนึกให้คนในครอบครัว บุตรหลาน มีความกตัญญูเอาใจใส่ ให้ความรักความอบอุ่น ด้านจิตใจควรส่งเสริมให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่เด็ก และเยาวชน ด้านสิ่งแวดล้อมควรจัดโครงการชุมชนน่าอยู่ การส่งเสริมชุมชนในการบริหารจัดการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สวนสาธารณะ ส้วมสำหรับผู้สูงอายุ (สุรินยา, ๒๕๕๖)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิดและมีความตระหนักต่อการแสดงบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ ความบกพร่องในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนร่วมคิดและร่วมดำเนินการกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลง ทั้ง ๔ ด้าน คือ ผู้สูงอายุรับรู้การแสดงบทบาทของครอบครัวในด้านร่างกาย รับรู้บทบาทครอบครัว ด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกาย ช่องปาก และจิตใจ อีกทั้งปัจจัยการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนา มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตและทางสังคม นอกจากนี้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์กับการมีเครือข่ายใน ชมรม (รินวงศ์, ๒๕๕๗)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ เพราะฉะนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั่นเอง (เจียนดอน, ๒๕๕๔)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก ๑๑ อ. ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๑) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอาหาร ๒) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านออกกำลังกาย ๓) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัย ๔) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอารมณ์ ๕) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอุจจาระและปัสสาวะ ๖) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอดิเรก ๗) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอบอุ่น ๘) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอากาศ ๙) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านแสงอาทิตย์ ๑๐) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอุบัติเหตุ ๑๑) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนาคตการศึกษา พบว่า การดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัย การควบคุมอารมณ์ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การทำงานอดิเรก การสร้างความอบอุ่นในครอบครัว การอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศเหมาะสมการสัมผัสกับแสงอาทิตย์ยามเช้า การป้องกันอุบัติเหตุและการวางแผนอนาคตอยู่ในระดับดีตามลำดับผู้สูงอายุตำบลมะค่าส่วนใหญ่มิพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก ๑๑ อ. อยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมด้านอดิเรกยังไม่เหมาะสมดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้ในการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุมีกิจกรรมยามว่างเป็นประโยชน์เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (สุวรรณภูณ, ๒๕๕๐)

บทความวิจัยการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตยด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการศึกษาเปรียบเทียบภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังก่อนและหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกครั้งพบว่า แนวโน้มภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างลดลง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ปราโมทย์ น้อยวัน, ๒๕๕๕)

สุขภาวะของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสินพบว่า สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางร่างกาย และสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก มีเพียงสุขภาวะด้านจิตใจที่อยู่ในระดับปานกลางและการพัฒนาสุขภาวะทั้ง ๔ ด้าน ควรมีการพัฒนาควบคู่ไปพร้อมกัน เนื่องจากสุขภาวะทุกด้านส่งผลต่อสุขภาวะด้านอื่น ๆ เช่นกัน โดยมีแรงสนับสนุนภายในที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์และแรงสนับสนุนจากภายนอกที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ครอบครัว บริการจากชมรมผู้สูงอายุและเพื่อสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งการพัฒนาความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ อันจะส่งผลให้ความรู้สึกเรื่องการเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมลดลง (แก้วใหญ่, ๒๕๕๕)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทพบว่า การให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนในการส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของ

ผู้สูงอายุและการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุนั้น หากผู้สูงอายุไม่รับรู้อาจไม่ช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรหาแนวทางให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนและเครือข่ายทางสังคมอย่างเหมาะสมเพื่อความพึงพอใจในชีวิตที่มากขึ้น (กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมผู้สูงอายุ, ๒๕๖๐)

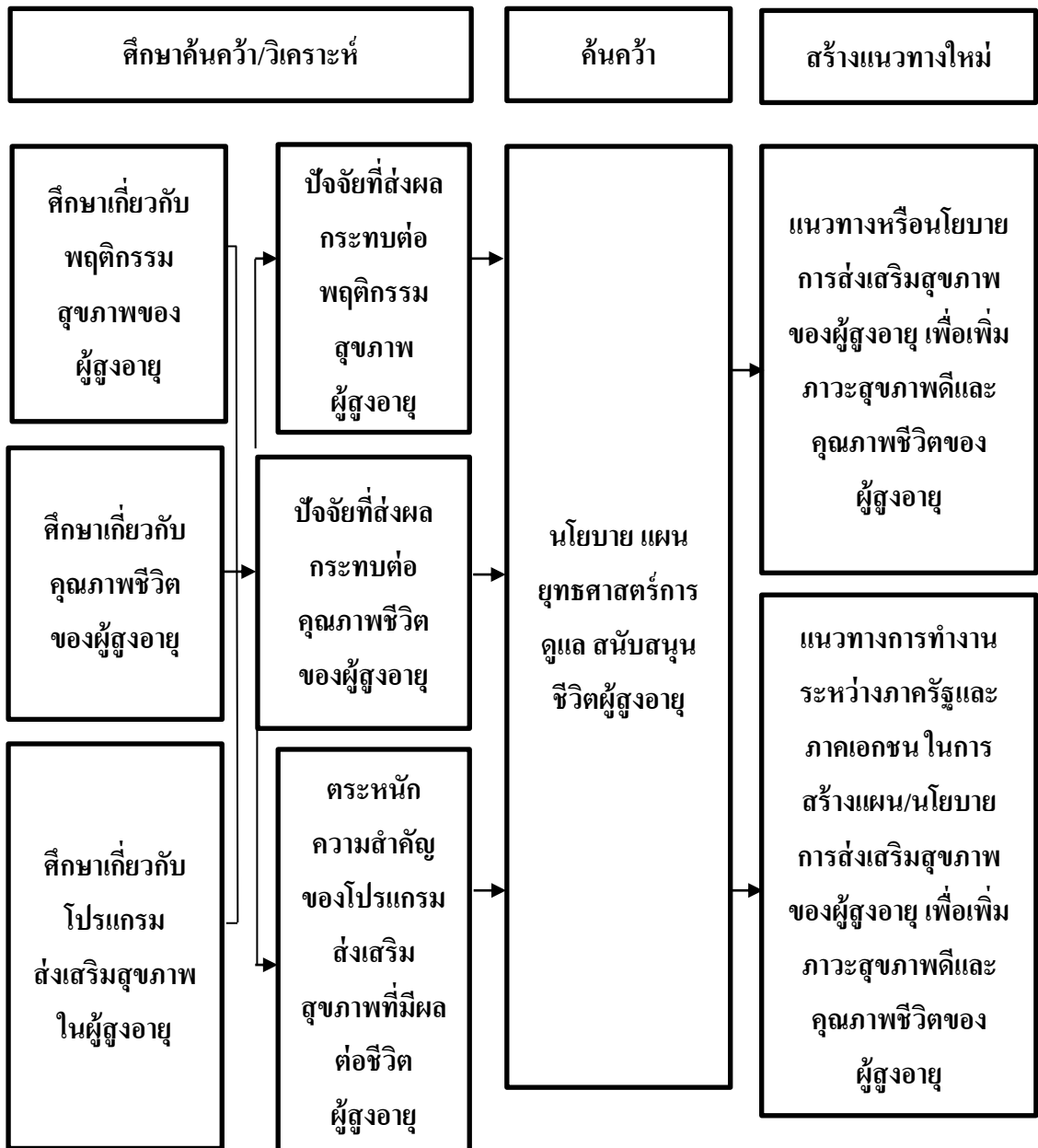
การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคการออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเพื่อสุขภาพและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ (มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, ๒๕๕๘)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยที่ครึ่งหนึ่งเป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัว มีสุขภาพช่องปากและการมองเห็นอยู่ในระดับดี มีการนอนหลับที่เพียงพอทุกคนไม่มีโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเกือบ ๑ ใน ๓ มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ ด้านสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โรคประจำตัว สุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อน สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม (ฉายแสง, ๒๕๕๓)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาเชิงรุกและคุณภาพชีวิตของคนในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับทั่วไปของการจัดการกลยุทธ์เชิงรุกที่รับมือได้ และมีคุณภาพโดยทั่วไปของชีวิตตอบสนองต่อความต้องการของการควบคุม และความสุขคนที่ปรับตัวมากขึ้นก็จะประสบความสำเร็จในระดับทั่วไปที่สูงขึ้นของคุณภาพชีวิตการควบคุมและความสุข ปัจจัยที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ประสบความสำเร็จของอาสาสมัครผู้สูงอายุเป็นครั้งแรกและสำคัญที่สุดคือทักษะการเชื่อมต่อการตั้งวัตถุประสงค์ตนเอง การริเริ่ม ความเพียรในการทำกิจกรรมและการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ของโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงตนเอง จะเป็นตัวชี้วัดที่มีประโยชน์ที่มีคุณภาพของชีวิตในวัยชรา การค้นหาการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการรับมือและที่เอื้อต่อการสวัสดิการของบุคคลก่อให้เกิดสัมพันธ์ในเชิงบวก (แสงประจักษ์สกุล, ๒๕๕๗)

มาตรวัดคุณภาพชีวิต คือ คุณภาพชีวิตลดลงภาวะซึมเศร้า การรับรู้สถานการณ์ทางการเงิน ข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย ความยากลำบากกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการจำกัดการเจ็บป่วยที่ยาวนาน คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยความสัมพันธ์ไว้วางใจกับครอบครัวและเพื่อน อธิบายการเปลี่ยนแปลงมีความแตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างกลุ่มอายุและระหว่างชายและหญิง ความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพชีวิตในวัยชราต้องอยู่กับความยากลำบากทางการเงิน หน้าที่จำกัด โรคความสัมพันธ์และไม่สามารถที่จะย้ายออกจากพื้นที่ใกล้เคียงปัจจัยเหล่านี้จะถูกควบคุม (จำวงษ์, ๒๕๕๔)

