อภินันทนาการ

สำนักหอสมุด

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

Development of health care in the elderly who are abandoned in the Yom river flood plain

โดย รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันลงทะเบียน 25 มี.ค. 2559
เลขทะเบียน 16910051
เลขเรียกหนังสือ 9 RA
777.6
ณ249ร
2558

เดือนกันยายน ปีที่เสร็จโครงการ 2558

สัญญาเลขที่ R2558B069

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

Development of health care in the elderly who are abandoned in the Yom river flood plain

คณะผู้วิจัย	สังกัด
1. รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. วรวิทย์ อินทร์ชม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. จินดาวรรณ เงารังสี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

สนับสนุนโดย
งบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยนเรศวร
ปีงบประมาณ 2558

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมและสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่อยู่ริมฝั่งแม่น้ำยมโดยคัดเลือกจังหวัดสุโขทัยที่เป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมากที่สุด สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 540 คนโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และBinary logistic analysis

ผลการวิจัยพบว่า การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ การเคลื่อนไหวออกแรง การจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีโอกาสกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ การเคลื่อนไหวออกแรง การจัดการความเครียด มากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 2.20 เท่า 1.280 เท่าและ1.11 เท่าตามลำดับ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมีความสัมพันธ์กับภาวะถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกระบวนการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

คำสำคัญ ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพตนเอง

Abstract

The objective of this study were to analyse the potential in self health care of abandoned elderly in the Yom river flood plain area and to develop the potential in self health care of abandoned elderly in the Yom river flood plain area. The population investigated in this study included population over the age of 60 meeting the study criteria and live around Yom River edge, in Sukhothai Province, which has been identified as the highest proportion of older people living alone. The target 540 persons were included in the study. The multistage sampling method was used in this study. The research employed a purpose-designed questionnaires. The statistic were analyzed by percentage, mean, standard deviation logistic regression analysis .

The result found that : healthy eating, movement exercise, stress management was significantly associated with abandonment at 0.05. The elderly with neglect were likely to have healthy diet, movement exercise, stress management more than those with frequently neglect 1.280, 2.20 and 1.11 times, respectively. The supportive healthy environment was significantly associated with abandonment at 0.05. The process of increased ability potentials of abandoned elderly as 1) increased ability potentials in health promoting 2) health behaviors change 3) environment management for health promoting and 4) health promotion supported by non family member and health care provider. Therefore, a process should be implemented for abandoned elderly.

Keywords Abandoned, Elderly, Self health care.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของโครงการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	3
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การสูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุ	
1.แนวคิด และกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ	5
2.ผลกระทบของการสูงอายุต่อสุขภาพ	9
3.แนวคิดเกี่ยวกับนโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการและการดูแลผู้สูงอายุ	12
แนวคิด และกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ	
1.แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ	20
2.แนวคิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)	25
3.ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม	28
4.ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)	29
5.ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)	31

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิด และกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ	
6.ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)	31
7.พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care)	32
8.ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)	32
9.การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)	33
10.แนวคิดสุขภาพในผู้สูงอายุ	33
11.ภาวะถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุ (Abandonment in old age)	36
3.ระเบียบวิธีวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	37
ขั้นตอนการวิจัย	37
4.ผลการวิจัย	43
5.สรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	61
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	
แบบสอบถาม	
การเผยแพร่วารสาร	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล	43
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละจำแนกตามการได้รับผลกระทบทางสุขภาพ	45
ตารางที่ 3 ศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	46
ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวการณ์ถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม	47
ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีกับการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม	48
ตารางที่ 6 ผลการประเมินรูปแบบการสร้างศักยภาพผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งริมฝั่งแม่น้ำยมในมุมมองของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	56

บทที่ 1
บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

จากการเปลี่ยนโครงสร้างประชากร ส่งผลให้หลายประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยเข้าสู่สภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging) โดยประเทศไทยเข้าสู่สภาวะประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2548 (กรมอนามัย, 2550: Online) เป็นการเข้าสู่ยุคของสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งหมายถึงการมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (พิมล แสงสว่าง, 2549, หน้า 22), (United Nation,2008, p.3) หรือ ประชากรอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ผลที่ตามมาคือจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้นตามมาด้วย (Ryuichi et al.2005)

ในสังคมไทยปัจจุบัน กลุ่มผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง และ ยังถูกทอดทิ้ง ซึ่งเป็นผลมาจากจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมเมือง ขยายตัว และกระจายตัวเพิ่มมากขึ้น สังคมชนบทรับความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น อาชีพในภาคอุตสาหกรรมและบริการเติบโตขึ้น ดึงดูดชาวชุมชนออกจากอาชีพในภาคเกษตรกรรม เกิดการอพยพออกจากท้องถิ่น จนทำให้โครงสร้างของชุมชนเปลี่ยนแปลงไป โดยสัดส่วนหนุ่มสาววัยแรงงานน้อยลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สมาชิกของครอบครัวบางรุ่นหายไปจากครอบครัว จนทำให้มีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเองคิดเป็นร้อยละ 13.5 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสซึ่งอาจเป็นผู้สูงอายุด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 3.8 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552, หน้า 2) และ ในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุและเด็กเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง , 2553, หน้า 1-2) สิ่งที่ตามมาคือผู้สูงอายุจะมีผู้เลี้ยงดูหรือดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง ปรากฏการณ์ที่พบเห็นในชุมชนโดยเฉพาะชนบทห่างไกล คือ ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552, หน้า 29) โดยลูกหลานออกไปทำงานในเมืองอาจถูกปล่อยปละละเลยให้ผู้สูงอายุต้องทำมาหากินเลี้ยงตัวเองไปตามลำพังก็มีไม่น้อย (ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, 2542, หน้า 1)

ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล วัยสูงอายุเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอย ทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะเป็นภาระต่อระบบการบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต โดยหลายโรคเป็นโรคที่ มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง (Louis and Parker, 2001, pp. 16) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.8 รับประทานอาหารเพียงมื้อเดียวต่อวัน การหกล้มภายใน 6 เดือนของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 5.5 ผู้สูงอายุเคยหกล้ม 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 4.8 มีภาวะซึมเศร้า (อรวรรณ์ คูหาและนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์, 2552, หน้า 15-16)

ชุมชนริมฝั่งแม่น้ำยมเป็นชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากอุทุกภัยซ้ำซาก ในทุกๆปี แม่น้ำยมจะเกิดการไหลบ่าท่วมบ้านเรือน พื้นที่เกษตรกรรม ของประชาชนเป็นบริเวณกว้าง และส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สิน ตลอดจนเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่มากับน้ำอยู่เนืองๆ ผลจากภัยน้ำท่วมสร้างความเดือดร้อนอย่างรุนแรงในเด็ก ผู้พิการ และผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง เป็นผู้ที่อยู่ในสภาวะเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายทางสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยในปัจจุบันหญิงและชายสูงอายุส่วนใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีภาวะเสี่ยงเพิ่มขึ้น ซึ่งในช่วงของอุทกภัยที่เป็นระยะเวลายาวนานหลายเดือน จะส่งผล

ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางร่างกายด้วยการขาดแคลเซียม อันเนื่องมาจากการรับประทานอาหารน้อย และอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการหรือไม่ครบ 5 หมู่ ขณะที่ผู้สูงอายุบางคนเมื่อน้ำท่วมบ้านหนัก ๆ ก็ไม่สามารถออกจากบ้านพักอาศัย ได้แต่อยู่ในที่แคบ ๆ ไม่ได้รับแสงแดด หรือรับวิตามินดีจากแสงแดด หรือไม่มีการเดินเหินเหมือนปกติทั่วไป ผู้สูงอายุบางคนอาจเกิดอาการลื่นหกล้มจากตะไคร่ หรือพื้นบ้านที่ลื่น ทำให้กระดูกหักตามส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกระดูกตามแขน ข้อมือ นิ้วมือ นิ้วเท้า ข้อเท้า และขา การหกล้มในผู้สูงอายุอันเกิดจากพื้นไม่เรียบ หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นมหันตภัยเงียบของผู้สูงอายุ บางคนอาจเกิดกระดูกสันหลังยุบตัว เพราะไปช่วยคนในครอบครัวยกของหนักเพื่อหนีน้ำ นำของขึ้นที่สูง บางคนเดินไปสะดุดล้ม หรือลื่นหกล้ม (บุญวัฒน์ จะโนภาษ ออนไลน์) และบางรายอาจประสบอุบัติเหตุพลัดตกน้ำหรือจมน้ำ หรืออาจประสบอุบัติเหตุไฟฟ้าลัดวงจรเนื่องจากน้ำท่วมได้

ในปี 2554 กรมควบคุมโรค คาดการณ์ว่า มีผู้ป่วยเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต และ โรคหอบหืด กว่า ถ ล้านคน ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงอาการของโรคกำเริบขึ้น ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาจทำให้โรคเหล่านี้ความรุนแรงขึ้นจากภาวะเครียด ไม่สามารถจัดการโรคในภาวะวิกฤตด้วยตนเอง การขาดยา ความลำบากในการเข้าถึงบริการเมื่อจำเป็น ทำให้เกิดอาการกำเริบ เช่น ภาวะล้มเหลว อัมพาต ระบบหายใจล้มเหลว ภาวะวิกฤตความดันโลหิตสูง ภาวะวิกฤตเบาหวาน(ASTV ผู้จัดการออนไลน์, 2554; Bich,et al.,2011) ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และซึมเศร้า จากการไร้ที่อยู่อาศัย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คนรู้จักเสียชีวิต ความยากลำบากในการดำรงชีวิตในชีวิตประจำวัน ปัญหาความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การคมนาคมไม่สะดวก การขาดแคลนน้ำดื่ม เครื่องอุปโภคบริโภค สุขาภิบาลชำรุด สิ่งแวดล้อมที่เลวร้าย ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพจิต(Bich,et al.,2011;นันทิยา โลหะไพบูลย์กุล และ คณะ, 2550) จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์มหาอุทกภัย ปี 2554 ของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย พบว่า ประชาชนในภาคกลางได้รับผลกระทบจากอุทกภัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.6 รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 28.8 มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากอุทกภัยครั้งนี้ จำนวน 209 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.6 (วิบูลย์ สงวนพงศ์, 2555)

ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและเผชิญกับสภาวะสถานการณ์น้ำท่วมซ้ำซาก เป็นผู้ที่น่าเป็นห่วงอย่างมาก เพราะโรคภัยต่างๆ ที่มากับน้ำที่เป็นแหล่งเชื้อโรค สามารถทำลายสุขภาพร่างกายได้ตั้งแต่โรคภัยไข้เจ็บธรรมดา จนไปถึงโรคติดเชื้อรุนแรง สามารถทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นเสียสุขภาพจากสาเหตุของโรคร้ายต่างๆ นานา โดยขาดผู้ให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในสภาวะน้ำท่วมซ้ำซาก อาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก โดยมีรายงานพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตประจำวัน ภาวะซึมเศร้า จะทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่มีอาการมากขึ้น หรือทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น ถ้ามีอาการรุนแรง อาจทำร้ายตนเองได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (อาพสา หุตะเจริญ, 2553 ออนไลน์) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ หากผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ หรือทราบแนวทางที่สำคัญในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกัน รวมทั้งทราบแนวทางการดูแลตนเองเมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้ อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้า ต้องรับการรักษาจากจิตแพทย์ มิเช่นนั้นอาจเกิดผลเสียหายรุนแรงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว (เรณุการ์ ทองคำรอด, ออนไลน์)

จากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีความต้องการในการศึกษาวิจัยการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพตนเองตลอดจนสามารถป้องกันโรคที่มากับน้ำได้อย่างถูกหลักการทางสาธารณสุข เพื่อลดภาระพึ่งพิงและลดโอกาสในการเกิดโรคในอนาคต การดูแลสุขภาพตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากมีสุขภาวะที่ดี ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยน้ำท่วม และวิเคราะห์ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม
2. เพื่อสร้างและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม
3. เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาในชุมชนริมฝั่งแม่น้ำยม ในจังหวัด แพร่ สุโขทัย พิษณุโลก พิจิตร และนครสวรรค์ โดยศึกษากับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ถูกทอดทิ้ง และคัดเลือกจังหวัดสุโขทัย จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดพิจิตร เป็นพื้นที่จัดโครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เผยแพร่ในวารสารวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ หรือในสาขาที่เกี่ยวข้องในระดับนานาชาติ
2. ได้รูปแบบการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต บริบท และสภาพสังคมชุมชนน้ำท่วมซ้ำซาก
3. ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในชุมชนน้ำท่วมซ้ำซากมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง
4. เป็นแนวทางในการขยายผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและระดับบุคคล ซึ่งจะทำให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีทิศทางที่เหมาะสม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่อาศัยตามลำพังเนื่องจากเป็นหม้าย โสดหรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแล รวมถึงการอยู่อาศัยตามลำพังแต่มีการปลูกบ้านอยู่อาศัยในบริเวณบ้านญาติหรือผู้อื่น สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ และอาศัย อยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

สภาวะสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากการสูงอายุของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง หมายถึง การได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ ความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีผลต่อสุขภาพ โดยวัดระดับความคิดเห็นการได้รับผลกระทบดังกล่าวในมิติทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การจัดกิจกรรมที่มุ่งกระทำเพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษา การปรับสภาพแวดล้อม และการใช้อิทธิพลทางสังคม

ศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง หมายถึง ความสามารถหรือพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การแสวงหาความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดอุบัติเหตุ ในครัวเรือน การจัดการความเครียด การผักผ่อน การสร้างสัมพันธภาพในสังคม และการเข้าถึงความสุขทางด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัย ตามลำพัง หมายถึง ขั้นตอน และเนื้อหาสาระของการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะด้านการยอมรับ และเข้าใจตนเอง ทักษะด้านการรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมหรือความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังสามารถสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุ

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า "ผู้สูงอายุ" (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส และผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจ ยอมรับ และใช้กันแพร่หลายมาจนกระทั่งปัจจุบันนี้ (ผกามาศ กมลพรวิจิตร และคณะ, 2549, หน้า 31) ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาท ที่บุคคลนั้น ๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ การใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้มักจะแตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศในทวีปยุโรปบางประเทศกำหนดอายุ 65 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2549, หน้า 8) ประเทศอินโดนีเซีย และมาเลเซียกำหนดอายุ 55 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ และประเทศนอร์เวย์กำหนดอายุ 70 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (ปิ่นนเรศ กาดอุดม และคณะ, 2550, หน้า 9) ประเทศเซเนกัลกำหนดอายุ 60 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (United nations, 2008, p. 4) และจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The world assembly on aging) เมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ทั้งเพศชาย และหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (United nations, 2008, p. 3;สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 3) สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ (กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์, 2553, หน้า 1) ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (ผกามาศ กมลพรวิจิตร และคณะ, 2549, หน้า 31; จุฬาภรณ์ โสตะ, 2549, หน้า 8; ปิ่นนเรศ กาดอุดม และคณะ, 2550, หน้า 9) และใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์ของการปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการด้วย (ผกามาศ กมลพรวิจิตร และคณะ, 2549, หน้า 31)

จากการศึกษาความหมายของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิต การสูงอายุจะแบ่งออกได้เป็นหลายประเภท ซึ่งแต่ละประเทศได้ใช้เกณฑ์ในการกำหนดการเป็นผู้สูงอายุแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ในทางปฏิบัติมักใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการตัดสินการเป็นผู้สูงอายุโดยการนับตามปีปฏิทิน และสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์อายุ คือ อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์กำหนดการเป็นผู้สูงอายุ

1.2 การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ

การสูงอายุเป็นกระบวนการสากลที่เริ่มต้นตั้งแต่เกิด เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายการตามธรรมชาติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ลักษณะเสื่อมถอย จะเกิดขึ้นช้าเร็วแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งเรียกวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงนี้ว่า ผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะกำหนดให้แน่นอนว่าอายุเท่าใดจึงถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548, หน้า 314), (WHO, 2006, p. 4) และได้มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ดังนี้

Yuriek (1980) ได้แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม (Yuriek, 1980, p.31) คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young-old) มีอายุ 60 – 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old-old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

Alfred Kahn (2003) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (ธนัช กนกเทศ, 2549, หน้า 85) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (The young elderly) คือ อายุระหว่าง 60 ถึงต่ำกว่า 75 ปี
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (The middle-age elderly) คือ อายุระหว่าง 75 - 85 ปี

3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (The old elderly) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปี ขึ้นไป

สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2552) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้สภาวะสุขภาพเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2552, หน้า 5) ดังนี้

1. ติดสังคม (พึ่งตนเองได้) คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น สังคม และชุมชนได้ จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีถึงแม้จะมีโรคประจำตัวก็สามารถควบคุมได้ มีศักยภาพ เข้าสังคม ชมรม สมาคม ให้ความร่วมมือร่วมใจกับสังคม และชุมชนได้ดี

2. ติดบ้าน (พึ่งตนเองได้บ้าง) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีโรคเรื้อรัง อาจจะพิการ/ทุพพลภาพบางส่วน ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

3. ติดเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

กรมสุขภาพจิต (2553) ได้จำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม (กรมสุขภาพจิต, 2553, หน้า 21) ดังนี้

1. กลุ่มที่ประพฤติปฏิบัติได้สอดคล้องตามวัยของตน ทำให้ไม่เกิดปัญหาต่อครอบครัว ได้แก่ มีความเป็นอยู่อย่างสงบ มีความสนใจกิจกรรมต่าง ๆ ตามความพอใจ และความเหมาะสมมุ่งทำประโยชน์ต่อสังคม

2. กลุ่มที่ชอบต่อสู้ มีพลังใจสูงทำให้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ขึ้นได้

3. กลุ่มที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น มักจะต้องการความสนใจ และความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวมาก

4. กลุ่มที่สิ้นหวังในชีวิต มักจะเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจ โดยเฉพาะโรคอารมณ์เศร้า

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2548) ได้จำแนกวัยสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548, หน้า 314) คือ

1. วัยสูงอายุตอนต้น (Young-old) อายุ 60-69 ปี
2. วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) อายุ 70-79 ปี
3. วัยสูงอายุมาก (Old-old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการสูงอายุนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงวัยของผู้สูงอายุดังกล่าวเท่านั้นแต่กระบวนการสูงอายุจะค่อย ๆ เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และเพิ่มมากขึ้นตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่บุคคลต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของคู่ครอง มิตรสนิท รายได้ลดลง และการสูญเสียตำแหน่งทางสังคม เป็นต้น

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยไม่กำหนดช่วงอายุในการสุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะด้านประชากรเพิ่มเติม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน คือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

1.3 ทฤษฎีการสูงอายุ

นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญศาสตร์หลายสาขาโดยเฉพาะนักชีววิทยา นักสังคมศาสตร์ และนักจิตวิทยา ซึ่งเป็นผู้สร้างทฤษฎีการสูงอายุ เป็นแม่บทของการศึกษาผู้สูงอายุให้กว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งนี้ได้อธิบายทฤษฎีการสูงอายุตามศาสตร์ของแต่ละสาขา โดยสามารถจำแนกออกเป็น 3 ทฤษฎีหลัก (ประภาพร มโนรัตน์, 2553, หน้า 23-24) คือ

1. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theory) นักชีววิทยาได้อธิบายการสูงอายุในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ยีน ดีเอ็นเอ โดยมีรายละเอียด (อรวรรณ แผนคง, 2553, หน้า 11-14) ดังนี้

1.1 ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theories)

1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theory) ได้อธิบายว่า อายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุนานไม่เท่ากัน เนื่องจากจะถูกกำหนดขึ้นโดยรหัสทางพันธุกรรม ดังนั้น จึงเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวใดมีบรรพบุรุษอายุยืน บุคคลในครอบครัวนั้นมักมีอายุยืนด้วย

1.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular genetic theory) ได้อธิบายว่า ยีน (Gene) ควบคุมลักษณะพันธุกรรมโดยการสร้างเอนไซม์ ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ ดังนั้น จึงเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคนนั้นกำหนดไว้แล้วในยีน

1.1.3 ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic mutation theory) ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอ (DNA) เกิดจากรังสีหรืออาจเกิดจากการส่งรหัสผิดพลาด จะเป็นตัวเร่งให้เซลล์ตาย ดังนั้น จึงเชื่อว่าจะเป็นสาเหตุทำให้คนเราแก่เร็วขึ้น

1.1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory of aging) ได้อธิบายถึงการเกิดความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอนไซม์ในเซลล์ จึงทำให้การจำลองโปรตีนหรือเอนไซม์ซึ่งมีลักษณะหรือคุณสมบัติผิดไปจากเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นเหตุให้เซลล์ตายในที่สุด จึงเชื่อว่าทำให้คนแก่เร็วขึ้นหรืออายุสั้น

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Non-genetic theories) ทฤษฎีนี้ไม่เชื่อว่าการสูงอายุเกิดจากกรรมพันธุ์ แต่เชื่อว่าเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในเซลล์ทำให้ลักษณะโครงสร้าง และหน้าที่ดีเอ็นเอ (DNA) เปลี่ยนแปลงไป โดยสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อยต่าง ๆ ดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and theory) หรือทฤษฎีเซลล์ ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักรเมื่อเกิดการใช้งานนาน ๆ จะเกิดความผิดปกติขึ้น เกิดภาวะความเสื่อมถอยทำหน้าที่ได้น้อยลง ซึ่งโดยปกติแล้วเซลล์จะมีการสร้างใหม่แทนที่เซลล์ ที่ตายอยู่ตลอดเวลา แต่ในคนสูงอายุขบวนการนี้จะเกิดน้อยลง และเซลล์บางชนิดเสื่อมลง โดยไม่มีเซลล์เกิดขึ้นใหม่ สภาวะการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้หน้าที่ของเซลล์เสื่อมลง การแลกเปลี่ยนออกซิเจน การขนถ่ายอาหารเลี้ยงเนื้อเยื่อน้อยลงทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่เสื่อมถอย

1.2.2 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ที่ชื่อว่าไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำจะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นสารนี้จะส่งผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ทำให้การซึมผ่านเซลล์ลดลง

1.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงเซลล์ว่า มีอายุเสื่อม และตายได้ สาเหตุเนื่องมาจากการสร้างอนุมูลอิสระซึ่งมีฤทธิ์ทำลาย ทำให้เซลล์เสื่อมอนุมูลอิสระนี้เป็นส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ ซึ่งเกิดจากผลพลอยได้ในกระบวนการทำงานปกติของเซลล์ เมื่อสะสมมากขึ้นก็จะมีอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และตายในที่สุด

1.2.4 ทฤษฎีการเชื่อมขวาง (Cross-linking theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการเชื่อมขวางของโมเลกุล โปรตีนพวก อิลาสติน (Elastin) คอลลาเจน (Collagen) เมื่ออายุมากขึ้นการเชื่อมขวางของคอลลาเจนเพิ่มมากขึ้น คอลลาเจนมีคุณสมบัติแข็ง และละลายได้น้อยลงทำให้เซลล์ไม่

สามารถที่จะขนส่ง และขับถ่ายของเสียออกจากเซลล์ได้สะดวก ขาดความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ และหลอดเลือด การขับถ่าย ขนส่งอาหารไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ไม่ดี

1.3 ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องทางสรีรวิทยา (Physiological theory) ทฤษฎีนี้อธิบายการสูงอายุว่าเป็นผลจากการล้มเหลวของการทำงานระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย และความบกพร่องของกลไกการควบคุมทางสรีรวิทยา โดยแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อยต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของลิมโฟซัยท์ (Lymphocyte) ลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมาก มีผลให้กลไกในการป้องกันตัวเองลดลงด้วยทำให้เจ็บป่วยง่าย

1.3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาท และต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าระบบสมอง ประสาท และต่อมไร้ท่อจะทำหน้าที่ประสานควบคุมซึ่งกัน และกัน เพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แต่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายทำให้ระดับฮอร์โมนแปรปรวนมีผลทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ แปรปรวนไปด้วย

2. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological theory) ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานในอดีตหรือผลจากการปรับตัวทั้งทางด้านความคิด สติปัญญา ความนึกคิด การรับรู้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ในอดีตทำให้แต่ละบุคคลมีบุคลิกภาพต่างกันไป บุคคล ที่ผ่านช่วงชีวิตด้วยความมั่นคง อบอุ่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้จะส่งผลให้ช่วงวัยสูงอายุมีความสุขมีความรู้สึกมั่นคง แต่ถ้าเป็นลักษณะตรงกันข้ามชีวิตวัยสูงอายุ อาจจะไม่มีความสุข รู้สึกท้อแท้ ผิดหวัง และซึมเศร้า

3. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological theory) โดยสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อยต่าง ๆ ดังนี้ (อรวรรณ แผนคง, 2553, หน้า 14-15) ดังนี้

3.1 ทฤษฎีไร้ภาระผูกพันหรือทฤษฎีถอยห่างจากสังคม (Disengagement theory) ได้อธิบายว่า เมื่อผู้สูงอายุต้องถอยห่างจากสังคมเนื่องจากการหมดบทบาทหน้าที่การงาน เช่น การเกษียณอายุ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงนี้ หากผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ชีวิตมาด้วยดี และมีความสุขจะมีชีวิตบั้นปลายอย่างกระฉับกระเฉง