กรอบแนวคิดของการวิจัย



สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้กล่าวมาข้างต้นในเรื่องของแนวคิดทฤษฎีผู้สูงอายุ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม คุณภาพชีวิต ศูนย์การเรียนรู้ และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เห็นถึงความสอดคล้องและสรุปได้ว่าการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีนั้น ผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพดีทั้งกายและใจอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกล่าวคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้บุคคลที่ต้องเลี้ยงดู ลักษณะการพักอาศัยการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับ ภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI มาใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ (บ้านพักคนชรา) เพื่อสุขภาวะที่ดี รายละเอียด ดังนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยทั้งในเชิงเอกสาร (Documentary Research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีรายละเอียดดังนี้

๑. การศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research)

ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑.๑ ทำการศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้ง หนังสือ รายงานการวิจัย บทความวิชาการ และเอกสารอื่น ๆ ที่น่าเชื่อถือได้ โดยอาศัยแนวคิดในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๒ ทำการศึกษวิเคราะห์กระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๓ วิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางอารมณ์

๑.๔ สรุปผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นแนวคิด หลักการ ความเป็นมาองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

๒. การศึกษาในภาคสนาม (Field Study)

เพื่อทราบถึงแนวคิด หลักการกระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนในการศึกษาดังนี้

๒.๑ กำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายในการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสำรวจจาก ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จังหวัดกรุงเทพฯ

๒.๒ ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key-informant) ทั้งนี้เพื่อพิจารณาถึงกระบวนการและรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

๒.๓ ดำเนินการศึกษาวเคราะห์ถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๔ ถอดองค์ความรู้การจัดการรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๕ สรุปผลการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะทั้งในระดับนโยบาย องค์กร ชุมชน และระดับบุคคล

พื้นที่ดำเนินการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

๑. พื้นที่ดำเนินการวิจัย

พื้นที่ในการวิจัย โดยการคัดเลือกพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ในบ้านพักคนชรา

๒. กลุ่มประชากรในการการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

คือ ผู้สูงอายุ จำนวน ๔๐ คน

๓. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย

๑. ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จำนวน ๑ คน

๒. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๑ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาสถานการณ์อุบัติการณ์ของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วย

๑. แบบสำรวจ

สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ แบบ เลือกรายการ (check list) และเติมคำ โดยแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ความเข้าใจสถานะสุขภาพ ประวัติการออกกำลังกาย

ส่วนที่ ๒ สภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๓ ความต้องการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

๒.แบบสัมภาษณ์

โดยดำเนินการออกแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม สัมภาษณ์โดยไม่ใช้แบบสัมภาษณ์ หรือแบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured Interview)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๒. ติดต่อประสานงานกับผู้บริหารบ้านพักคนชรา เพื่อกำหนดวัน เวลา ในการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ และกำหนดวัน เวลา ในการสำรวจและการสัมภาษณ์
๓. ดำเนินงานจัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินกิจกรรมการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
๔. ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย
๕. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์ผลการสำรวจ ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย
๖. กำหนดกิจกรรมการดำเนินการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ
๗. ดำเนินการจัดกิจกรรมในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นต้นแบบ
๘. สรุปผลการดำเนินการจัดกิจกรรมในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
๙. ดำเนินการวิเคราะห์รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ

๑๐. ถอดองค์ความรู้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ เพื่อนำเสนอแนะแนวทางใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดยการนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ มาจัดหมวดหมู่ แยกประเด็น และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ร่วมกับพิจารณาความสอดคล้องกับสถานการณ์พื้นที่และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุปและเรียบเรียงผลการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการศึกษาในรูปแบบการบรรยายและวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยการหาค่าร้อยละ และรายงานผลการศึกษาในรูปแบบพรรณนาความ

สรุป

ผู้วิจัยออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการ ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง นำแบบสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพไปยังเป้าหมายกลุ่มประชากร ทำการศึกษาวิเคราะห์กระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางอารมณ์ สรุปผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นแนวคิด หลักการ ความเป็นมาองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยแนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

ตารางที่ ๔ - ๑ จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
๑. เพศ		
ชาย	๒๐	๔๓.๕%
หญิง	๒๖	๕๖.๕%
๒. อายุ		
๖๐ - ๖๙ ปี	๑๘	๓๙.๑%
๗๐ - ๗๙ ปี	๒๘	๖๐.๙%
๓. สถานภาพสมรส		
โสด	๑๐	๒๑.๓%
สมรส	๒๒	๔๖.๘%
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	๑๔	๓๐.๕%
๔. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	๒	๔.๓%
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	๑๓	๒๘.๒%
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	๑๕	๓๒.๖%
อนุปริญญา	๑๐	๒๑.๓%
ปริญญาตรี	๖	๑๓.๒%
สูงกว่าปริญญาตรี	๐	๐%

ตารางที่ ๔ - ๑ จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามปัญหาและความต้องการ
การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
๕. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๑๐	๒๑.๗%
เกษตรกรกรรม	๓	๖.๕%
รับจ้างทั่วไป	๔	๘.๘%
ค้าขาย	๗	๑๕.๒%
ธุรกิจส่วนตัว	๐	๐%
ข้าราชการบำนาญ	๒๒	๔๗.๘%
๖. รายได้		
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	๒๗	๕๘.๘%
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	๑๐	๒๑.๗%
เพียงพอ มีหนี้สิน	๗	๑๕.๒%
เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	๒	๔.๓%
๗. ความคิดเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง		
ไม่แข็งแรง	๑๑	๒๓.๕%
พอใช้ได้	๑๖	๓๔.๘%
แข็งแรงดี	๕	๑๑.๖%
แข็งแรงดีมาก	๑๐	๒๑.๗%
แข็งแรงดีเยี่ยม	๐	๐%
๘. สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเดียวกัน		
แย่กว่าเพื่อนวัยเดียวกัน	๑๔	๓๐.๔%
เท่ากับเพื่อนวัยเดียวกัน	๑๕	๓๒.๖%
ดีกว่าเพื่อนวัยเดียวกัน	๑๗	๓๗.๐%

ตารางที่ ๔ - ๑ จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามปัญหาและความต้องการ
การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
๘. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	๐	๐%
มีโรคประจำตัว	๔๖	๑๐๐%
ประเภทโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า ๑ คำถาม)		
เบาหวาน	๑๕	๓๒.๖%
ความดันโลหิตสูง	๑๒	๒๖.๑%
ไขมันในเส้นเลือดสูง	๑๐	๒๑.๓%
ข้อเข่าเสื่อม	๓	๖.๕%
ไต	๒	๔.๓%
ภูมิแพ้ากาศ	๑	๒.๒%
เก๊าท์	๑	๒.๒%
มะเร็ง	๑	๒.๒%
โรคกระเพาะ/กรดไหลย้อน	๑	๒.๒%
โรคตับ	๑	๒.๒%
๑๐. การออกกำลังกาย		
ไม่มีการออกกำลังกาย	๓	๖.๕%
มีการออกกำลังกาย	๔๓	๙๓.๕%
เดิน	๑๓	๒๙.๓%
แกว่งแขน	๑๑	๒๔%
ยี่ดเหยียด	๕	๑๑.๖%
ปั่นจักรยาน	๔	๘.๗%
แอโรบิค	๒	๔.๓%
ฮูลาฮูป	๑	๒.๒%
ไทเก๊ก	๑	๒.๒%
โยคะ	๑	๒.๒%
กระโดดเชือก	๑	๒.๒%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๖

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จำนวน ๔๖ คน ร้อยละ ๔๓.๕ เป็นเพศชาย และ เพศหญิง ๕๖.๕ มีอายุ ๖๐-๗๕ ปี เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (๖๐-๖๕ ปี) ร้อยละ ๓๕.๑ และร้อยละ ๖๐.๕ เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (๗๐ - ๗๕ ปี) สำหรับสถานภาพสมรส ร้อยละ ๔๗.๘ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ ๒๑.๗ มีสถานภาพโสด และผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายแยกกันอยู่ ร้อยละ ๓๐.๕ ผู้สูงอายुर้อยละ ๓๒.๖ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ ๔.๓ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๔๒.๘ ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ ๒๐.๗ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๘.๘ รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ร้อยละ ๕๘.๘ รายได้เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ ๔.๓ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพตนเองที่พอใช้ได้

ตารางที่ ๔ - ๒ ลำดับสภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ	ลำดับที่
ด้านร่างกาย	
เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง	๑
เป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ เช่น ปวดเอว ปวดหลัง ปวดขา ปวดข้อเข่า เหน็บชา	๒
ปัญหาการใช้ยานพาหนะ เช่น ไม่มั่นใจในการขับรถยนต์ ปัญหาด้านสายตา	๓
ด้านสังคม	
ปัญหาครอบครัว เช่น อยู่คนเดียว ญาติพี่น้องไม่สนใจ	๑
ปัญหาการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน	๒
ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร เช่น ไม่มีโทรศัพท์ หรือ โทรศัพท์ไม่มีอินเทอร์เน็ต	๓
ด้านทางใจ	
ปัญหาความเครียด วิตกกังวล เช่น กังวลเรื่องอนาคตตนเอง	๑
ปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น เบื่อชีวิตประจำวันทำซ้ำ ๆ	๒
ปัญหาการหลงลืม เช่น จำไม่ค่อยได้ หลงลืมบ่อย ๆ	๓
ด้านสิ่งแวดล้อม	
ปัญหาสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น รกรุงรัง ขยะเยอะ ฝุ่นเยอะ	๑
ปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ไม่ถ่ายเท ลื่น	๒
ปัญหาสภาพห้องพัก เช่น ไม่มีมมพนักนอน	๓