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (The activity theory) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย และจิตใจที่ดี การ มีส่วนร่วมกิจกรรมทำประโยชน์ให้สังคมจะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาบทบาทใหม่

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง ได้อธิบายว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข และมีกิจกรรมในสังคมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และแบบแผนของชีวิตแต่ละคน ถ้าหากในอดีตชอบ ทำกิจกรรมร่วมกับสังคมก็จะชอบมีกิจกรรมในสังคมในช่วงสูงอายุ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสูงอายุของบุคคลเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน กระบวนการสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านกาย จิต สังคมในลักษณะเสื่อมถอย จะเกิดขึ้นช้าหรือเร็วแตกต่างกันไป ส่วนการกำหนดอายุว่าบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละประเทศแตกต่างกันไป แต่บุคคลที่จะได้รับผลกระทบจากการสูงอายุมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุ ดังนั้น การเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ จะช่วยให้สามารถวางแผนในการลดผลกระทบจากการสูงอายุได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological theory) ร่วมกับทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological theory) เป็นกรอบในการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

2. ผลกระทบของการสูงอายุต่อสุขภาพ

แนวคิด ทฤษฎีของการสูงอายุดังได้กล่าวไว้ข้างต้น ได้อธิบายให้เห็นถึงสาเหตุของการเสื่อมถอยทางสุขภาพของมนุษย์ด้วยหลักการของศาสตร์หลากหลายสาขา ซึ่งทุกศาสตร์ได้อธิบายให้เห็นถึงผลกระทบอันเกิดกับสุขภาพ ซึ่งผลกระทบจากการสูงอายุนั้นมาจากการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก่อให้เกิดการขาดสมดุลทางสุขภาพ เหนี่ยวนำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วยทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณได้ ดังนั้น จึงได้สรุปผลกระทบของการสูงอายุ (อรวรรณ แผนคง, 2553, หน้า 18-35) ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคน จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลง และมีจำนวนลดน้อยลง 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาว และขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะ มีไขมันสะสมมากขึ้น มีปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลงแต่ปริมาณน้ำภายนอกเซลล์ยังคงเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ปริมาณน้ำทั้งหมดภายในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้น้ำหนักของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548, หน้า 22-25) ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังเหี่ยวย่น และแห้ง สาเหตุเนื่องมาจากขาดไขมัน ใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ผิวหนังบางลง และการไหลเวียนเลือดลดลงจึงมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย ต่อมเหงื่อมีจำนวน และขนาดลดลง การทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้เป็นผลให้ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิลดลง ผู้สูงอายุจึงมักจะทนอากาศร้อนหรือหนาวจัดไม่ได้ ผม และขนมีจำนวนลดลงรวมถึงมีสีจางลง จนกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว ผมร่วง และแห้งง่าย เนื่องจากได้รับอาหารไม่เพียงพอรวมถึงการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง

1.2 ระบบประสาทสัมผัส มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมอง เซลล์ประสาท ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมอง และประสาทลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลงเป็นเหตุให้ความไว และความรู้สึกตอบสนองปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหว และความคิดเชื่องช้า บางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องในอดีตได้ดี

1.3 ระบบประสาทสัมผัส การมองเห็น การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด เช่น หลอดเลือดแข็งจะทำให้การมองเห็นเสื่อมลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตายาวขึ้น มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด มองเห็นภาพไกลชัด ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดหรือในเวลากลางคืนไม่ดี การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้นร่วมกับเส้นประสาทเส้นที่ 8 เสียหน้าที่ เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น การรับกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลงประมาณ 2 ใน 3 และต่อมรับรสจะตายเมื่ออายุ 70 ปี

1.4 ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก กระดูกเปราะ หักง่ายเนื่องจากมีการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูก ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงเพราะหมอนรองกระดูกบางลง กระดูกสันหลังผุมากขึ้นทำให้หลังค่อม กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ บางลง น้ำไขข้อลดลงทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกันเกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบ และมีอาการปวดข้อ จำนวน และขนาดเส้นใยของขนาดกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ มวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งนานขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ช้าลง

1.5 ระบบการไหลเวียนโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ จากอายุ 25-65 ปี ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น

รูภายในหลอดเลือดแคบลงจึงมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย การไหลเวียนของเลือด ช้าลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้อวัยวะนั้น ๆ เสื่อมลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้นทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

1.6 ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของช่องเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรง และกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ขยาย และหดตัวไม่ดี ผนังทรวงอกแข็งขึ้น กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้าลงส่งผลให้การระบายอากาศลดลง และรีเฟล็กซ์การไอลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

1.7 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เหงือกที่หุ้มคอฟันร่น ฟันผุง่ายขึ้น ฟันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะหลุดล่วงไปต้องใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด การผลิตน้ำย่อย และเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะลดลง ทำให้การย่อย การดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลง ประกอบกับการรับประทานอาหารที่ไม่มีกากใยทำให้เกิดภาวะท้องผูก

1.8 ระบบขับถ่ายของเสีย ขนาด และความจุของกระเพาะปัสสาวะมีขนาดลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลัง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง มีผลทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยในผู้สูงอายุชาย อาจมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะลำบาก ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้น้ำปัสสาวะเข้มข้นลดลง จึงทำให้น้ำปัสสาวะเจือจาง ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำ และเกลือแร่ได้

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายทำให้ต่อมไร้ท่อ และองค์ประกอบอื่น ๆ ในร่างกายถูกรบกวน เช่น องค์ประกอบที่ลดน้อยลงของต่อมไทรอยด์จะนำไปสู่ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ นอกจากนี้เนื้อเยื่อของตับอ่อนอาจถูกทำลาย ทำให้การผลิตอินซูลินลดลง จึงทำให้เกิดภาวะโรคเบาหวานได้มากขึ้นโดยเฉพาะอายุระหว่าง 60-70 ปี

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงนี้มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคมเพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลรวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ การตายจากของคู่ครอง ญาติสนิท เพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย โดยเฉพาะการตายของคู่ครองนั้น ถือว่าเป็นการสูญเสียอย่างใหญ่หลวงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา และว้าเหว่

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ วัยสูงอายุเป็นวัยอันควรที่จะต้องออกจากงาน ในขณะเดียวกันก็ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงตามมา เนื่องจากการหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง หน้าที่การงาน รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือชุมชน ขณะเดียวกันก็ขาดรายได้หรือมีรายได้ลดลง ผลกระทบจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว

2.3 การสูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัว วัยสูงอายุ บุตรธิดามักจะมีครอบครัวและแยกย้ายไปอยู่อาศัยต่างหาก โดยเฉพาะสังคมยุคปัจจุบันมีแนวโน้มจะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานต้องลดลงกว่าแต่ก่อน บทบาทในการดูแลเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานจึงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเงียบเหงา เปล่าเปลี่ยว เกิดความซึมเศร้า และเบื่อหน่ายในชีวิต

2.4 การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสารเคมีของร่างกาย ทำให้เกิดความเสื่อมในสมรรถภาพทางเพศ ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ ตลอดจนความสวยงาม

ของรูปร่างหน้าตาลดลง การไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศนับเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เมื่อร่างกายเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานหรือการเกษียณอายุงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม สัมพันธภาพทางสังคม ลดน้อยลง การยอมรับทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นไปในทางลบ และมักจะไม่ค่อยยอมรับในศักยภาพของผู้สูงอายุเท่าที่ควร สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548, หน้า 22-25) มีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม สังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้คนในครอบครัวที่อยู่ในวัยแรงงานต้องออกไปประกอบอาชีพในเมืองใหญ่หรือเมื่อบุตรหลานแต่งงานแล้วก็จะแยกย้ายไปสร้างครอบครัวใหม่ ทำให้เกิดสภาพครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น ก่อให้เกิดความว้าเหว่ ความวิตกกังวล น้อยใจ และเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ การตายของคู่ครอง ญาติสนิท เพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย โดยเฉพาะการตายของคู่ครองนั้นถือว่าเป็นการสูญเสียอย่างใหญ่หลวงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา และว้าเหว่

3.2 ความคับข้องใจทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการติดต่อสื่อสาร ทำให้ความเป็นอยู่ในสังคมไทยมีความคล้ายคลึงกับประเทศในทวีปยุโรปมากยิ่งขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมักจะเกิดความขัดแย้งกับคนหนุ่มสาวยุคปัจจุบันในด้านของพฤติกรรมที่แสดงออก และค่านิยมต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าเป็นคนล้าสมัย พูดคุยไม่เข้าใจ จู้จี้ขี้บ่น บุตรหลานไม่ต้องการเข้าใกล้ทำให้มีความรู้สึกน้อยใจ เกิดความเครียด รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย บุตรหลานขาดความเคารพยำเกรง เป็นส่วนเกินของครอบครัว เกิดความท้อแท้ และเบื่อหน่ายในชีวิต หากมีการเกษียณอายุงานร่วมด้วยแล้วนับว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการเกษียณอายุงาน ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ การยกย่องทางสังคม ตลอดจนถูกลดบทบาทการเป็นผู้นำของครอบครัว เกิดความรู้สึกว่าผู้อื่น จะเกิดความไม่ไว้วางใจในสมรรถภาพของตน หมดความนับถือ คุณค่า และศักดิ์ศรีน้อยลง

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปเป็นผู้รับคำปรึกษา การให้รับผิดชอบงานในชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่น ไม่กล้าแสดงออก ยกเว้นผู้สูงอายุที่เคยมีความสัมพันธ์กับชุมชนในลักษณะการเป็นผู้นำให้คำปรึกษา เป็นแกนนำชุมชนหรือมีความสามารถเฉพาะ เช่น ผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ผลกระทบของการสูงอายุ มีผลต่อสภาวะสุขภาพในทุกมิติ ทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ ความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางสุขภาพเหนี่ยวนำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วยตามมา และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาสภาวะสุขภาพโดยประเมินผลกระทบของการสูงอายุของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในทุกมิติ

3. แนวคิดเกี่ยวกับนโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุ

นโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมต่าง ๆ มีการพัฒนา และทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของสังคม (Davis, 1995, p. 1) เป็นการเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551, หน้า 23) หรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตใน

สังคมได้อย่างปกติสุข (จำเรียง งามศรี, 2550, หน้า 15-16) ทำให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้นานที่สุด (กรมอนามัย, 2551, หน้า 1) ทั้งนี้ผู้สูงอายุ ควรได้รับความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม ตามความต้องการ และให้ผู้สูงอายุได้รับผล ในทางลบน้อยที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐาน ที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือ การให้กำลังใจ การให้ความรักความอบอุ่น การจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550, หน้า 10) โดยสรุปได้ดังนี้

3.1 ระดับนานาชาติ

3.1.1 แนวคิดในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติได้จัดให้มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The world assembly on aging) เมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา โดยได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีสาระสำคัญประกอบด้วยแนวความคิด 2 ประการคือ (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553, หน้า 20 - 21)

1. แนวคิดด้านมนุษยธรรม (Humanitarian aspect of aging) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุ ควรได้รับความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม และความต้องการ ได้แก่

1.1 สุขภาพอนามัย และโภชนาการ ผู้สูงอายุควรได้รับการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การโภชนาการ และมีมาตรการป้องกันเกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุ ป้องกันความพิการ

1.2 ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม ควรให้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านของตนเองอย่างมีอิสระให้มากที่สุด การสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุควรจะพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ ควรมีเครื่องอำนวยความสะดวกให้พอเพียงโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุที่พิการ นอกจากนี้ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านบริการสังคม อนามัย วัฒนธรรม งานด้านพักผ่อนหย่อนใจ การคมนาคม เป็นต้น

1.3 ครอบครัว ควรสนับสนุน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้รัฐบาล และองค์การเอกชนควรจะจัดให้มีมาตรการหรือบริการในการสนับสนุนครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้น้อย

1.4 สวัสดิการสังคม การให้บริการด้านนี้ควรจะมีเป้าหมายที่เสริมสร้าง และคงไว้ซึ่งบทบาทที่เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุในสังคมให้มากที่สุดที่จะกระทำได้รวมทั้งการสนับสนุนให้กลุ่มเยาวชน และอาสาสมัครต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุหรือจัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ โดยที่รัฐบาลต้องยกเลิกกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานนี้