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๖

จากตารางที่ ๔ - ๒ สภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย พบว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ เช่น ปวดเอว ปวดหลัง ปวดขา ปวดข้อเข่า เหน็บชา ปัญหาการใช้ยานพาหนะ เช่น ไม่มั่นใจในการขับรถยนต์ ปัญหาด้านสายตา ด้านสังคม พบว่า ปัญหาครอบครัว เช่น อยู่คนเดียว ญาติพี่น้องไม่สนใจ ปัญหาการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร เช่น ไม่มีโทรศัพท์ หรือ โทรศัพท์ไม่มีอินเทอร์เน็ต ด้านทางใจ พบว่า ปัญหาความเครียด วิตก กังวล เช่น กังวลเรื่องอนาคตตนเอง ปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น เบื่อชีวิตประจำวัน ทำซ้ำ ๆ ปัญหาการหลงลืม เช่น จำไม่ค่อยได้ หลงลืมบ่อย ๆ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัญหาสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น รกรุงรัง ขยะเยอะ ฝุ่นเยอะ ปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ไม่ถ่ายเท ลื่น ปัญหาสภาพห้องพัก เช่น ไม่มีมมพักผ่อน

ตารางที่ ๔ - ๓ ลำดับความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ	ลำดับที่
ด้านร่างกาย	
การดูแลรักษาโรค	๑
การออกกำลังกาย	๒
การประกอบอาชีพ	๓
ด้านสังคม	
การจัดการปัญหาการเงิน	๑
การจัดการปัญหาการเดินทาง	๒
การจัดการปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร	๓
ด้านทางใจ	
การจัดการปัญหาความเครียด วิตก กังวล เช่น มีคนตรีฟัง	๑
การจัดการปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น มีกิจกรรมในบ้าน	๒
การจัดการปัญหาการหลงลืม เช่น กิจกรรมฝึกสมอง	๓
ด้านสิ่งแวดล้อม	
การจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น ทำความสะอาด	๑
การจัดการปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ทำความสะอาดบ่อยขึ้น มีราวจับ	๒
การจัดการปัญหาสภาพห้องพัก เช่น มีต้นไม้ มุมนั่งเล่น	๓

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๖

จากตารางที่ ๔ - ๓ ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ด้านร่างกาย การดูแลรักษาโรค การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพ ด้านสังคม การจัดการปัญหาการเงิน การจัดการปัญหาการเดินทาง การจัดการปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านทางใจ การจัดการปัญหา ความเครียด วิตกกังวล เช่น มีคนตรีฟัง การจัดการปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น มีกิจกรรมในบ้าน การจัดการปัญหาการหลงลืม เช่น กิจกรรมฝึกสมอง ด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการสภาพแวดล้อมที่ บ้าน เช่น ทำความสะอาด การจัดการปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ทำความสะอาดบ่อขี้ฉี่ มีราวจับ การจัดการปัญหาสภาพห้องพัก เช่น มีต้นไม้ มุมนั่งเล่น

จากสภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นในการตระหนักถึงการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุจะต้องสอดคล้อง เชื่อมโยงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ

กระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๑. กระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

ต้นแบบของกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้
ขั้นที่ ๑ การกำหนดปัญหา โดยมีกระบวนการกำหนดปัญหา ดังนี้

๑. ศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จากการศึกษาปัญหาพบว่า ผู้สูงอายุบางส่วน พยายามทำร้ายตัวเองด้วยการฆ่าตัวตาย แต่ไม่สำเร็จ จากการสืบค้นข้อมูลสอบถามข้อมูลย้อนหลัง จากการคาดการณ์คิดว่าสาเหตุอาจจะเกิดจากความน้อยใจในชีวิตความเป็นอยู่ ไม่มีญาติพี่น้องดูแล หรือมาเยี่ยมเยียน ซึ่งจากการศึกษาสภาพปัญหาพบว่า มีปัญหาด้านชีวิตความเป็นอยู่ปัญหา ครอบครัวยุ ปัญหาสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับการคาดการณ์ดังกล่าว

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา กล่าวว่า “ในปี ๒๕๖๒ ผู้สูงอายุ ในบ้านพักคนชราพยายามทำร้ายตัวเองด้วยการฆ่าตัวตาย แต่ไม่สำเร็จ ผู้สูงอายุที่ทำร้ายตัวเองด้วยการฆ่าตัวตายเป็นผู้หญิงอายุ ๘๕ ปี จากการคาดการณ์คิดว่าสาเหตุอาจจะเกิดจากความน้อยใจในชีวิตความเป็นอยู่ ไม่มีญาติพี่น้องดูแลหรือมาเยี่ยมเยียน หลังจากนั้นไม่มีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้น จนกระทั่งในปี ๒๕๖๔ มีผู้สูงอายุทำร้ายตัวเองด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นผู้หญิงอายุ ๖๕ ปี คาดว่าเกิด ความเครียด ปัญหาการเงิน และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นใน ๒๕๖๔ บ้านพักคนชราได้ เตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับเรื่องการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุในบ้านพัก โดยมีเจ้าหน้าที่ใน บ้านพักคนชราได้มีการเตรียมการป้องกันและรับมือสถานการณ์การทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุอีกครั้ง”

๒. การป้องกันและรับมือกับสถานการณ์ เจ้าหน้าที่ในบ้านพักคนชราได้มีการ เตรียมการป้องกันและรับมือกับสถานการณ์การทำร้ายตัวเองของผู้สูงอายุ โดยการรณรงค์

จัดกิจกรรมเชิงรุกให้กับผู้สูงอายุ การรำไม้พลอง เปตอง เพื่อหาทางป้องกันเหตุที่จะเกิดขึ้น มีการจัดการแข่งขันและมีรางวัลมอบให้เป็นแรงจูงใจเพิ่มคุณค่าในตนเอง เพื่อหาทางป้องกันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

๓. หาสาเหตุที่แท้จริง เมื่อศึกษาผู้สูงอายุที่พยายามทำร้ายตัวเอง ทุกภาคส่วนจึงได้ระดับแนวคิดเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง โดยจากข้อมูลที่ศึกษาสาเหตุการทำร้ายตัวเอง พบว่า ปัญหาหลักคือเรื่อง ปัญหาทางจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ความคิด เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่ทำลายความสุขของผู้สูงอายุมากที่สุด ส่วน โรคอื่น ๆ และความยากจน คือ เหตุผลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางด้านร่างกาย ในเรื่องความเหงา เดียวดาย ความอ้างว้าง เมื่อต้องถูกทิ้งให้ต้องอยู่คนเดียว เป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจและก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวว่า “ตนเองอยากการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุ ในส่วนตัวไม่อยากจะเกิดขึ้นเลยเพราะน่าเศร้าใจ เหตุที่เกิดขึ้นครั้งก่อนอยากให้เป็นครั้งสุดท้ายที่จะเกิดขึ้น เพราะสิ่งเหล่านี้สามารถป้องกันได้และผู้สูงอายุจะสามารถให้คุณค่าแก่ตนเองได้ว่าจะสร้างประโยชน์ ความดีงามกับลูกหลาน ประเทศชาติบ้านเมืองอย่างมากมาย ได้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า ไม่ควรที่จะต้องมาเผชิญหน้ากับปัญหาของโรคซึมเศร้าอย่างเดี๋ยวเดียวอีกต่อไป”

ขั้นที่ ๒ หาแนวทางแก้ไขปัญหา จากสาเหตุของปัญหาดังกล่าว จึงศึกษาหาวิธีการป้องกันโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวลำพังเป็นเวลานาน โดยจะมีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน ใช้เวลาด้วยกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีช่วงเวลาที่ผ่อนคลาย รวมการส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ ดนตรี กีฬา การออกกำลังกาย พุดคุยกับคนอื่น ๆ มากขึ้น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีช่วงเวลาที่ให้ผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวในอดีตของตัวเองแสดงความสามารถของตนเองที่เคยทำได้ หรือที่มีอยู่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการใช้ชีวิตกับสังคมและคนรอบ ๆ กาย และสรุปได้ว่า แนวคิดการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้

ขั้นที่ ๓ จัดตั้งโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ
จากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จึงจัดตั้งกิจกรรมชื่อว่า กิจกรรมพาเพลินส่งเสริมสุขภาพดีวัยเก๋า โดยใช้สถานที่บ้านพักคนชราเป็นสถานที่ทำกิจกรรม กำหนดสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

ขั้นที่ ๔ ดำเนินการบริหารจัดการกิจกรรม

๑. กำหนดทิศทางและรูปแบบกิจกรรม เจ้าหน้าที่ได้ร่วมกันประชุมปรึกษาหารือ โดยตั้งคำถามต่าง ๆ ว่า กิจกรรมจะเป็นอย่างไร มาจากไหน รูปแบบเป็นอย่างไรใครจะเป็นผู้สอน และงบประมาณจะมาจากที่ไหน

๒. กำหนดคำขวัญ จากการประชุมปรึกษาหารือ ได้มีการกำหนด คำขวัญ ๒ ประโยค คือ “**รุ่นเก่าใจเก่า ชราเราเข้มแข็ง**”

๓. กำหนดรายละเอียดโครงการกิจกรรมผู้สูงอายุที่ส่งเสริมสุขภาพ จากผลการวิจัยของ พัชรภรณ์ พัฒนะ (พัฒนะ, ๒๕๖๑) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพชุมชนและผู้สูงอายุให้สามารถมีคุณภาพที่ดี ควรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของกิจกรรมเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้

๓.๑ โครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

องค์ประกอบกิจกรรม ได้แก่ มีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการกิจกรรมให้เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ กำหนดกรอบความคิดในการจัดกิจกรรม โดยกำหนดกิจกรรม สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ครั้งละ ๓ ชั่วโมง ทั้งหมด ๑๐ ครั้ง

การพัฒนากิจกรรม ได้แก่ สร้างหัวข้อกิจกรรม โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานคือ ความต้องการ ความจำเป็น และปัญหาทางสังคม ตลอดจนนโยบายทางภาครัฐแผนยุทธศาสตร์

การประเมินกิจกรรม ได้แก่ สิ่งที่มีอยู่ก่อน มีการสร้างกิจกรรมขึ้นเพื่อตอบโจทย์ปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ดูแล เจ้าหน้าที่กับผู้สูงอายุ และผลที่ได้รับ เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ

๓.๒ การจัดการรายละเอียดกิจกรรม โครงการกิจกรรมผู้สูงอายุที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบการจัดกิจกรรม มีหลักการจัดการให้ความรู้โดยเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมมีความยืดหยุ่น เรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้จากประสบการณ์จริงจากผู้สอน ใช้ภาษาสื่อสารเข้าใจง่าย

๓.๓ รูปแบบรายละเอียดของกิจกรรม แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย เพื่อเสริมสร้างให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี สุขภาวะทางใจเพื่อสร้างเสริมจิตใจให้มีความสุข สุขภาวะทางสังคมเพื่อสร้างสังคมให้มีสุขภาพ และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่ดีมีสุขภาพ

๓.๔ รูปแบบการจัดการให้ความรู้ แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย เน้นการพัฒนาความรู้ด้านร่างกาย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตตัวเอง เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง สุขภาวะทางใจเน้นการพัฒนาความรู้ด้านจิตใจ สร้างสุขให้เกิดขึ้น

สุขภาพทางสังคมเน้นการเข้าใจการเป็นอยู่ร่วมกัน กิจกรรมพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นและสุขภาพสิ่งแวดล้อม เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมในแบบที่ตนเองต้องการ

ขั้นที่ ๕ การจัดกิจกรรม ตัวอย่างการจัดกิจกรรม ดังนี้

ตัวอย่างการจัดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการกิจกรรมพาเพลินส่งเสริมสุขภาพดีวัยเก๋า

๒. ที่มาและความสำคัญ

จากสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราพบว่า สภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย พบว่า เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ เช่น ปวดเอว ปวดหลัง ปวดขา ปวดข้อเข่า เหน็บชา ปัญหาการใช้ยานพาหนะ เช่น ไม่มั่นใจในการขับรถยนต์ ปัญหาด้านสายตา ด้านสังคม พบว่า ปัญหาครอบครัว เช่น อยู่คนเดียว ญาติพี่น้องไม่สนใจ ปัญหาการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร เช่น ไม่มีโทรศัพท์หรือ โทรศัพท์ไม่มีอินเทอร์เน็ต ด้านทางใจ พบว่า ปัญหาความเครียด วิตก กังวล เช่น กังวลเรื่องอนาคตตนเอง ปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น เบื่อชีวิตประจำวันทำซ้ำ ๆ ปัญหาการหลงลืม เช่น จำไม่ค่อยได้ หลงลืมบ่อย ๆ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัญหาสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น รกรุงรัง ขยะเยอะ ฝุ่นเยอะ ปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ไม่ถ่ายเท ลื่น ปัญหาสภาพห้องพัก เช่น ไม่มีมมพัดผ่อน ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ด้านร่างกาย การดูแลรักษาโรค การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพ ด้านสังคม การจัดการปัญหาการเงิน การจัดการปัญหาการเดินทาง การจัดการปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านทางใจ การจัดการปัญหาความเครียด วิตก กังวล เช่น มีคนตรีฟัง การจัดการปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น มีกิจกรรมในบ้าน การจัดการปัญหาการหลงลืม เช่น กิจกรรมฝึกสมอง ด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น ทำความสะอาด การจัดการปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ทำความสะอาดบ่อยขึ้น มีราวจับ การจัดการปัญหาสภาพห้องพัก เช่น มีต้นไม้ มุมนั่งเล่นจากสภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นในการตระหนักถึงการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุจะต้องสอดคล้องเชื่อมโยงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านทางร่างกาย ทางใจ ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

๒. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง

๓. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบองค์รวม

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา

ระยะเวลา

๓ ชั่วโมง ต่อ ครั้ง ทั้งหมดจำนวน ๑๐ ครั้ง

รูปแบบการจัดกิจกรรม

เป็นการให้ผู้สูงอายุเป็นจุดศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ โดยการบรรยายแบบให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ/สาธิต (Demonstration & Workshop)

เนื้อหากิจกรรม**สุขภาวะทางกาย**

๑. การให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหารให้ถูกต้องหลักโภชนาการและเหมาะสมต่อโรค
๒. การให้ความรู้การออกกำลังกายให้เหมาะสมตามวัย
๓. การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกาย

สุขภาวะทางใจ

๑. คนตรีบำบัด
๒. เต็นท์ลึกลับ
๓. เสริมสร้างคุณค่าทางจิตใจ รู้จักคุณค่าในตัวเอง

สุขภาวะทางสังคม

๑. กิจกรรมกระชับความสัมพันธ์กับผู้อื่น
๒. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางความคิด

สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม

๑. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่
๒. สะท้อนความคิดเห็นต่อองค์กรในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

สื่ออุปกรณ์

ใช้ภาพ คลิปวิดีโอ สไลด์ สื่อให้ความรู้

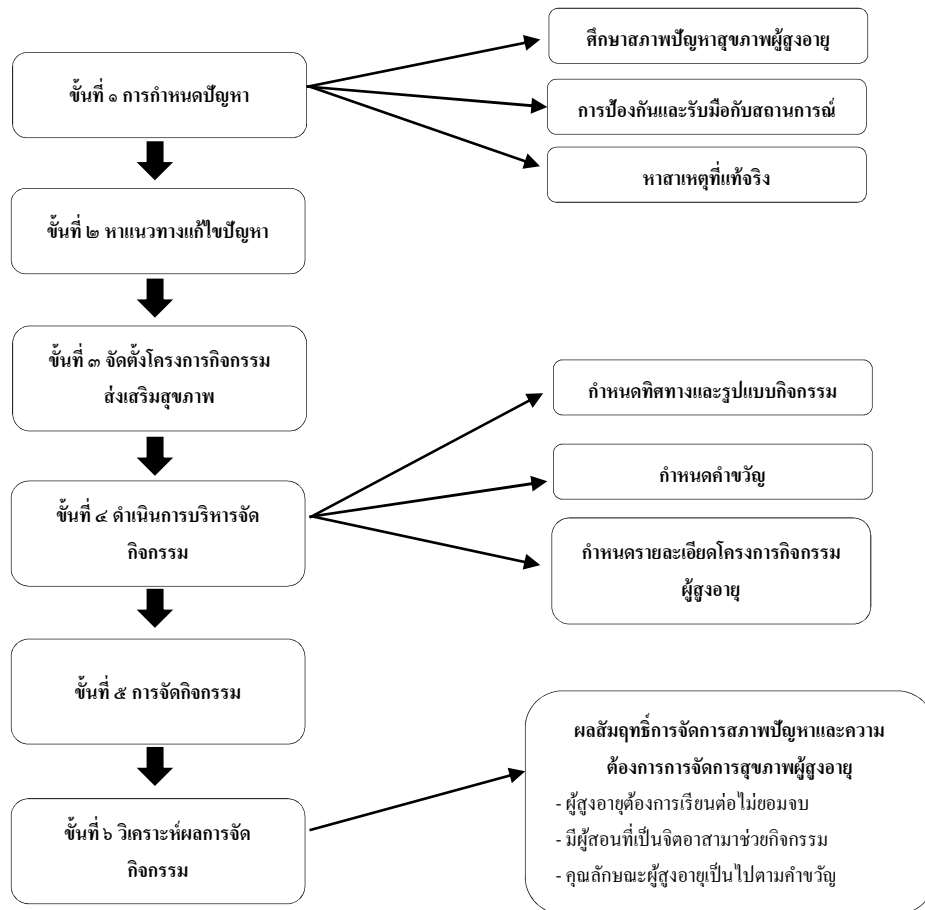
ขั้นที่ ๖ วิเคราะห์ผล**ผลสัมฤทธิ์การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้**

๑. เมื่อดำเนินการจัดกิจกรรม ผู้สูงอายุต้องการให้มีกิจกรรมต่อไม่ยอมจบ
๒. มีผู้สอนที่เป็นจิตอาสาเข้ามาช่วยงานกิจกรรมมากขึ้น
๓. ผู้สูงอายุเป็นไปตามคำขวัญ “รุ่นเก่าใจเก่า ชราเราเข้มแข็ง” จากการบอกเล่าของเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุเปลี่ยนไป มีความสุขมากขึ้น รอคอยกิจกรรม ใช้ชีวิตกับผู้อื่นมากขึ้น ไม่โดดเดี่ยว

ดังนั้น แนวคิดและการดำเนินงานกิจกรรมตามโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบองค์รวม สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ที่ครอบคลุม ทั้ง ๔ ด้าน กาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพที่เข้มแข็ง มีความสามารถ มีประสบการณ์และมีความสำเร็จในการเงิน กิจกรรมสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสังคมที่เกิดขึ้นในทุกพื้นที่ในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป กระบวนการจัดการสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุได้ดำเนินการตามแผนภาพ ดังนี้