1.5 ความมั่นคงทางด้านรายได้ และการจ้างงาน รัฐควรมีหลักประกันรายได้ขั้นต่ำ สำหรับผู้สูงอายุซึ่งอาจจะดำเนินการโดยออกกฎหมายประกันสังคมหรือมาตรการอื่น ๆ นอกจากนี้ ควรจะมีการร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับนายจ้าง องค์การลูกจ้างหรือคนงาน เพื่อจัดทำมาตรการที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานต่อไป ภายใต้สภาพการที่เหมาะสม และมีความมั่นคง

1.6 การศึกษา ควรจัดให้มีโครงการศึกษาที่ให้ผู้สูงอายุเป็นครูหรือเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ วัฒนธรรม ประเพณี ศีลธรรม ควรจะกระตุ้นให้มีการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ในทุกระดับรวมทั้งในระดับมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ ควรจะต้องให้การศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป ตั้งแต่เยาว์วัยถึงวัยสูงอายุเกี่ยวกับกระบวนการชราภาพ และวิธีการเตรียมตัวเพื่อรับกับวัยสูงอายุ

2. แนวคิดด้านพัฒนา (Developmental aspect of the aging) หมายถึงบทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งรัฐบาลจะต้องรับผิดชอบ โดยการทำให้การสูงอายุมีผลในทางลบน้อยที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม รวมทั้งในเรื่องของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในด้านการพัฒนาประเทศโดยส่วนรวม ในส่วนการจัดบริการสังคมที่เหมาะสม สำหรับ

ผู้สูงอายุ ได้อธิบายถึงบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อบรรเทาปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ต้องมีลักษณะ (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553, หน้า 22) ดังนี้

2.1 บริการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวเข้าวัยสูงอายุ (Adjustive and integrative services) เป็นการจัดบริการที่มีจุดมุ่งหมายไปที่ผู้กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะต้องเข้ามาอยู่ในสังคมใหม่ ปรับตัวต่อบทบาท และสถานการณ์ใหม่ ๆ กิจกรรมต่าง ๆ ของบริการด้านนี้ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำ เกี่ยวกับรายได้ และความทุกข์ใจ กังวลใจต่าง ๆ และการชักชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

2.2 บริการที่ให้การสนับสนุน (Supportive services) ซึ่งบริการประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายไปที่ผู้สูงอายุที่อายุมากแล้วเพื่อช่วยเหลือให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การเยี่ยมเยียนที่บ้านเพื่อให้บริการดูแลรักษาสุขภาพ ให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องต่าง ๆ และการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นต้น

2.3 บริการด้านที่พักอาศัย (Congregate and shelter care services) เป็นการจัดที่พักอาศัย และให้การดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

2.4 บริการทางด้านการป้องกัน และรักษาความปลอดภัย (Protective services) เป็นการจัดบริการทางด้านการป้องกันรักษาความปลอดภัย รักษาสิทธิ และสวัสดิการ ได้แก่ บริการด้านกฎหมาย การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการจัดการด้านการเงิน เป็นต้น

2.5 บริการทางด้านอำนวยความสะดวกในการดูแลรักษา (Care facilities and services) บริการประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ให้ได้รับความสะดวกในด้านการรับบริการรักษาพยาบาล

3.1.2 หลักการของสหประชาชาติสำหรับผู้สูงอายุ

เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2534 สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้รับรองหลักการผู้สูงอายุ (United nation principles for older person) ซึ่งมีสาระสำคัญ (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553, หน้า 22) ดังนี้

1. หลักการมีเสรีภาพ

1.1 ผู้สูงอายุ ควรได้รับอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างพอเพียง โดยการมีรายได้ การสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และการช่วยเหลือตนเอง

1.2 ผู้สูงอายุ ควรได้รับโอกาสในการทำงานหรือสามารถได้รับรายได้อื่น ๆ

1.3 ผู้สูงอายุ ควรมีส่วนในการตัดสินใจว่าเมื่อใดจะต้องพ้นจากการทำงาน

1.4 ผู้สูงอายุ ควรได้รับการฝึกอบรม และการศึกษาตามความเหมาะสม

1.5 ผู้สูงอายุ ควรได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบปลอดภัยด้วยความพึงพอใจตามกำลังความสามารถ

1.6 ผู้สูงอายุ ควรได้อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ตลอดระยะยาวนานเท่าที่เป็นไปได้

2. หลักการมีส่วนร่วม

2.1 ผู้สูงอายุ ควรได้มีส่วนร่วมในการกำหนด และดำเนินงานตามนโยบายต่าง ๆ ที่จะส่งผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตน สามารถถ่ายทอดความรู้ และทักษะให้กับชนรุ่นหลัง

2.2 ผู้สูงอายุ ควรที่จะได้รับการพัฒนาโอกาสต่าง ๆ เพื่อให้บริการแก่ชุมชนเป็นอาสาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมตามความสนใจ และกำลังความสามารถของตน

2.3 ผู้สูงอายุ ควรมีบทบาทที่จะจัดตั้งกลุ่มหรือสมาคมของผู้สูงอายุเองได้

3. หลักการได้รับการดูแล

3.1 ผู้สูงอายุ ควรได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และได้รับการคุ้มครอง

3.2 ผู้สูงอายุ ควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ให้ดีขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

3.3 ผู้สูงอายุ ควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสังคม และกฎหมายเพื่อเป็นการส่งเสริม สนับสนุน การเป็นอิสระ การคุ้มครอง และการได้รับการดูแล

3.4 ผู้สูงอายุ ควรได้รับการดูแล คุ้มครอง ฟื้นฟู ส่งเสริมทางด้านสังคม และจิตใจอย่างเหมาะสมจากสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมที่มั่นคง

3.5 ผู้สูงอายุ ควรได้รับสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

4. หลักการบรรลุความพึงพอใจของตนเอง

4.1 ผู้สูงอายุ ควรได้รับโอกาสพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างเต็มความสามารถ

4.2 ผู้สูงอายุ ควรได้รับโอกาสในการศึกษาวัฒนธรรม จิตใจ และกิจกรรมนันทนาการของสังคม

5. หลักการความมีศักดิ์ศรี

5.1 ผู้สูงอายุ ควรที่จะดำรงชีวิตอยู่ด้วยศักดิ์ศรี และความปลอดภัย โดยปราศจากการถูกแสวงหาประโยชน์ ถูกทำร้ายร่างกาย และจิตใจ

5.2 ผู้สูงอายุ ควรได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมตามสถานภาพ ภูมิหลัง และมีอิสระในการช่วยเหลือตนเองทางด้านเศรษฐกิจ

3.1.3 ประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2535 ในการประชุมสามัญครั้งที่ 45 ขององค์การสหประชาชาติได้มีมติประกาศให้วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุสากล (International day for the elderly) และสมัชชาใหญ่แห่งองค์การสหประชาชาติมีมติ ให้จัดทำประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ (Proclamation on ageing) มีสาระสำคัญ (นวลศรี เพ็ชรนวล, 2548, หน้า, 15-16) ดังนี้

1. การสูงอายุของประชากรจะก่อให้เกิดความจำเป็นอันเร่งด่วนที่รัฐบาล และเอกชนจะต้องกำหนดนโยบาย และแผนงานเพื่อสนองความต้องการตามความจำเป็นให้เพียงพอ

2. จำนวนผู้สูงอายุในภูมิภาคที่กำลังพัฒนาได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าในภูมิภาคที่พัฒนาแล้ว

3. ในทศวรรษหน้าจะมีการร่วมมือ การเริ่มงานใหม่ และการจัดสรรทรัพยากรให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น

4. ควรมีการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ

5. ชราภาพเป็นกระบวนการของอายุยืนยาว การเตรียมตัวเข้าสู่วัยชราจะต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

6. ผู้สูงอายุย่อมหวังที่จะมีสุขภาพดีที่สุด เท่าที่เป็นไปได้

7. การเข้าสู่วัยชราของผู้สูงอายุบางคน อาจต้องการบริการจากชุมชน และครอบครัว

3.2 ภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิค

3.2.1 ปฏิญญามาเก๊า

ในปี พ.ศ. 2541 คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจ และสังคมภาคพื้นเอเชีย แปซิฟิค (ESCAP) ได้จัดประชุมประเทศต่าง ๆ ในภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิค ที่เมืองมาเก๊า และได้ประกาศปฏิญญามาเก๊าโดยมีสาระสำคัญเกี่ยวข้องกับประเด็นหลักเรื่องผู้สูงอายุ คือ ให้ทุกประเทศ ในภูมิภาคเอเชีย และแปซิฟิคตระหนักถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป คุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะผู้มีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคม การร่วมมือในระดับภูมิภาคทั้งภาครัฐ และเอกชนช่วยสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรหรือบริการต่าง ๆ ให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุทั้งในเมือง และชนบท (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553, หน้า 24)

3.2.2 แผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในเขตภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิค

แผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในเขตภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิค จัดทำขึ้นภายใต้ผลการประชุมที่ประเทศออสเตรีย เมื่อปี พ.ศ. 2525 และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นที่น่าห่วงใยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภูมิภาคนี้ 7 ประการ (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553, หน้า 24-25) ได้แก่

1. สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุถูกมองว่าอ่อนแอไร้ความสามารถต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังนั้น รัฐบาลจะต้องพยายามสร้างภาพ ในเชิงบวก

2. ผู้สูงอายุกับครอบครัว รัฐบาลต่าง ๆ จะต้องสนับสนุนให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น โดยการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบต่าง ๆ การจัดบริการด้านการรักษาพยาบาล การดูแลตามบ้านให้ผู้สูงอายุ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก การสนับสนุนเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างวัย

3. สุขภาพ และโภชนาการ รัฐบาลจะต้องมีการวางแผนการดำเนินกิจกรรม ที่เป็นระบบ เพื่อให้ความรู้ในเชิงป้องกัน เน้นชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงาน การมีระบบการประกันสุขภาพ เป็นต้น

4. ที่อยู่อาศัย การคมนาคม และการสร้างสภาวะแวดล้อม รัฐต้องสร้างหลักประกันด้านที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น แผนงานด้านเคหะชุมชนเปิดโอกาส และ ให้ทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งการเตรียมเรื่องการเดินทาง การผ่อนผันเรื่องค่าโดยสาร

5. ผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค ซึ่งผู้สูงอายุมีความต้องการสินค้าบริการที่ต่างไปจากกลุ่มอื่น รัฐบาลจึงต้องคุ้มครองสิทธิในฐานะผู้บริโภคหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมกลุ่มผู้บริโภค เพื่อปกป้องสิทธิประโยชน์ของตนเองรวมทั้งการกำหนดกฎ ระเบียบ กำหนดมาตรฐานขั้นต้นของสินค้า และบริการเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับภาคเอกชน

6. หลักประกันด้านรายได้ การคงไว้ซึ่งรายได้ และการมีงานทำ ซึ่งรัฐบาลจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคคลในเรื่องการออมโดยการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ ได้รับการจ้างงาน และมีแผนการเกษียณอายุที่มีความยืดหยุ่น การคุ้มครองด้านกฎหมาย

7. บริการทางสังคม และชุมชม รัฐบาลจะต้องเล็งเห็นถึงความจำเป็นของบริการทางสังคมที่จัดให้ผู้สูงอายุจะต้องมีเพียงพอ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อสร้างเครือข่ายบริการให้ครอบคลุมทั้งในเมือง และชนบท นอกจากนี้ภาค รัฐต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกของสมาคมต่าง ๆ

3.3 ประเทศไทย

ภาครัฐได้ให้ความสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ โดยกำหนดนโยบายในระดับชาติรวมถึงกำหนดให้แต่ละภาคส่วน กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ และมาตรการส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหาด้านคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553) ซึ่งสรุปพัฒนาการของการดำเนินงานผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้ดังนี้

ในปี พ.ศ. 2494 รัฐบาลในขณะนั้นได้ตราพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ ปี พ.ศ. 2496 กรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้เริ่มจัดสร้างบ้านบางแคให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ยากจน จากนั้นในปี พ.ศ.2525 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (2525 - 2544) ซึ่งแผนดังกล่าวประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) สุขภาพอนามัย 2) ความมั่นคงทางรายได้และการทำงาน 3) การศึกษา วัฒนธรรม 4) สวัสดิการสังคม และ5) ด้านวิจัย และพัฒนา และในปีเดียวกันนี้รัฐบาลในขณะนั้นได้ประกาศให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ และมีการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติตั้งแต่ปี 2526 และส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2532 กระทรวงสาธารณสุขได้มีโครงการให้การสงเคราะห์ประชากรผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาล ในปี พ.ศ. 2535 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบนโยบาย และมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2535-2554 ซึ่งประกอบด้วยนโยบาย และมาตรการ 5 ด้าน 1) สุขภาพอนามัย/โภชนาการ 2)สวัสดิการสังคม 3)ด้านการงานและรายได้ 4) ด้านสังคม การศึกษา วัฒนธรรม และจิตใจ 5) ด้านวิจัย และพัฒนา ในปี พ.ศ.2542 ได้ประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (9 ข้อ) ซึ่งประกอบด้วย (สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553) ดังนี้

ข้อที่ 1 ผู้สูงอายุ ต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์ การคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และการละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อที่ 2 ผู้สูงอายุ ควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกัน และกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข

ข้อที่ 3 ผู้สูงอายุ ควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้านเพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้เหมาะสมกับวัย

ข้อที่ 4 ผู้สูงอายุ ควรได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อที่ 5 ผู้สูงอายุ ควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกันรวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

ข้อที่ 6 ผู้สูงอายุ ควรได้มีบทบาท และส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย

ข้อที่ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบาย และแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริม และประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อที่ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกัน และการบังคับใช้ในการพิทักษ์ คุ้มครองสิทธิ์ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อที่ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูกตเวทีและความเอื้ออาทรต่อกัน

จากนั้นในปี พ.ศ. 2545 คณะรัฐมนตรีในขณะนั้นมีมติเห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ในปี พ.ศ. 2546 ได้ตรา และประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งมี 24 มาตรา และในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) โดยแก้ไขให้มี "การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม" (สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553) โดยรายละเอียดด้านสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) เป็นกฎหมายที่ให้การคุ้มครองส่งเสริม สนับสนุนผู้สูงอายุให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผลักดันให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติดังกล่าว (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554, หน้า 6-7) ดังนี้

1. การบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะมีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้รับบริการอย่างรวดเร็ว และสะดวก

2. ด้านการศึกษา จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน และมีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐานถึงขั้นอุดมศึกษาทั้งในระบบ นอกระบบ ตามอัธยาศัย และ มีรายการต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุ

3. ด้านการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพ ให้ข้อมูล คำปรึกษา ข่าวสารตลาดแรงงาน การจัดหางาน รับสมัครงาน บริการข้อมูลด้านอาชีพ

4. ด้านการฝึกอาชีพ การจัดหาตลาดรองรับสินค้า อบรมการจัดการ การตลาด และนำสินค้าร่วมจำหน่ายในงานต่าง ๆ

5. ด้านการลดหย่อนค่าโดยสาร และการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง

6. ด้านการท่องเที่ยวจัดกิจกรรม และโครงการเพื่อผู้สูงอายุ

7. ด้านกีฬา และนันทนาการบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ใช้บริการในสนามกีฬา สวนสุขภาพ ลานกีฬา แอโรบิค สนามฟุตบอล ห้องออกกำลังกาย

8. ด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม อำนวยความสะดวก ความปลอดภัย ในพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ หอศิลป์ สถานที่จัดกิจกรรม และลดอัตราค่าเข้าร่วมกิจกรรม

9. ด้านการช่วยเหลือในทางคดี ให้คำแนะนำ ปรึกษา ความรู้ทางกฎหมาย จัดหาทนายความช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือว่าความแก้ต่างคดี และได้รับการดูแลจากอาสาสมัครคุ้มครองสิทธิ์ และเสรีภาพในพื้นที่

10. ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม ถูกทอดทิ้ง ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณ ถูกทอดทิ้ง ถูกแสวงหาประโยชน์โดยผิดกฎหมาย ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาในครอบครัว ช่วยเหลือผู้สูงอายุจัดการศพ ช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และด้านที่อยู่อาศัย

11. ด้านการช่วยเหลือเบี้ยยังชีพ ช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุเป็นรายเดือน

จากแนวคิดนโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว สามารถสรุป และจำแนกการให้บริการตามลักษณะกิจกรรมที่จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการอยู่ในประเทศไทย ดังนี้

1. บริการด้านสุขภาพอนามัย เช่น บริการคลินิกผู้สูงอายุ บริการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย บริการฟื้นฟูสุขภาพ บริการบัตรสุขภาพรักษาพยาบาลฟรี เป็นต้น บริการนี้ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข เช่น การจัดทำโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้มีจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในระดับจังหวัด และอำเภอ การส่งเสริม สนับสนุนโรงพยาบาลทั้งของรัฐ และเอกชน ให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ และงานสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขเบื้องต้น

1.2 การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจัดให้มีคลินิก และโรงพยาบาลดำเนินการให้การรักษาเบ็ดเสร็จ เช่น การจัดตั้งโครงการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุตามโรงพยาบาลต่าง ๆ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์บริการตรวจผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลสุขภาพเวลากลางวัน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ การเยี่ยมเยียน และติดตามที่บ้านโดยพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ แผนกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุ ชมรมหรือสโมสรผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.3 งานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการจัดการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนำความรู้ในด้านสุขภาพอนามัยไปสู่หมู่บ้าน และตำบล จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านโดยเน้นการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์

2. บริการด้านการศึกษา เช่น การจัดสัมมนา และบรรยายเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพเพื่อเป็นรายได้หรือเพื่อเป็นกิจกรรมเวลาว่าง เป็นต้น

3. บริการด้านนันทนาการ วัฒนธรรม และสังคม เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อความบันเทิง การแสดง การจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา การจัดกิจกรรมพัฒนาสังคม เป็นต้น

4. ด้านการบริการให้การช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น ศูนย์บริการทางสังคมสงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

5. ด้านการบริการที่พักอาศัย เป็นกิจกรรมด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เช่น การจัดสถานสงเคราะห์หรือบ้านพักฉุกเฉิน เป็นต้น

สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2551) ได้รวบรวมหน่วยงานเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการและการดูแลผู้สูงอายุ (สมสุดา ภู่พัฒน์ และจุฬารัตน์ วัฒนะ, 2551, หน้า 8 -10) ดังนี้

1. กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ประกอบด้วย

1.1 กรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

1.1.2 หน่วยบริการเคลื่อนที่ออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตามบ้าน

1.1.3 การสงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภค เครื่องช่วยคนพิการ

1.1.4 การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.2 สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) มีพันธกิจเกี่ยวกับ

1.2.1 พัฒนามาตรการกลไก

1.2.2 ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

1.2.3 คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

2. กระทรวงแรงงาน คือ สำนักงานประกันสังคมให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุด้านบำเหน็จบำนาญชราภาพ

3. กระทรวงศึกษาธิการ จัดกิจกรรมการศึกษานอกโรงเรียน และกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ

4. กระทรวงวัฒนธรรม ทำหน้าที่รวบรวม และคัดเลือกศิลปินแห่งชาติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่ทรงคุณค่าภูมิปัญญาไทย

5. กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ

6. กระทรวงมหาดไทย ประกอบด้วย

6.1 กรมการพัฒนาชุมชน ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอาชีพในชุมชนจัดกิจกรรมฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเกี่ยวกับการยกย่องผู้สูงอายุ และบุพการี

6.2 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น รับผิดชอบงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และกิจกรรมในชุมชนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

6.2.1 การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

6.2.2 การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดหรือศาสนสถาน ในชุมชนของตนเอง โดยจัดกิจกรรมตามความต้องการของชุมชน เช่น กิจกรรมส่งเสริมรายได้ กิจกรรมเกษตร กิจกรรมการศึกษา เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2546 กรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ได้ถ่ายโอนภารกิจสถานสงเคราะห์คนชรา และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อม

7. กระทรวงคมนาคม บริการลดค่าโดยสารรถไฟในช่วงเดือนมิถุนายน – กันยายน ของทุกปี ตลอดจนจัดที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุในรถประจำทาง

8. กระทรวงการท่องเที่ยว และการกีฬา ได้จัดทำโครงการ และกิจกรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น โครงการค่ายพักแรม การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

9. สำนักนายกรัฐมนตรี กรมประชาสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานกลางในการเผยแพร่สื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุตลอดจนรณรงค์ให้ประชาชน และสื่อมวลชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ

10. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมให้การยกเว้นค่าบริการแก่ผู้สูงอายุเมื่อเข้าไปในอุทยานแห่งชาติ

11. กระทรวงยุติธรรม ทำหน้าที่คุ้มครองพิทักษ์สิทธิแก่ผู้สูงอายุด้านกฎหมาย

12. กระทรวงการคลัง ดำเนินการเกี่ยวกับการลดหย่อนภาษีเงินได้ แก่ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ และลดหย่อนภาษีเงินได้ แก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการี

13. กรุงเทพมหานคร ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้งหรือประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ทำบัตรประชาชนผู้สูงอายุ การจัดหน่วยเคลื่อนที่เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในชุมชน และให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

แนวคิด และกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

1. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

The Ottawa charter for health promotion ได้ให้ความหมายของ การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนเพิ่มสมรรถนะ กิจกรรมหรือการใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อเสริมสร้างให้บุคคล ประชาชน มีสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2010; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550, หน้า 2; Pender, et al.,1996, p. 5) โดยสนับสนุนสร้างเสริมพฤติกรรม

สุขภาพ พฤติกรรมของบุคคล ครอบครัว สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547, หน้า 2; วรุณวรรณ ผาโคตร, 2550, หน้า 105) เป็นผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษา และสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ และเงื่อนไขของการดำรงชีวิตที่มีสภาวะที่สมบูรณ์ รวมถึงเทคนิคการเปลี่ยนแปลงปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคล และการใช้อิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อมเพื่อดำเนินการสร้างกลยุทธ์ทางสุขภาพที่ดี (Egger, Spark and Lawson,1992, p. 7)

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะหรือกระบวนการที่ก่อให้เกิดศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนตลอดจนสังคม เพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี

1.2 การประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ

การประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพครั้งแรก จัดขึ้นระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 (ค.ศ.1986) ที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนนาดา ที่ประชุมนี้ได้ประกาศ "กฎบัตรออตตาวา" (The Ottawa charter) ซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 3 ประการ (WHO, 2010) ดังนี้

1. Advocate เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อสร้างกระแสทางสังคม และทำให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

2. Enable เป็นการดำเนินงานสนับสนุนให้ประชาชนมีศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพดี

3. Mediate เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม/หน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาครัฐ และเอกชน

กฎบัตรออตตาวา (The Ottawa Charter) ได้จำแนกวิธีปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ เป็น 5 ประเภท (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553, หน้า 17-19) ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) การอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชาชน กำหนดมาตรการ นโยบายต่าง ๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม กฎหมาย เป็นต้น

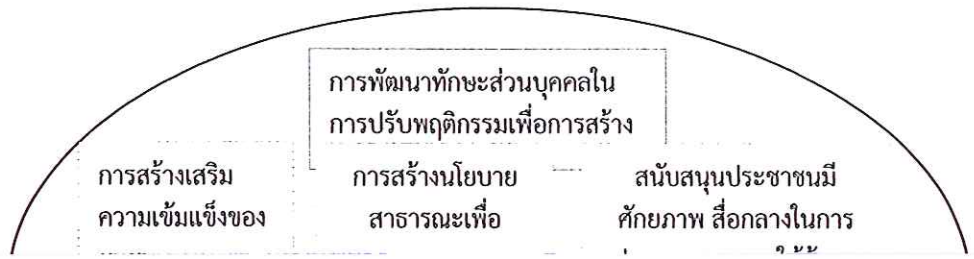
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมหรือสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create healthy environment) เช่น การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3. การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน กระบวนการชุมชน (Community strengthening) เช่น การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม การสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเอง เป็นต้น

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการปรับพฤติกรรมเพื่อการสร้างสุขภาพ (Personal skill development) เช่น การสร้างเสริมพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ทักษะชีวิต เป็นต้น

5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการการแพทย์ และการสาธารณสุขให้เป็นไปในลักษณะผสมผสาน และองค์รวม (Health care service system reorientation) การรับผิดชอบร่วมกันของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดังภาพ 1

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้สรุปกลยุทธ์ และแนวทางดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังภาพ 1



การปรับเปลี่ยนระบบบริการการแพทย์ และการ	การสร้างสิ่งแวดล้อมหรือสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อ

ภาพ 1 แสดงกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
ที่มา: WHO, 2010

ครั้งที่ 2 จัดประชุม ณ เมืองอะเดเลด (Adelaide) ประเทศออสเตรเลีย ระหว่างวันที่ 5-7 เมษายน พ.ศ. 2531 (ค.ศ.1988) โดยมีหัวข้อคือ "นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ" การประชุมครั้งนี้ เน้นที่การสร้างนโยบายสาธารณะ (Public policy) เพื่อให้เกิดกระแสผลักดันในระดับสูงของประเทศ เป็นนโยบายทางการเมือง การวางแผน และเป้าหมายด้านสาธารณสุข ให้มีการลงทุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความเสมอภาค ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม (WHO, 2010)