แผนภาพที่ ๔ - ๑ กระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๖

จากแผนภาพที่ ๔ - ๑ กระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพและความต้องการ
การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เริ่มจากการกำหนดปัญหา ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับ
ผู้สูงอายุ แล้วหาแนวทางป้องกันและรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้
จึงต้องหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา แล้วหากแนวทางแก้ไขปัญหานั้นถูกต้อง การดำเนินงานการ
บริหารจัดการกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา โดยการกำหนดทิศทางและรูปแบบกิจกรรมในการแก้ไขปัญห
รวมทั้งกำหนดค่าขวัญเพื่อเป็นเข็มทิศในการบริหารจัดการกิจกรรม มีการกำหนดรายละเอียดโครงการ
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ผลการจัดกิจกรรมประสบ
ผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบกระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ มีกระบวนการตามขั้นตอน
ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ ๑ ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยใช้กระบวนการสำรวจถึงสภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการสุขภาพ
ผู้สูงอายุโดยตรง ทั้งสุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางสิ่งแวดล้อม
เพื่อให้การจัดการสุขภาพที่ตรงต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง รวมทั้งสภาพปัญหา
ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่นั้น ๆ

ขั้นที่ ๒ หาสาเหตุของสภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่แท้จริง

เป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นที่เป็นต้นเหตุที่แท้จริง ดังกรณีที่มี
ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราพยายามทำร้ายตัวเองด้วยการฆ่าตัวตาย แต่ไม่สำเร็จ คาดการณ์คิดว่า
สาเหตุอาจจะเกิดจากความน้อยใจในชีวิตความเป็นอยู่ ไม่มีญาติพี่น้องดูแลหรือมาเยี่ยมเยียน แต่เมื่อ
แก้ปัญหาโดยการจัดกิจกรรมรำไม้พลอง เปตอง แต่ปรากฏว่ายังมีผู้สูงอายุทำร้ายตัวเองอีก
จึงร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง พบว่า ปัญหาเกิดจากจิตใจที่ผู้สูงอายุโดดเดี่ยว จึงอาจเกิด
โรคซึมเศร้า เป็นต้น

ขั้นที่ ๓ หาแนวทางแก้ไขปัญหสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อค้นพบสาเหตุที่แท้จริงแล้ว จึงต้องหาแนวทางในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่าง
แท้จริง ซึ่งในการหาแนวทางต้องร่วมกันวิเคราะห์หาทางแก้ไขปัญหหลายแนวทาง และเลือก
แนวทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังกรณีปัญหาที่เกิดขึ้นในบ้านพักคนชรา เมื่อแนวทาง

ในการแก้ไขปัญหาโดยการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ไม่สามารถแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุพยายามทำร้ายตัวเองได้ จึงหาแนวทางใหม่ โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพขึ้น

ขั้นที่ ๔ กำหนดทิศทาง รูปแบบกิจกรรม คำขวัญ

ในขั้นตอนนี้จากผลการวิจัย ในการแก้ไขปัญหาที่คืบคลาน จะต้องมีการกำหนดทิศทางของการแก้ไขปัญหาให้ชัดเจน พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพชุมชนและผู้สูงอายุให้สามารถมีคุณภาพที่ดี ควรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของกิจกรรมเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ โดยกำหนดทิศทางและรูปแบบกิจกรรม เจ้าหน้าที่ได้ร่วมกันประชุมปรึกษาหารือโดยตั้งคำถามต่าง ๆ ว่า กิจกรรมจะเป็นอย่างไร มาจากไหน รูปแบบเป็นอย่างไร ใครจะเป็นผู้สอน และงบประมาณจะมาจากที่ไหน มีการกำหนดคำขวัญ เพื่อเป็นเข็มทิศในการดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง และให้เกิดสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด

ขั้นที่ ๕ จัดตั้งโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยเลือกแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากสภาพจิตใจ แต่ปรากฏว่า สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้ง ๔ ด้านดังกล่าว

ขั้นที่ ๖ การกำหนดรายละเอียดโครงการกิจกรรมผู้สูงอายุ

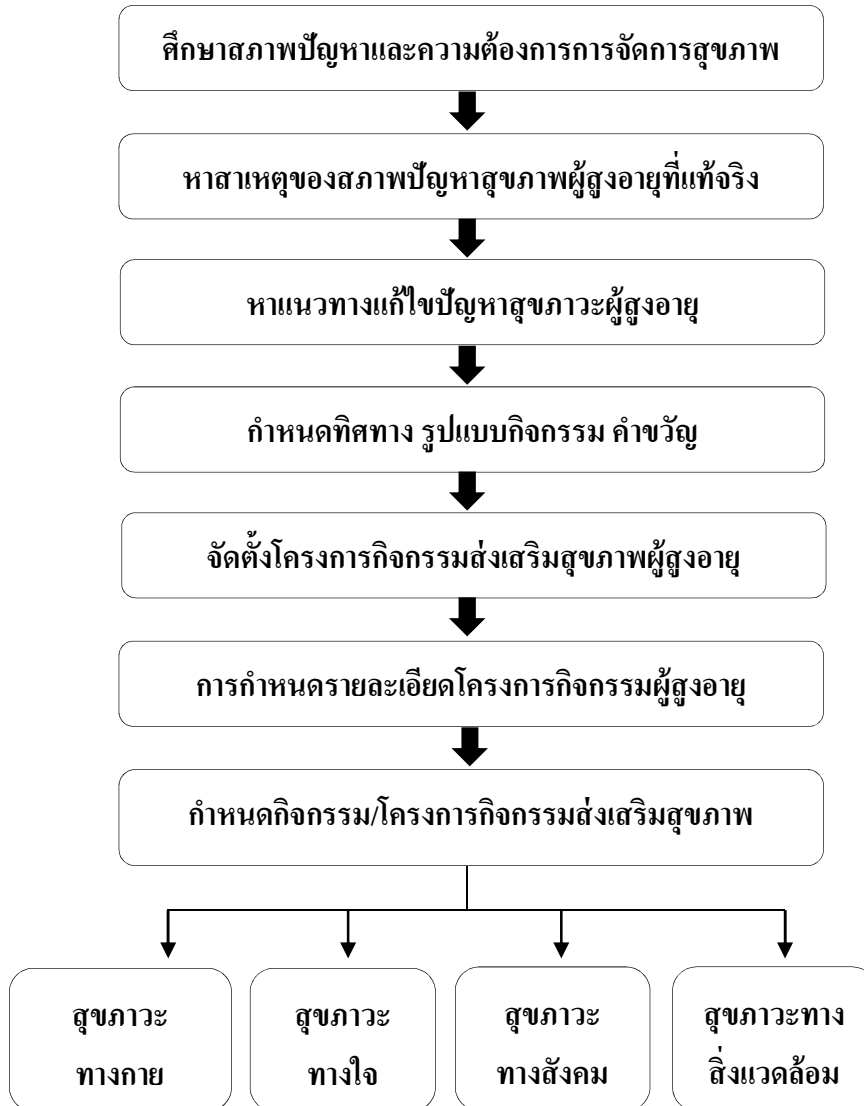
รูปแบบรายละเอียดของกิจกรรม แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย: เพื่อเสริมสร้างให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี สุขภาวะทางใจ: เพื่อสร้างเสริมจิตใจให้มีความสุข สุขภาวะทางสังคม: เพื่อสร้างสังคมให้มีสุขภาพ และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่ดีมีสุขภาพรูปแบบการจัดการให้ความรู้ แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย: เน้นการพัฒนาความรู้ด้านร่างกาย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตตัวเอง เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง สุขภาวะทางใจ: เน้นการพัฒนาความรู้สึกด้านจิตใจ สร้างสุขให้เกิดขึ้น สุขภาวะทางสังคม: เน้นการเข้าใจการเป็นอยู่ร่วมกัน กิจกรรมพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่น และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมในแบบที่ตนเองต้องการ

ขั้นที่ ๗ กำหนดกิจกรรม/โครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ในขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรม/โครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังแผนภาพดังนี้

แผนภาพที่ ๔ - ๒ รูปแบบกระบวนการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ



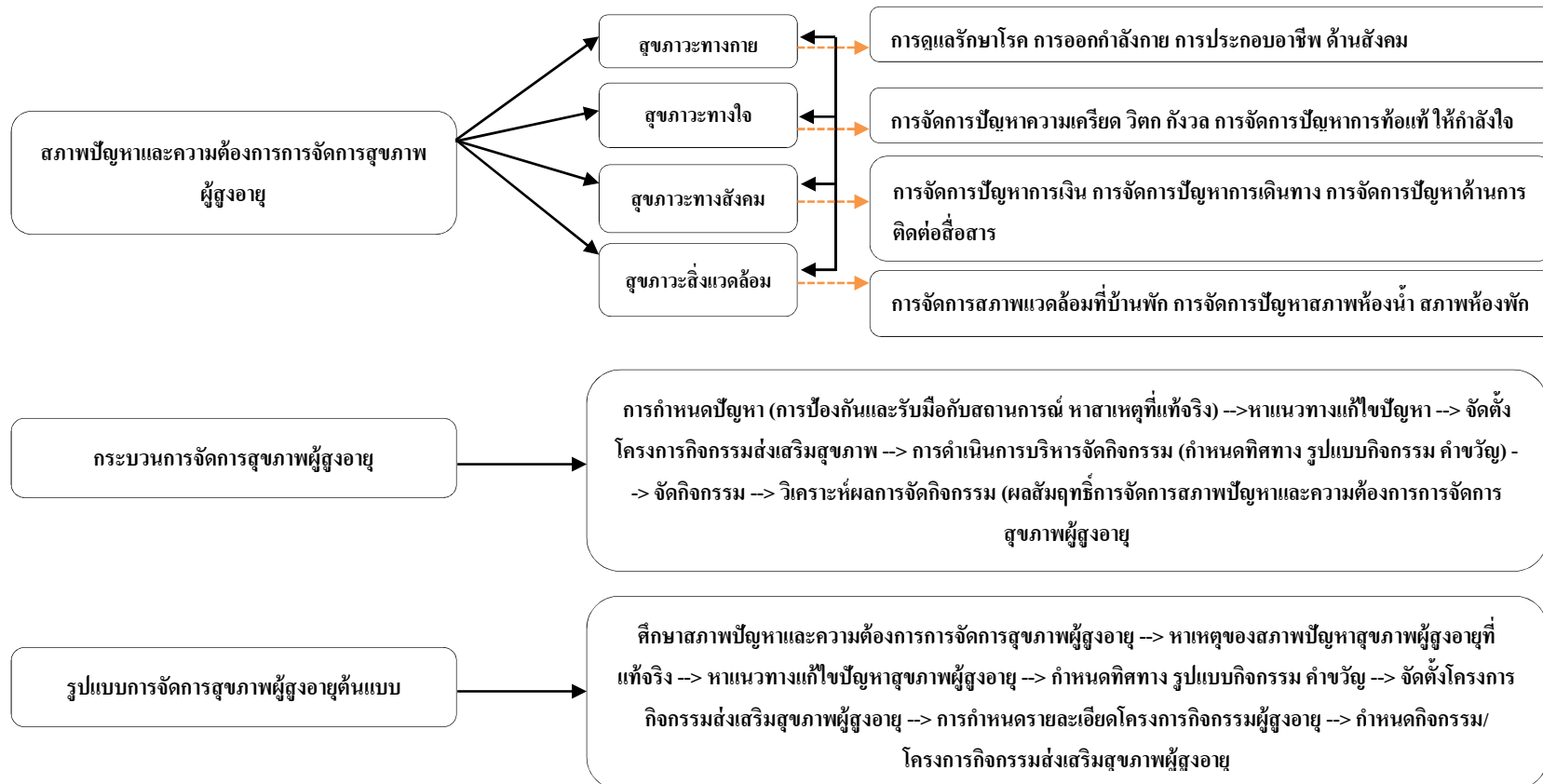
ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๖