ครั้งที่ 3 จัดประชุม ณ เมืองซุนดวลล์ (Sundsvall) ประเทศสวีเดน ระหว่างวันที่ 9-15 มิถุนายน พ.ศ. 2534 (ค.ศ.1991) การประชุมครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม เนื่องจากประเทศในทุกภูมิภาคของโลก ประสบปัญหาภาวะวิกฤตด้านสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นต้องเน้นการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Supportive environment for health) ผลของการประชุมครั้งนี้ทำให้เกิดนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม ที่เรียกว่า Agenda 21 จากการนำเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ เมื่อปี พ.ศ.2535 (ค.ศ.1992) และภายหลังจากการประชุมนานาชาติเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระหว่างประเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีองค์การอนามัยโลก และกรมอนามัยเป็นผู้จัดการประชุม ผลการประชุมได้ The Bangkok statement (WHO, 2010)

ครั้งที่ 4 จัดขึ้น ณ เมืองจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ระหว่างวันที่ 21-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 โดยมีหัวข้อว่า "New players for a new era: leading health promotion into the 21st century" ผลการประชุมได้ Jakarta declaration เน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ จาก Ottawa charter ให้มากขึ้นเพื่อการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพในสหัสวรรษที่ 21 และนำเสนอที่ประชุม World health assembly ในปี พ.ศ.2541 (ค.ศ.1998) การประชุมครั้งนี้ได้กำหนด "วิถีสุขภาพดี บทบาทใหม่ในยุคของทุกคน" (WHO, 2010: Online)

ครั้งที่ 5 จัดขึ้น ณ เมืองเม็กซิโกซิตี้ ประเทศเม็กซิโก ระหว่างวันที่ 5-9 มิถุนายน พ.ศ. 2543 (ค.ศ.2000) โดยมีหัวข้อว่า "Bridging the equity gap" เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตรวมทั้งขยายบทบาทการดำเนินงานร่วมกันทุกระดับตั้งแต่ระดับนานาชาติ ประเทศ ท้องถิ่น และทุกกลุ่มประชาชนในสังคม (WHO, 2010: Online)

ครั้งที่ 6 ได้จัดขึ้นที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม พ.ศ. 2548 โดยมีหัวข้อว่า "Health promotion in a globalized world" ที่ประชุมได้ประกาศ "กฎบัตรกรุงเทพ" ซึ่งให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพในโลกไร้พรมแดน 5 ประการ (WHO, 2010) ดังนี้

1. การชี้แนะให้การสร้างเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน

2. ให้กำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติ และการวางโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน ในการจัดการปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

3. ให้สร้างศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ทางสุขภาพ และการวิจัยรวมทั้งความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ

4. สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่จะร่วมมือกันสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

5. การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัย และส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี

ครั้งที่ 7 ได้จัดขึ้นที่เมืองไนโรบี (Nairobi) ประเทศเคนยา ระหว่างวันที่ 26-30 ตุลาคม พ.ศ. 2552 โดยมีหัวข้อว่า "Promoting health and development closing the implementation gap" ซึ่งมีผลลัพธ์สำคัญคือ The Nairobi call on action to close the implementation gap โดยมีแนวคิดหลักคือ ถึงเวลาแล้วที่จะต้องถามถึงการลงมือนำแนวคิดด้านสร้างเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติให้เกิดผลต่อสุขภาวะของประชาชน และข้อสรุปของการประชุมประกอบด้วย 5 ด้านหลัก (WHO, 2010) ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งศักยภาพผู้นำ การเงินการคลัง การมีศูนย์ฝึกอบรมทักษะการทำงาน ระบบคุณภาพ และสมรรถนะการจัดการด้านสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก

2. สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ เช่น นโยบายสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการ และประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยเฉพาะในผู้ด้อยโอกาส

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ชุมชน เอกชน การผลักดันให้ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพอยู่ในนโยบายของการพัฒนาทุก ๆ ด้าน

4. สร้างพลังอำนาจของชุมชน เรียกร้องรูปธรรมในการปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อให้สิทธิชุมชนและความเป็นเจ้าของสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชนได้รับการพัฒนา

5. สร้างการตระหนักรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ประกันการศึกษาขั้นพื้นฐานแก่ทุกคน การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

รูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ออกเป็น 3 แบบ (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ, 2550, หน้า 45) ดังนี้

1. รูปแบบเชิงระบบ (System approach) คือ การกำหนดเงื่อนไขการดำเนินงานที่ทำให้เกิดความเคลื่อนไหวขององค์ประกอบต่าง ๆ ภายในระบบหนึ่ง ๆ หรือโดยองค์รวม การจัดรูปแบบเชิงระบบในการดำเนินงานที่สำคัญได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

2. รูปแบบเชิงปัญหา (Problem approach) เป็นลักษณะการดำเนินงานเป็นที่เข้าใจและต้องการโดยทั่วไป ซึ่งการดำเนินงานนั้นเป็นการแก้ปัญหาหรือพัฒนาสถานะสุขภาพในหัวข้อเฉพาะ รูปแบบเชิงแหล่งหรือสถานที่ (Setting approach)เป็นรูปแบบที่เน้นการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ชุมนุมหรือมีกิจกรรมตามแหล่งต่าง ๆ

3. รูปแบบเชิงองค์กร (Organization approach) เป็นการดำเนินงานภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรหรือหน่วยงานที่มีภารกิจ และความมุ่งหมายในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในองค์กรหรือประชาชนผู้ใช้บริการ

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553) กล่าวถึงหลักการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคว่าเป็นกระบวนการที่มีความเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรคเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องจนเสียสมดุล และเกิดเป็นโรค จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเจ็บป่วย ซึ่งผล ที่ตามมาคือ หายจากการเป็นโรค ป่วยเรื้อรัง พิการหรือตาย ดังนั้น การป้องกันโรคจะสามารถทำได้ 3 ขั้นตอน (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553, หน้า 22-23) ดังนี้

1. การป้องกันขั้นที่ 1 (Primary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่ยังไม่เกิดโรค มุ่งเน้นไปที่ผู้ที่มีภูมิไวต่อการเป็นโรค ดังนั้น เพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์ของโรคที่จะเกิดขึ้น จึงได้มีมาตรการป้องกัน 2 มาตรการคือ

1.1 การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการส่งเสริมให้คนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคมไม่เป็นโรคง่าย

1.2 การป้องกันเฉพาะโรค (Specific protection) เป็นกลวิธีที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อด้วยการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคที่เกิดขึ้นหรือให้ภูมิคุ้มกันเฉพาะโรคที่สร้างขึ้นแล้วแก่ร่างกาย ชนิดของภูมิคุ้มกันที่สร้างขึ้นประกอบด้วย Passive immunity เป็นภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ไม่สมบูรณ์ และคงสภาพอยู่ในระยะเวลาสั้น และ Active immunity เป็นภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้น และคงอยู่ในระยะเวลานานกว่าเมื่อได้รับวัคซีนหรือเชื้อโรคเดิมซ้ำ จะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันในระดับสูงได้เร็ว

2. การป้องกันขั้นที่ 2 (Secondary prevention) เป็นการป้องกันโรคหลังจากเกิดโรค เพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการแพร่กระจายของโรค โดยการวินิจฉัยโรคให้ได้ในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาทันที วิธีการป้องกันประกอบด้วย การตรวจคัดกรองโรค (Screening) เป็นการตรวจหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่ปรากฏด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้คำแนะนำหรือการรักษาอย่างทันท่วงที

3. การป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่เกิดความพิการหรือในระยะสุดท้ายของโรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการมากกว่าที่เป็นอยู่ และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายในส่วนที่ยังใช้การได้

1.3 ทฤษฎี และแบบจำลองที่ใช้อธิบายการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยมีองค์ประกอบอื่น ๆ เป็นส่วนสนับสนุนหรือขัดขวางให้เกิดพฤติกรรมนั้น แนวคิด และทฤษฎี มีการแบ่งโดยยึดหลักปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 25) ดังนี้

1. กลุ่มที่เชื่อปัจจัยภายในบุคคล เชื่อว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล เช่น ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ทฤษฎีในกลุ่มนี้ เช่น แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) เป็นต้น ส่วนการนำไปใช้จะเป็นการให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ การสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น

2. กลุ่มที่เชื่อในปัจจัยภายนอกบุคคล เชื่อว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกบุคคล โดยจะสนใจสิ่งแวดล้อม ระบบโครงสร้างของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษาศาสนา

ฯลฯ ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งมีทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

3. กลุ่มที่เชื่อในปัจจัยหลายปัจจัยเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดมาจากปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล โดยสนใจความยากง่ายในการเข้าถึงของสถานบริการ ความรู้ องค์ประกอบทางด้านประชากร องค์ประกอบทางสังคม เครือข่ายทางสังคมฯลฯ ซึ่งมีทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ เช่น PRECEDE Model เป็นต้น

ทฤษฎี และแบบจำลองพฤติกรรมศาสตร์ในงานสร้างเสริมสุขภาพมีหลายทฤษฎี แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพราะเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องรวมถึงพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง รายละเอียดดังต่อไปนี้

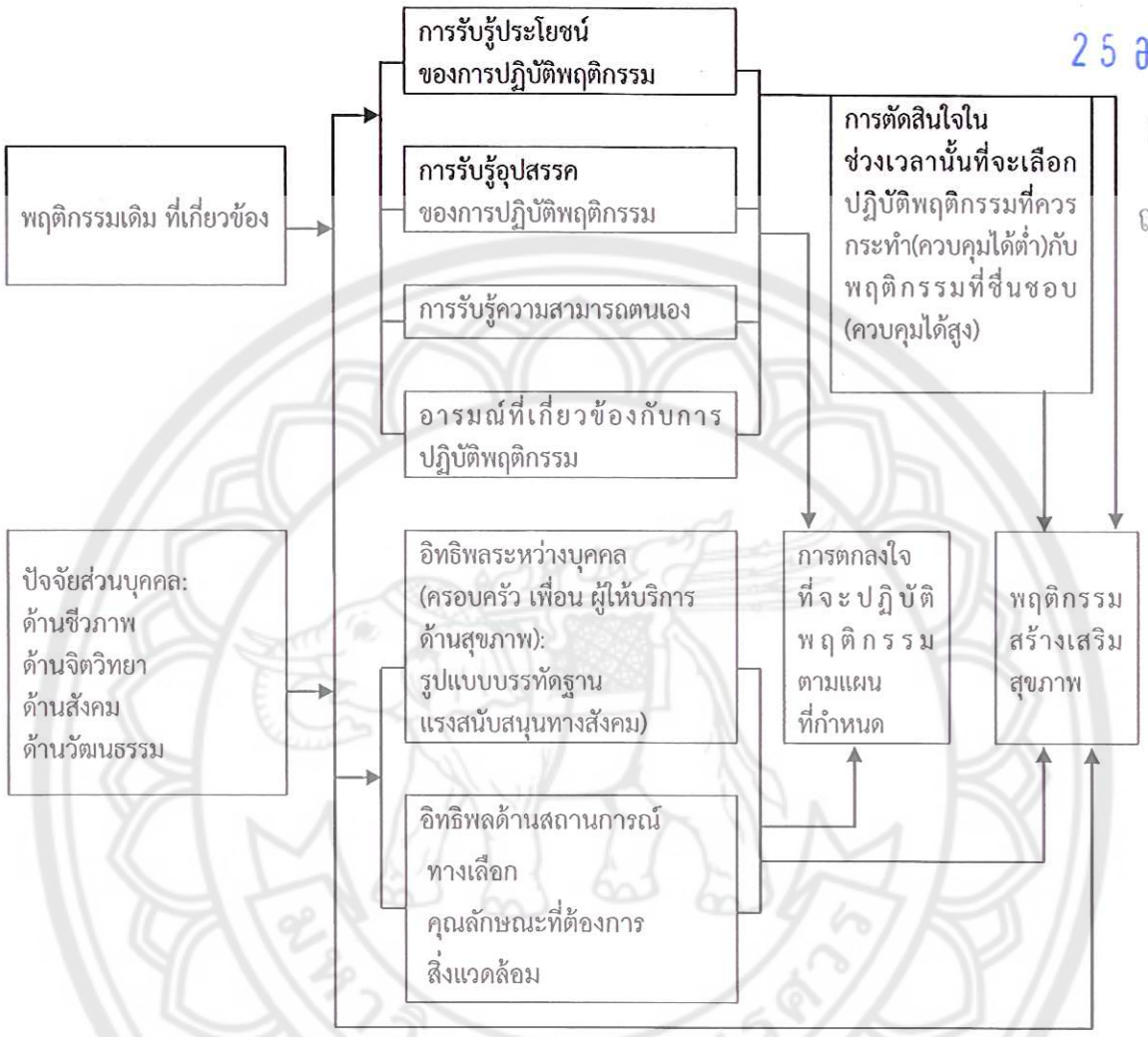
2.แนวคิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของรอตเตอร์ (Rotter) โดยเป็นกระบวนการของการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ในลักษณะกำกับตนเอง ซึ่งมีโครงสร้างคล้ายกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางด้านชีวจิตสังคมในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีความครอบคลุม และเป็นองค์รวม รวมถึงให้ความสำคัญกับการเพิ่มพูนความสุขของบุคคลด้วยการมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นให้บุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผสมผสานเข้าไปในแบบแผนการดำรงชีวิต เพื่อเป้าหมายสุขภาพดี (ประภาพร มโนรัตน์, 2553, หน้า 63)