จากแผนภาพที่ ๔ - ๒ จากการศึกษาวิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ จะต้องเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ ทั้งในด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางสิ่งแวดล้อม เพราะจากการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาและความต้องการสุขภาพของผู้สูงอายุจะเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเห็นได้ชัดเจน จากนั้นนำมาศึกษาวิเคราะห์

ถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง จากการศึกษาพบว่า สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงนั้นเป็นผลมาจาก ปัญหาสุขภาวะทางจิตใจ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม หาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่แท้จริง คือ ปัญหาที่เกิดจากสุขภาพทางจิตใจเป็นเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินการกิจกรรมพบปะ รวมกลุ่มกันเป็นการเน้นเรื่องให้ร่างกายแข็งแรงเป็นส่วนมาก ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด ดังนั้นจะต้องมีการใช้กระบวนการก่อให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพความเข้มแข็งให้กับจิตใจ จึงได้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น ซึ่งจะต้องกำหนดทิศทาง รูปแบบของกิจกรรม คำขวัญ ที่ต้อง คำนึง และสอดคล้องกับบริบทชุมชนนั้นเป็นสำคัญ และการกำหนดกิจกรรม/โครงการที่ส่งเสริม สุขภาพและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุใน ๔ ด้าน

สรุปองค์ความรู้การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ

แผนภาพที่ ๔ - ๓ รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ



สรุป

จากแผนภาพที่ ๔ - ๓ ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุทั้งในด้านสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพทางด้านสุขภาพทางกาย ทางด้านสุขภาพทางใจ ทางด้านสุขภาพทางสังคม และทางด้านสุขภาพทางสิ่งแวดล้อม กำหนดกระบวนการและวิเคราะห์ผลการบริหารจัดการการจัดการโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดรูปแบบการจัดการสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุต้นแบบ ส่งผลให้การจัดการสุขภาพและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง ๔ ด้าน และตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

บทที่ ๕

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ กระบวนการและผลสัมฤทธิ์ และวิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ เพื่อเสนอแนวทางการจัดการส่งเสริมความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จำนวน ๔๖ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสำรวจ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์เชิงปริมาณโดยการหาค่าร้อยละและการจัดลำดับ

สรุป

๑. สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

สภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย พบว่า เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ เช่น ปวดเอว ปวดหลัง ปวดขา ปวดข้อเข่า เหน็บชา ปัญหาการใช้ยานพาหนะ เช่น ไม่มั่นใจในการขับรถ ปัญหาด้านสายตา ด้านสังคม พบว่า ปัญหาครอบครัว เช่น อยู่คนเดียว ญาติพี่น้องไม่สนใจ ปัญหาการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร เช่น ไม่มีโทรศัพท์หรือ โทรศัพท์ไม่มีอินเทอร์เน็ต ด้านทางใจ พบว่า ปัญหาความเครียด วิตกกังวล เช่น กังวลเรื่องอนาคตตนเอง ปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น เบื่อชีวิตประจำวันทำซ้ำ ๆ ปัญหาการหลงลืม เช่น จำไม่ค่อยได้ หลงลืมบ่อย ๆ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัญหาสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น รกรุงรัง ขยะเยอะ ฝุ่นเยอะ ปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ไม่ถ่ายเท ลื่น ปัญหาสภาพห้องพัก เช่น ไม่มีมมพนักนอน

ส่วนความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ด้านร่างกาย การดูแลรักษาโรค การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพ ด้านสังคม การจัดการปัญหาการเงิน การจัดการปัญหาการเดินทาง การจัดการปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านทางใจ การจัดการปัญหาความเครียด

วิตกกังวล เช่น มีคนตรีฟง การจัดการปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น มีกิจกรรมในบ้าน การจัดการปัญหาการหลงลืม เช่น กิจกรรมฝึกสมอง ด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น ทำความสะอาด การจัดการปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ทำความสะอาดบ่อยขึ้น มีราวจับ การจัดการปัญหาสภาพห้องพัก เช่น มีต้นไม้ มุมนั่งเล่น

จากสภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นในการตระหนักถึงการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุจะต้องสอดคล้องเชื่อมโยงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ

๒. กระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

ต้นแบบของกระบวนการจัดการสุขภาพและความต้องการการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการ ๖ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ ๑ การกำหนดปัญหา ขั้นที่ ๒ หาแนวทางแก้ไขปัญหา ขั้นที่ ๓ จัดตั้งโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ขั้นที่ ๔ ดำเนินการบริหารจัดกิจกรรม ขั้นที่ ๕ การจัดกิจกรรม และ ขั้นที่ ๖ วิเคราะห์ผลการจัดกิจกรรม

๓. รูปแบบกระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบจะต้องเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม เพราะจากการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาและความต้องการสุขภาวะของผู้สูงอายุจะเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน จากนั้นนำมาศึกษาวิเคราะห์ถึงสาเหตุปัญหาที่แท้จริง จากการศึกษาพบว่า สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงเป็นผลมาจากปัญหาสุขภาวะทางใจ จึงส่งผลต่อสุขภาวะทางกาย ทางสังคม และทางสิ่งแวดล้อม หาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ปัญหาที่เกิดจากสุขภาวะทางใจเป็นเบื้องต้น แม้ว่าการดำเนินการกิจกรรมรวมกลุ่มกันเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ดังนั้นจะต้องมีการใช้กระบวนการที่ก่อให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพทั้ง ๔ ด้าน จึงได้จัดกิจกรรมส่งเสริมองค์ความรู้สุขภาพขึ้น ซึ่งต้องกำหนดทิศทาง รูปแบบ คำขวัญที่ต้องคำนึงถึงและสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ และมีการกำหนดหัวข้อรายละเอียดของกิจกรรมส่งเสริมองค์ความรู้สุขภาพผู้สูงอายุทั้ง ๔ ด้าน

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.๑ องค์กรท้องถิ่น ชุมชน โรงเรียน และสถานีนอนามัย สถานบ้านพักคนชรา ร่วมกันกำหนดนโยบายในการดำเนินการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ในการจัดทำแผนพัฒนาในระดับท้องถิ่น และระดับจังหวัด เพราะจากการศึกษาพบว่า การจัดการสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเริ่มจากสถานบ้านพักคนชรา ไม่ได้เกิดจากนโยบายขององค์กรท้องถิ่น

๑.๒ มีการนำนโยบายในการดำเนินการจัดการสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเข้าสู่ภาคปฏิบัติ โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยมีการกำหนดโครงการ กิจกรรม ดำเนินงาน เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนในเชิงปฏิบัติในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและชุมชนได้อย่างมั่นคงได้

๒. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

๒.๑ สร้างเครือข่ายและสร้างกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการปฏิบัติจริงในพื้นที่ชุมชน เพื่อการขยายผลการพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพกว้างขวางมากขึ้น

๒.๒ การพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพภายในชุมชน บ้านพักคนชรา เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าไปให้ประชาชนในพื้นที่นั้นได้ทราบสถานะสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่การจัดการสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

๓. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

๓.๑ หน่วยงานภาควิชาการ เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำตลอดจนการทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในบ้านพักคนชรา ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรทุกชั้นตอน

๓.๒ การพัฒนากลุ่มเครือข่ายชุมชนในด้านวิชาการ และนำงานวิจัยมาใช้และการพัฒนาศักยภาพประชาชนให้สามารถทำวิจัยแบบชุมชน องค์กรเล็ก ๆ ได้

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

พัฒนางานผู้สูงอายุ, มูลนิธิ. สถานการณ์ผู้สูงอายุ (ด้านสุขภาพ). กรุงเทพฯ : มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, ๒๕๕๘.

วิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, สำนัก. คุณภาพชีวิตของคนไทยปี ๒๕๕๓. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๕๓.

วิรัตน์ คำศรีจันทร์. พลังความรู้จากการวิจัยแบบ PAR (Participatory Action Research). กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน, ๒๕๕๔.

วิจัยประชากรและสังคม, สถาบัน. มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุมุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๖.

ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมผู้สูงอายุ. คู่มือเกณฑ์ชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ. นครราชสีมา : โรงพิมพ์อินดีดีไซร์, ๒๕๖๐.

สาธิตสุข, กระทรวง. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. ฝ่ายเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพกองสุขภาพศึกษา, ๒๕๕๓.

สารีพันธุ์ ศุภวรรณ และวีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา ปราโมทย์ น้อยวัน. แนวทางการจัดศูนย์การเรียนรู้ชุมชน. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๕๕.

สุขภาพจิต, กรม. แบบคัดกรองสุขภาพจิต. เชียงใหม่ : พรอสเพอริสพลัส จำกัด, ๒๕๕๕.

สุพรรณิ ไชยอำพร และ คมพล สุวรรณกุล. การศึกษาศูนย์การเรียนรู้ด้านการพัฒนาสังคมและสวัสดิการระดับชุมชน. พิษณุโลก : กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๕๐.

ส่งเสริมศักยภาพ, กอง. คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๕๕.

อนามัย, กรม. แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๖.

วารสาร

นเรนทร์ แก้วใหญ่. “ศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน: การพัฒนาที่ยั่งยืนของสถาบันอุดมศึกษา”. วารสาร
เซาร์อีสท์บางกอก, ๒๕๕๕ หน้า ๑๐๘.

ลกร ศิรวรรณและทิพย์วัลย์ สุรินยา. “การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วม
ร่วมในชุมชนกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง”. วารสาร
สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ (Journal of Social Sciences and Humanities),
๒๕๕๖ หน้า ๘๐.

วิไลพร ขำวงษ์. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอ”. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์
สุขภาพ, ๒๕๕๔ หน้า ๓๒ - ๔๐.

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. “คู่มือของผู้สูงอายุไทย”. วารสารสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทร-
วิโรฒ, ๒๕๕๗ หน้า ๑๑.

วิทยานิพนธ์

ชุตติเดช เขียนคอน. “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท”. คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอก
บริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๔.

ศิรินุช ฉายแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ. คณะ
สาธารณสุขศาสตร์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี,
๒๕๕๓.

ศิริลักษณ์ รื่นวงศ์. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลห้วย
อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย”. การค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สำนักวิชาศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, ๒๕๕๗.

สัมภาษณ์

นฤดี ถวิลนวล, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา. สัมภาษณ์ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖.

วรินทร์ ศรีเพ็อง, ผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา. สัมภาษณ์ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

สอาด มุ่งสิน. “ผู้สูงอายุ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : www.bcnsr.ac.th, ๒๕๖๕.

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาศาสนาการณูปัตติการณของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบไปด้วย

๑. **แบบสำรวจ** สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ แบบ เลือกรายการ (check list) และเติมคำ โดยแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ความเข้าใจสถานะสุขภาพ ประวัติการออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ ๒ สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๒. **แบบสัมภาษณ์** โดยดำเนินการออกแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

แบบสัมภาษณ์

โครงการวิจัยเรื่อง แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ (บ้านพักคนชรา) เพื่อสุขภาพที่ดี
 วัตถุประสงค์ แบบสำรวจนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการในการ
 จัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็น
 ประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาและเป็นแนวทางในการจัดทำรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
 ผู้วิจัยใคร่ขออนุเคราะห์ท่านตอบคำถามตามความจริงตรงตามข้อมูลของท่าน

ขอบคุณทุกท่าน ณ โอกาสนี้

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด ๓ ส่วน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ส่วนที่ ๒ สภาพปัญหาและความต้องการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมคำ
 ลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

๑.๑ เพศ

๑ ชาย ๒ หญิง

๑.๒ อายุ

.....ปี

๑.๓ สถานภาพสมรส

๑ โสด ๒ สมรส ๓ หม้าย หย่า แยกกันอยู่

๑.๔ ระดับการศึกษา

๑ ประถมศึกษา ๒ มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
 ๓ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ๔ อนุปริญญา
 ๕ ปริญญาตรี ๖ สูงกว่าปริญญาตรี
 ๗ อื่นๆ.....

๑.๕ อาชีพหลักในปัจจุบันของท่าน คืออะไร

- ^๑ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ^๒ เกษตรกรรม
- ^๓ รับจ้างทั่วไป ^๔ ค้าขาย
- ^๕ ธุรกิจส่วนตัว ^๖ ข้าราชการบำนาญ
- ^๗ อื่นๆ.....

๑.๖ รายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอกับรายจ่าย

- ^๑ ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ^๒ ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน
- ^๓ เพียงพอ มีหนี้สิน ^๔ เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน

๑.๗ ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- ^๑ ไม่แข็งแรง
- ^๒ พอใช้ได้
- ^๓ แข็งแรงดี
- ^๔ แข็งแรงดีมาก
- ^๕ แข็งแรงดีเยี่ยม

๑.๘ สุขภาพของท่านเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน

- ^๑ แย่กว่าเพื่อนวัยเดียวกัน
- ^๒ เท่ากับเพื่อนวัยเดียวกัน
- ^๓ ดีกว่าเพื่อนวัยเดียวกัน

๑.๙ ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ^๑ ไม่มี
- ^๒ มี โปรดระบุ.....

๑.๑๐ ปกติท่านออกกำลังกายหรือไม่

- ^๑ ไม่ออกกำลังกาย
- ^๒ ออกกำลังกาย โปรดระบุ.....

ส่วนที่ ๒ สภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๑ ด้านร่างกาย

- มีโรคเรื้อรัง ระบุ.....
- มีโรคติดต่อ ระบุ.....
- มีโรกระบบทางเดินหายใจ ระบุ.....
- มีโรกระบบทางเดินอาหาร ระบุ.....
- มีโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ระบุ.....
- มีความพิการทางร่างกาย ระบุ.....
- การบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน ระบุ.....
- การใช้บริการและรักษาพยาบาล ระบุ.....
- การประกอบอาชีพ ระบุ.....
- การใช้จ่ายพาหนะ ระบุ.....
- การออกกำลังกาย ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

๒.๒ ด้านสังคม

- ปัญหาญาติพี่น้อง ระบุ
.....
- ปัญหาครอบครัว ระบุ
.....
- ปัญหาชีวิตความเป็นอยู่ ระบุ
.....
- ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ระบุ
.....
- ปัญหาการปรับตัว ระบุ
.....
- ปัญหาการเงิน ระบุ
.....
- อื่นๆ ระบุ
.....

๒.๓ ด้านทางใจ

- ปัญหาการน้อยใจ ระบุ.....
- มีภาวะเศร้า ระบุ.....
- มีภาวะเครียด วิตกกังวล ระบุ.....
- นอนไม่หลับ ระบุ.....
- มีการปวดหัวบ่อย ระบุ.....
- มีความสับสน กระวนกระวาย ระบุ.....
- สมาธิสั้น ไม่จดจ่อ ระบุ.....
- ปัญหาหลงลืมง่าย ระบุ.....
- ปัญหาท้องอืด เบื่อหน่าย ระบุ.....
- ปัญหาจิตใจหวนไหวง่าย ตกใจง่าย ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

๒.๔ ด้านสิ่งแวดล้อม

- สภาพแวดล้อมที่บ้าน ระบุ.....
- สภาพแวดล้อมในชุมชน ระบุ.....
- สภาพแวดล้อมในบ้านพัก ระบุ.....
- อุปกรณ์ของใช้ในที่พักชำรุด ระบุ.....
- สภาพห้องน้ำไม่มีราจับ ระบุ.....
- สภาพห้องนอนไม่ถ่ายเท ระบุ.....
- ห้องพักไม่มีมมพ้กผ่อน ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ ๓ ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๓.๑ ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย

- ด้านการดูแลรักษาโรค ระบุ.....
- ด้านการใช้บริการและรักษาพยาบาล ระบุ.....
- ด้านการดูแลรักษาสุขภาพทางกาย ระบุ.....
- ด้านการทานอาหาร ระบุ.....
- ด้านการประกอบอาชีพ ระบุ.....
- ด้านยานพาหนะ ระบุ.....
- ด้านการออกกำลังกาย ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

๓.๒ ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคม

- การจัดการปัญหาญาติพี่น้อง ระบุ.....
- การจัดการปัญหาครอบครัว ระบุ.....
- การจัดการปัญหาชีวิตความเป็นอยู่ ระบุ.....
- การจัดการปัญหาการยอมรับ ระบุ.....
- การจัดการปัญหาการเดินทาง ระบุ.....
- การจัดการด้านการติดต่อสื่อสาร ระบุ.....
- การจัดการด้านการปรับตัว ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

๓.๓ ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ

- การจัดการปัญหาความเครียด วิตก ระบุ.....
- การจัดการปัญหาไม่มีสมาธิ ระบุ.....
- การจัดการปัญหาการหลงลืมง่าย ระบุ.....
- การจัดการปัญหาหงุดหงิดง่าย ระบุ.....
- การจัดการปัญหาการท้อแท้ เบื่อ ระบุ.....
- การจัดการปัญหาการหวาดกลัว ระบุ.....
- การจัดการปัญหาจิตใจอ่อนไหว ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

๓.๔ ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน | ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> การจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน | ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านพัก | ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> การจัดการอุปกรณ์ของใช้ในที่พัก | ระบุ..... |
| ชำระ | |
| <input type="checkbox"/> การจัดการสภาพห้องน้ำไม่มีราจับ | ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> การจัดการสภาพห้องนอนไม่ถ่ายเท | ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> การจัดการห้องพักไม่มีมดพุกฝุ่น | ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ | ระบุ..... |

ประวัติย่อผู้วิจัย

- ชื่อ** : นาวาอากาศเอก ปฟพ ศิริสวัสดิ์
- วัน เดือน ปีเกิด** : ๒๖ กันยายน ๒๕๑๑
- การศึกษา** : ปริญญาตรี สาขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
 : นายทหารชั้นผู้บังคับหมวด รุ่นที่ น.ม.๓/๑
 : นายทหารเหล่าพระธรรมนูญชั้นต้น รุ่นที่ ๒๖
 : นายทหารชั้นผู้บังคับฝูง รุ่นที่ ๑๐๓
 : นายทหารเหล่าพระธรรมนูญชั้นสูง รุ่นที่ ๒๐
- ประวัติการทำงานโดยย่อ**
- : รับราชการทหาร สังกัดกองทัพอากาศ ตั้งแต่ปี ๒๕๒๘ ถึง ๒๕๖๒
 - : ตุลาการศาลทหารกรุงเทพ ปี ๒๕๖๐ ถึง ๒๕๖๒
 - : ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานนิติการ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๒ ถึงปัจจุบัน (เปลี่ยนชื่อตำแหน่งจากผู้อำนวยการสำนักงานนิติการ เป็นหัวหน้าฝ่ายนิติการ)
 - : เลขานุการคณะกรรมการกลั่นกรองกฎหมายฯ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๐ ถึง ปัจจุบัน
 - : กรรมการช่วยเหลือนักเรียนขาดแคลน รร.วัดดอนเมือง (ทหารอากาศอุทิศ) ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๑ ถึง ปัจจุบัน
 - : กรรมการและเลขานุการมูลนิธิภัทรมหาราชาานุสรณ์ ในพระอุปถัมภ์ สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ตั้งแต่ ๒๕๖๑ ถึง ปัจจุบัน
- ตำแหน่งปัจจุบัน** : กรรมการมูลนิธิภัทรมหาราชาานุสรณ์ ในพระอุปถัมภ์ สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี
- : กรรมการช่วยเหลือนักเรียนขาดแคลน รร.วัดดอนเมือง

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง แนวทางการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ (บ้านพักคนชรา) เพื่อสุขภาวะที่ดี
ผู้วิจัย นาวาอากาศเอก ปพาท ศิริสวัสดิ์ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๖๕
ตำแหน่ง กรรมการมูลนิธิภัทรมาหาราชาอนุสรณ์ ในพระอุปถัมภ์ฯ และผู้อำนวยการ
สำนักนิตินิการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นสังคมโลก ที่เข้าสู่ยุคแห่งสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ หมายถึงมีประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๐.๔% และปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ กล่าวคือ มีประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่า ๒๐% ของประชากรทั้งประเทศ (กรมสุขภาพจิต, วันผู้สูงอายุ, ๒๕๖๓) ผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ส่งผลต่อรายได้ที่ขาดแคลนไม่พอต่อค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงชีพ (กองส่งเสริมศักยภาพ, ๒๕๕๘)

ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ต้องการการดูแลจากรัฐและครอบครัว ซึ่งเรื่องนี้เป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ ที่ประเทศไทยจำเป็นต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีอายุขัยที่ยืนยาวกับสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษา การจัดกิจกรรม การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม กระบวนการจัดการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุและวิเคราะห์รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นต้นแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
 ๒. เพื่อศึกษากระบวนการและผลสัมฤทธิ์การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
 ๓. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบกระบวนการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ
 ๔. เพื่อเสนอแนวทางการจัดการส่งเสริมองค์ความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ
- เพื่อความมั่นคง

ขอบเขตของการวิจัย

๑. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาเนื้อหาจากเอกสาร ตำราวิชาการ โดยเน้นการจัดการสุขภาพใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

๒. ขอบเขตด้านประชากร

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน ๔๐ คน

๓. ขอบเขตด้านการวิจัยเชิงพื้นที่

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยการศึกษาพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ในบ้านพักคนชรา

๔. ขอบเขตด้านเวลา

เริ่มการศึกษาวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม ๒๕๖๕ - พฤษภาคม ๒๕๖๖

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยทั้งในเชิงเอกสาร (Documentary Research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีรายละเอียดดังนี้

๑. การศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒. การศึกษาในภาคสนาม (Field Study) เพื่อทราบถึงแนวคิด หลักการกระบวนการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาศาสนการณ์อุบัติการณ์ของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบไปด้วย

๑. แบบสำรวจ สภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ แบบ เลือก รายการ (check list) และเติมคำ โดยแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ความเข้าใจสถานะสุขภาพ ประวัติการออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ ๒ สภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๓ ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

๒. แบบสัมภาษณ์ โดยดำเนินการออกแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ใน ๔ ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะสิ่งแวดล้อม

ผลการวิจัย

สภาพปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย พบว่า เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ เช่น ปวดเอว ปวดหลัง ปวดขา ปวดข้อเข่า เหน็บชา ปัญหาการใช้ยานพาหนะ เช่น ไม่มั่นใจในการขับรถยนต์ ปัญหาด้านสายตา ด้านสังคม พบว่า ปัญหาครอบครัว เช่น อยู่คนเดียว ญาติพี่น้องไม่สนใจ ปัญหาการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร เช่น ไม่มีโทรศัพท์ หรือ โทรศัพท์ไม่มีอินเทอร์เน็ต ด้านทางใจ พบว่า ปัญหาความเครียด วิตก กังวล เช่น กังวลเรื่องอนาคตตนเอง ปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น เบื่อชีวิตประจำวันทำซ้ำๆ ปัญหาการหลงลืม เช่น จำไม่ค่อยได้ หลงลืมบ่อยๆ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัญหาสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น รกรุงรัง ขยะเยอะ ฝุ่นเยอะ ปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ไม่ถ่ายเท ลื่น ปัญหาสภาพห้องพัก เช่น ไม่มีมมพ้กผ่อน

ความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ด้านร่างกาย การดูแลรักษาโรค การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพ ด้านสังคม การจัดการปัญหาการเงิน การจัดการปัญหาการเดินทาง การจัดการปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านทางใจ การจัดการปัญหาความเครียด วิตกกังวล เช่น มีคนตรีพียง การจัดการปัญหาการท้อแท้ เบื่อ เช่น มีกิจกรรมในบ้าน การจัดการปัญหาการหลงลืม เช่น กิจกรรมฝึกสมอง ด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น ทำความสะอาด การจัดการปัญหาสภาพห้องน้ำ เช่น ทำความสะอาดบ่อยขึ้น มีราวจับ การจัดการปัญหาสภาพห้องพัก เช่น มีต้นไม้ มุมนั่งเล่น จากการศึกษาวิเคราะห์รูปแบบกระบวนการจัดการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ จะต้องเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบ ทั้งในด้านสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม เพราะจากการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาและความต้องการสุขภาวะของผู้สูงอายุจะเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเห็นได้ชัดเจน จากนั้นนำมาศึกษาวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง จากการศึกษาพบว่า สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงนั้นเป็นผลมาจากปัญหาสุขภาวะทางจิตใจ จะส่งผลต่อสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม หาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่แท้จริง คือ ปัญหาที่เกิดจากสุขภาพทางจิตใจเป็นเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินการกิจกรรมพบปะ รวมกลุ่มกันเป็นการเน้นเรื่องให้ร่างกายแข็งแรงเป็นส่วนมาก ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคิดทั้งหมด ดังนั้น จะต้องมีการใช้กระบวนการก่อให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพความเข้มแข็งให้กับจิตใจ จึงได้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น ซึ่งจะต้องกำหนดทิศทาง รูปแบบของกิจกรรม คำขวัญ ที่ต้องคำนึงและสอดคล้องกับบริบทชุมชนนั้นเป็นสำคัญ และการกำหนดกิจกรรม/โครงการที่ส่งเสริมสุขภาพและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุใน ๔ ด้าน

ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุทั้งในด้านสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาพ ทางด้านสุขภาพทางกาย ทางด้านสุขภาพทางใจ ทางด้านสุขภาพทางสังคม และทางด้านสุขภาพทางสิ่งแวดล้อม กำหนดกระบวนการและวิเคราะห์ผลการบริหารจัดการการจัดการ โครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดรูปแบบการจัดการสุขภาวะและสวัสดิการผู้สูงอายุต้นแบบ ส่งผลให้การจัดการสุขภาพและความต้องการการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง ๔ ด้าน และตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.๑ องค์กรท้องถิ่น ชุมชน โรงเรียน และสถานีนอนามัย สถานบ้านพักคนชรา ร่วมกันกำหนดนโยบายในการดำเนินการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ในการจัดทำแผนพัฒนาในระดับท้องถิ่น และระดับจังหวัด เพราะจากการศึกษาพบว่า การจัดการสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเริ่มจากสถานบ้านพักคนชรา ไม่ได้เกิดจากนโยบายขององค์กรท้องถิ่น

๑.๒ มีการนำนโยบายในการดำเนินการจัดการสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเข้าสู่ภาคปฏิบัติ โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยมีกำหนดโครงการ กิจกรรม ดำเนินงาน เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนในเชิงปฏิบัติในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและชุมชนได้อย่างมั่นคงได้

๒. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

๒.๑ สร้างเครือข่ายและสร้างกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการปฏิบัติจริงในพื้นที่ชุมชน เพื่อการขยายผลการพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพกว้างขวางมากขึ้น

๒.๒ การพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพภายในชุมชน บ้านพักคนชรา เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่นั้นได้ทราบสถานะสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่การจัดการสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

๓. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

๓.๑ หน่วยงานภาควิชาการ เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำตลอดจนการทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในบ้านพักคนชรา ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรทุกชั้นตอน

๓.๒ การพัฒนากลุ่มเครือข่ายชุมชนในด้านวิชาการ และนางานวิจัยมาใช้และการพัฒนาศักยภาพประชาชนให้สามารถทำวิจัยแบบชุมชน องค์กรเล็ก ๆ ได้