Pender (2006) ได้พัฒนาปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และนำเสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลโดยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, et al., 2006, p. 50) ดังภาพ 2

i 6910051

สำนักหอสมุด
25 มี.ค. 2559
RA 771.6 ป249ง 2558



ภาพ 2 แสดงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)

ที่มา: Pender, et al., 2006, p. 50

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ได้แสดงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ของมโนทัศน์แต่ละด้าน (Pender, et al., 2006, pp. 51-57) ดังนี้

1. ลักษณะประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristic and experiences) บุคคลจะมีลักษณะ และประสบการณ์ของแต่ละคนที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการกระทำที่แสดงออกพฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน มโนทัศน์ของลักษณะและประสบการณ์แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย (Pender, et al., 2006, pp. 51-52) คือ

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior relate behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน เป็นประสบการณ์ทั้งทางบวก และทางลบที่บุคคลเคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ามีประสบการณ์ทางบวก บุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมแบบนั้นอีก ซึ่งมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ได้ปรับปรุงจากแบบจำลองเดิม (ค.ศ.1987) แบ่งเป็น 3 หมวด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะหมดประจำเดือน ภาวะทางการเจริญพันธุ์ สมรรถนะความแข็งแรงของร่างกาย ขีดความสามารถในการทำงานแบบต่อเนื่อง ความแข็งแกร่ง ความคล่องแคล่วว่องไวหรือการทรงตัว 2) ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้ความหมายหรือความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง 3) ปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา ภาวะเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรม

2. อารมณ์ และความคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นหลักการสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพที่จะนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ทั้งนี้การรับรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติหรือการคงไว้ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย (Pender, et al., 2006, pp. 52-56) คือ

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีประโยชน์ต่อตนเองบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และจะมีการปฏิบัติพฤติกรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบ่อยกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์น้อยกว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรมสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้มีการดำเนินกิจกรรมไปอย่างต่อเนื่อง

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) เป็นการรับรู้ต่ออุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ไม่มีเวลาหรือความยากลำบากของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ระยะห่างไกลจากสถานที่ที่จะกระทำกิจกรรม ทำให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาจเป็นเพียงจินตนาการหรือความจริงก็ได้

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived self-efficacy) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามคาดหวัง และพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถ ในตนเองสูง จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity-relate affect) เป็นความรู้สึกทั้งทางบวก และทางลบ ที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือหลังการเกิดพฤติกรรม ที่เก็บไว้ในความทรงจำแล้วมีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งประกอบด้วย การปลุกเร้าอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ตัวผู้ปฏิบัติเอง และสิ่งแวดล้อมขณะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งอารมณ์หรือความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือการดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืนหรือไม่ ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และโดยทางอ้อมผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นความคิด ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ ทัศนคติของผู้อื่น ได้แก่ ความเชื่อถือบุคคลอื่น แบบแผนการใช้บริการสุขภาพของครอบครัวหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุขจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และโดยทางอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคม

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) เป็นการรับรู้ และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพหรือขัดขวางพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ว่ามีข้อเสนอที่สามารถทำได้ การมีคุณลักษณะที่ต้องการ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายความรวมถึงทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อการ

สร้างเสริมสุขภาพ การเข้าถึงหรือการใช้บริการได้ง่าย การมีทางเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมได้หลายทาง จะช่วยเพิ่มโอกาสของการตัดสินใจให้มากขึ้น เช่น การมีอาหาร ที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ และแคลอรี่ต่ำจำหน่าย ทำให้บุคคลที่ต้องรับประทานอาหารนอกบ้านสามารถเลือกชนิดอาหารที่จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพได้

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome) มโนทัศน์ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ย่อย (Pender, et al., 2006, pp. 56-57) คือ

3.1 การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด (Commitment of a plan of action) เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยเจตจำนงว่า จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ และกำหนดกลวิธีในการกระทำรวมถึงให้การเสริมแรงต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิดใน 2 ส่วน คือ การตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนในเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง เน้นว่าการมีเพียงเจตนาตั้งใจที่จะกระทำเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีวิธีการที่เหมาะสม มักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

3.2 ความต้องการ และความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในทันทีในจิตสำนึกของบุคคลก่อนที่จะวางแผนปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่าบุคคล ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้สำเร็จ การจะต่อต้านความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมตนเอง การมีเจตนาตั้งใจที่จะกระทำสูงในการปฏิบัติตามแผนจะช่วยให้สามารถคงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ แม้ว่าจะมีความต้องการ และความชอบอื่นในขณะนั้นก็ตาม

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) เป็นความสามารถที่แท้จริงของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อผลในการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการกระทำ ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายในรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในการบรรลุผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพของบุคคล เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวก

จากการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) พบว่าจุดเด่นของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวประกอบด้วยการให้ความสำคัญกับการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ ส่วนจุดด้อยของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ คือ ไม่ได้แสดงวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบกว้าง ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาที่ลดจุดอ่อนดังกล่าว โดยการศึกษากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ประยุกต์ใช้ในการกำหนดคุณลักษณะด้านปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน คือ

1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ ประกอบด้วย

1.1.1 อายุ กำหนดอายุมากกว่า 60 ปี

1.1.2 ความแข็งแรงของร่างกาย กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต้องสามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ

2. ประยุกต์ใช้เป็นกรอบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังของการศึกษาเชิงปริมาณในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

2.1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำงาน

2.1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพ

2.1.3 ปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ การศึกษา ภาวะเศรษฐกิจ

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการศึกษาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

2.4 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยศึกษาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน ตัวแบบด้านสุขภาพ บุคคลภายนอกครัว บุคลากรด้านสุขภาพ การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือ

3. ประยุกต์ใช้เป็นกรอบศึกษาวิเคราะห์ สภาวะสุขภาพ ศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกของการศึกษาเชิงคุณภาพในขั้นตอนที่ 2 โดยใช้เป็นกรอบคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ ได้แก่ ประสบการณ์ทั้งทางบวก และทางลบที่เคยปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การให้ความหมายหรือความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง ภาวะเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม

3.2 ปัจจัยด้านอารมณ์ และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน ตัวแบบด้านสุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพ การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือ

3.ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎี ได้แก่

1. บุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

2.บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง

3.การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิต การพัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well being)

4. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกันและกัน

5. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล

6.การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีค่าควรแก่การยกย่อง

7. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น

4.ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุม ปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1.การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และ อาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ และคอย**ปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง**

1.1.2 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระยายสิ่งปฏิกูลจาการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียม ประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำ เป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง1

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion & preventions)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การส่งเสริมสุขภาพตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และ เหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรือ อาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะต่างๆ

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียด

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจาก โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษา

3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของ การวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองในประเด็นนี้จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกัน อุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

5.ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนมติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (Orem, 2001 : 258-265)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care)

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

6.ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) (Orem, 2001 : 258-260) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

7.พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care) (Orem, 2001 : 264-265) โอเร็ม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมในภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

8.ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วๆไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

8.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยา แบ่งเป็นการรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น)

8.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

8.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน การเขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

8.2.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

8.2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

8.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

8.2.5 นิสัยประจำตัว

8.2.6 ความตั้งใจ

8.2.7 ความเข้าใจในตนเอง

8.2.8 ความห่วงใยในตนเอง

8.2.9 การยอมรับตนเอง

8.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

8.2.11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้นจะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้แจกแจงไว้นอกจากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

9.การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม ในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

10.แนวคิดสุขภาพในผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพวัยสูงอายุเป็นงานที่สำคัญ เนื่องจากช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สูงขึ้นตามอายุ การที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่น จะทำให้มีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งวิทยาการสมัยใหม่มีส่วนทำให้ภาวะการเจริญพันธ์ลดลงและประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 3 ครั้งที่ผ่านมา พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ผลสำรวจครั้งล่าสุดปี 2550 พบว่า มีประชากรสูงอายุประมาณ 7.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นชายร้อยละ 44.6 และ เป็นหญิงร้อยละ 55.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 หน้า 3) การเปลี่ยนแปลงนี้กำลังนำประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging society) โดยในปี 2553 จะเป็นปีแรกที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่า 60 ปี (ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน, 2550, หน้า 7) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้จะไม่เป็นภาระของบุคคลอื่นและสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตยืนยาว การสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย นอกจากดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกายแล้ว ต้องส่งเสริมการปรับตัวต่อความแข็งแรงของร่างกายที่ลดลงและสุขภาพที่เปลี่ยนไป การจัดการความเครียด การปรับตัวต่อความเหงาและว้าเหว่ การปรับตัวจากการเกษียณอายุการงาน ส่งเสริมการเข้าสังคม หรือ

ทำกิจกรรมนอกบ้านกับบุคคลวัยเดียวกัน ส่งเสริมการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณ หาความสุขสงบเย็นจากธรรมะหรือหลักคำสอนทางศาสนา และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี

การดูแลตนเองไม่ใช่เรื่องใหม่ที่เกิดขึ้นและมีมาตั้งแต่โบราณ คนจีนสมัยก่อนเน้นการทำนุบำรุงสุขภาพมากกว่าการรักษาความเจ็บป่วย การแพทย์ของชนชาวกรีกโบราณรักษาสุขภาพโดยการดูแลเรื่องสุขอนามัย และการเลือกอาหารที่เหมาะสม และเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากความไม่สมดุลในร่างกาย ไม่มีความกลมกลืนระหว่างร่างกายและสิ่งแวดล้อม ฮิบโปเครตีส เชื่อเรื่องอำนาจของธรรมชาติต่อการฟื้นหายของร่างกาย โดยสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรักษาความสะอาดของร่างกาย ต่อมาราวศตวรรษที่ 19 มีวิวัฒนาการทางด้านการแพทย์และค้นพบทฤษฎีเชื้อโรค เกิดการแพทย์แผนใหม่ทำให้มีการระบาดของโรคติดต่อน้อยลง แต่การรักษาโรคโดยแพทย์แผนใหม่มีประชาชนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการเนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ส่วนหนึ่งยังคงแสวงหาการรักษาสุขภาพของตนเอง พึ่งพาเพื่อน ญาติ

การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายดูแล คือ เอาใจใส่ ปกปักรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคนนั่นเอง หรือปกปัก ปกครองตนเอง

เลวิน (Levine Cited in Hill & Smith, 1985 : 8 อ้างใน สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ 2551) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบค้นโรคและการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง สไตเกอร์และลิบสัน (Steiger & Lipson, 1985 : 12) ให้ความหมายการดูแลตนเองไว้ว่ากิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุ หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150 อ้างใน สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ 2551) กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

แนวคิดการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจและกล่าวถึงกันมาก ในที่ประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี 1975 มีการให้ความหมายไว้ต่างกันจาก 29 ประเทศ มีการขยายกว้างไปนอกจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ยังรวมถึงการดูแลครอบครัว กลุ่มและชุมชนด้วย การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้และการตัดสินใจ เลือกบริการ และการรักษาตามที่บุคคลเข้าใจ

เลวิน (Levin) แพทย์ที่ถูกยอมรับว่าเป็น บิดาของการดูแลตนเอง ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า กระบวนการที่ประชาชนทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การสืบค้นหาโรคและการรักษาในระดับปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพ และ (Levin, Katz & Holst, 1979) ได้ขยายความหมายของการดูแลตนเองเพิ่มเติมว่า เป็นกระบวนการตัดสินใจ เกี่ยวข้องกับการสังเกตตนเอง การรับรู้อาการและวินิจฉัย การตัดสินความรุนแรง และการเลือก รวมทั้งการประเมินทางเลือกในการรักษาในสายทางการพยาบาล โอเร็ม (Orem, 1991) สนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่1เป็นระยะของการพินิจพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ โอเร็มได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 สถานะ 1) ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ (Universal self - care requisite) คือ 1. การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ 2. การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ 3. การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ 4. การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน 5. การคงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุล

ระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น6. การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี 2.) ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisite) คือ 1. ความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัย 2. ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต3) ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self–care requisite) คือ1. การแสวงหาบริการสุขภาพ 2. การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง 3. การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา ฟื้นฟู และป้องกันโรค 4. การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค 5. การปรับภาพลักษณ์และจิตมโนทัศน์ 6. การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพ (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ 2551)

นักจิตวิทยา สนใจการดูแลตนเอง ในลักษณะที่การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด อัตมโนทัศน์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม (Cognitive behavior model) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความเชื่อในสมรรถนะตนเอง (Self-efficacy) บารอฟสกี (Barofsky, 1978) ให้ความหมายการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจของบุคคลอย่างมีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 แบบ 1) การดูแลตนเองในการบรรเทาความเจ็บป่วย 2) การดูแลตนเองในการรักษาหรือเผชิญกับอาการ 3) การดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายที่จะมีผลต่อสวัสดิภาพ กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีเป้าหมายเพื่อปรับ ควบคุมให้กระบวนการทำงานทางร่างกายเป็นปกติ แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสุขศึกษา (Health education) มุ่งการให้ความรู้หรือข้อมูลเพื่อช่วยให้บุคคลได้เลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสอนสุขศึกษาเป็นการรวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ มาส่งเสริมให้บุคคลสมัครใจทำพฤติกรรมที่นำไปสู่สุขภาพ การดูแลตนเองในลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น หมายถึงกิจกรรมที่กระทำโดยบุคคลรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยและมีความต้องการที่จะฟื้นหายดีขึ้น การดูแลตนเอง รวมถึงพฤติกรรมที่ลดการพึ่งพาผู้อื่นด้วย แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสังคมศาสตร์ สนใจการดูแลตนเองในความสัมพันธ์ทั้ง 3 ระบบคือ ระบบบุคคล ระบบกลุ่มย่อย และระบบชุมชน และมุ่งเน้นที่สังคม กฎหมาย นโยบาย และองค์กรที่สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, 2551)

อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ (2549) ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 213 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและแบบประเมินภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5939 ($p < 0.001$) 2. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐาน 2.1 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และลักษณะการพักอาศัย และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว 2.2 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส การเป็นเจ้าของบ้าน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐาน 3.1 ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของบ้าน และบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส 3.2 ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ความรู้ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำวิธีการ

ป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง คู่สมรส และบุตรหลาน ควรให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตามศักยภาพของตน เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

11.ภาวะถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุ (Abandonment in old age)

จากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน วัยแรงงานออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ด้วยเหตุผลด้านเศรษฐกิจนี้ จึงมีการอพยพของวัยแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่ ซึ่งจะเห็นได้ว่า เกิดขึ้นในประเทศเอเชียรวมถึงแอฟริกาใต้ (Haan, 1999) ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการยพยพของวัยแรงงานเพื่อเพิ่มรายได้ของครอบครัว โดยมีผู้สูงวัยเป็นผู้เลี้ยงดูหลานอยู่เบื้องหลังโดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบทห่างไกล (Knodel and Saengtientchai, 2005) จากเหตุผลนี้จึงอาจเป็นเหตุให้รูปแบบของโครงสร้างครอบครัวไทยมีการเปลี่ยนแปลงไป จากครอบครัวที่ประกอบไปด้วย พ่อ แม่ ลูก ตา และยาย จึงกลายเป็นเพียง ตา ยาย และ หลาน และ ความรู้สึกถูกทอดทิ้งเกิดขึ้นในจิตใจของผู้สูงอายุ

ภาวะถูกทอดทิ้งถูกจำกัดความโดยองค์การอนามัยโลกว่า “ภาวะถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุ คือ ความบกพร่องในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุถูกปฏิเสธที่จะได้รับการดูแล” (World Health Organization, 2003) นอกจากนี้ Sijuwade (2008) ได้กล่าวว่า ภาวะถูกทอดทิ้งหมายถึง การละเลยคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุรวมถึงขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Sudnongbua (2011) พบว่า การได้รับเงินหรือ การได้รับการติดต่อจากบุตรที่ทำงานในเมืองใหญ่ซึ่งห่างไกลพ่อแม่วัยชราถือเป็นการได้รับการดูแลจากบุตรเหล่านั้น และการกระทำดังกล่าวไม่ถือว่าผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง แต่ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุรู้สึกถูกทอดทิ้งเนื่องจากมีปัญหากับบุตร (ทั้งบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยและบุตรที่ทำงานในเมืองใหญ่) และปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัว

จากการศึกษาของ Sudnongbua (2011) ดังกล่าวยังได้พบอีกว่า เหตุผลของความรู้สึกถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุคือ 1) การกระทำเชิงลบที่ลูกปฏิบัติต่อพ่อแม่วัยชรา 2) ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเองหรือความเจ็บป่วยของคู่ครอง 3) ปัญหาทางเศรษฐกิจ และ 4) ความสิ้นหวัง ซึ่งเหตุผลดังกล่าวทั้งหมดนี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้าน ร่างกาย, จิตใจ, สิ่งแวดล้อม, ความหวัง, และการเข้าสังคม (Sudnongbua, LaGrow, Boddy, 2010)

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods design) ระหว่างวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method)

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยน้ำท่วม โดยในขั้นตอนนี้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยน้ำท่วม จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน แบ่งระดับผลกระทบออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)[13] คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (36-45 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (27-35 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (15-26 คะแนน) โดยมีประเด็นดังนี้

- การหกล้ม
- การขาดการรับยาจากภาวะน้ำท่วม
- ความเครียดและวิตกกังวล
- การปวดเมื่อยจากการยกของหนีน้ำ
- การรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ
- การขาดน้ำ
- การเจ็บป่วยด้วยโรคตาแดง
- การเจ็บป่วยด้วยโรคน้ำกัดเท้า
- การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง
- การเจ็บป่วยด้วยโรคผื่นคัน
- การจมน้ำ
- การถูกไฟฟ้าดูด
- การถูกแมลงสัตว์ที่หนีน้ำมากัดต่อย
- การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระนานๆเนื่องจากไม่มีที่ขับถ่าย
- ความสัมพันธ์ในสังคม
- การขาดการออกกำลังกาย
- การพักผ่อนนอนหลับ
- การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการพึ่งยานอนหลับ จากภาวะเครียด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการวิเคราะห์ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-29 คะแนน แบ่งระดับศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (23-29 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (17-22 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-16 คะแนน)

คุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในเขตตำบลไกรนอก อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งแจ้งว่าการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว และให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์คนละประมาณ 30 นาที

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่อาศัยตามลำพังในเขตพื้นที่น้ำท่วมลุ่มแม่น้ำยม ได้แก่ จังหวัดแพร่ สุโขทัย พิษณุโลก และพิจิตร คัดเลือกจังหวัดในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาด้วยหลัก การเลือกกรณีสุดโต่ง (Extreme case) (อรุณี อ่อนสวัสดิ์. 2553) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีลักษณะแตกต่างจากลักษณะปกติทั่วไปอย่างชัดเจน คือมีพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากเป็นบริเวณกว้าง และจำนวนผู้สูงอายุได้รับผลกระทบมากที่สุดได้แก่จังหวัดสุโขทัย โดยจังหวัดสุโขทัยมีอัตราผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ โดยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดคิดเป็น ร้อยละ 14.40 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 3) และจังหวัดสุโขทัยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 5,742 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2552, หน้า 8)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยหลักเกณฑ์ของเคอร์จิงเจอร์ และแพดฮาเซอร์ (Kerlinger and Padhazer, 1973 อ้างใน (วาสนา ปรากฏวงษ์, 2552, หน้า 32) โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$n/k \geq 30$

n = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรอิสระ

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 540 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยสุ่มอำเภอ สุ่มตำบล และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่อาศัยตามลำพังในพื้นที่ราบลุ่มน้ำท่วมซ้ำซาก และแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มอายุ 60-69 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี จากนั้นสุ่มตัวอย่างจากประชากรแต่ละกลุ่มย่อยในสัดส่วนจำนวนที่เท่าๆ กัน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ผลกระทบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดย วิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย Odd ratioและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression

2. ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

ดำเนินการโดยการใช้ขบวนการกลุ่ม โดยคัดเลือกตัวแทนผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมขบวนการจำนวน 200 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มๆละ 50 คน โดยดำเนินการครั้งละกลุ่ม ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1 พัฒนารูปแบบการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองโดยพัฒนามาจากทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self – care Theory)ของโอเร็ม ร่วมกับ ความสามารถของตนเอง ของแบนดูร่า (Bandura, 1997) ผสมผสานกับข้อค้นพบจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ในขั้นที่ 1 โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมฝึกทักษะให้แก่ผู้สูงอายุโดยพัฒนาโปรแกรมบนพื้นฐานข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การสร้างความสำเร็จในการกระทำ (Performance Accomplishment) ได้แก่ การสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้ลดความวิตกกังวลลดความกลัวไม่เชื่อมั่นตัวเอง ทำให้เพิ่มความพยายาม เพิ่มความเชื่อมั่นในตัวเองมีความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง

ขั้นตอนที่ 2. เพิ่มการเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) โดยการนำผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเองหรือเป็นต้นแบบให้ผู้สูงอายุนำมาพิจารณาเรียนรู้ในการพัฒนาความสามารถของตน เมื่อผู้สูงอายุสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม ผู้สูงอายุต้นแบบส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความคิดสร้างสรรค์ให้เกิดแรงจูงใจเอาชนะตนเอง และช่วยให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นที่จะยึดเป็นแนวทางปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะเคยทำไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง การปลุกเร้าทางอารมณ์ก่อให้เกิดการพัฒนา ทักษะในการดูแลตนเองได้

ขั้นตอนที่ 5 ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาในระยะที่ 1 การฝึกทักษะตามสภาพปัญหา ตามโปรแกรมดังนี้

กระบวนการที่	กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ	ช่วงเวลา
1	**การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง**	สัปดาห์ที่ 1
	กิจกรรมการสร้างการสร้างสัมพันธภาพและละลายพฤติกรรม (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง)	วันที่ 1
	- การแนะนำตัว โดยวิทยากรหลักแนะนำตนเอง จากนั้นให้ผู้เข้ารับการอบรมนั่งเป็นวงกลม และให้แนะนำตนเองทั้งชื่อจริงและชื่อเล่น	
	- การละลายพฤติกรรมเมื่อแนะนำตัวเสร็จแล้วทีมงานวิทยากรเปิดเพลงและวิทยากรแสดงท่าทางประกอบเพลงและให้ผู้เข้ารับการอบรมทำตาม	
	- กิจกรรมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการการจัดกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และนำคณะวิทยากรและทีมงาน และเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ซักถามหากมีข้อสงสัย	
กระบวนการที่	กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ	ช่วงเวลา
2	กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุและผลกระทบของการสูงอายุ (ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง)	วันที่ 2
	- การแลกเปลี่ยนเรื่องการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุและการอยู่อาศัยตามลำพัง	
	- การให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตนเองจากผลกระทบของน้ำท่วมและการอยู่อาศัยตามลำพัง	
3	กิจกรรมการหาวิธีลดผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยน้ำท่วม ทบทวนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างและหลังน้ำท่วม ปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ (เวลา 3 ชั่วโมง)	
	- การสนทนากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมออกเป็นกลุ่มๆละ 8-10 คน โดยให้ละกลุ่มเลือกประธานกลุ่ม เลขานุการกลุ่ม จากนั้นมอบประเด็นให้สนทนากลุ่มเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและการหาวิธีลดผลกระทบทางสุขภาพ	วันที่ 3
	- การนำเสนอผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและการหาวิธีลดผลกระทบทางสุขภาพของสูงอายุ โดยวิทยากรจัดทำฉลากให้แต่ละกลุ่มจับเพื่อจัดลำดับในการนำเสนอผลการสนทนากลุ่ม	วันที่ 4
	- การเปิดเวทีให้ผู้เข้าอบรมร่วมแสดงความคิดเห็น	
4	กิจกรรมการสรุปวิธีการลดผลกระทบทางสุขภาพของสูงอายุที่อาศัยตามลำพัง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)	
	- วิทยากรรวบรวมประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการนำเสนอผลการสนทนากลุ่มของผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพและการหาวิธีลดผลกระทบทางสุขภาพ	
	- การเปิดเวทีให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมแสดงความคิดเห็น	

กระบวนการที่	กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ	ช่วงเวลา
5	การสร้างทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยขบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	สัปดาห์ที่ 2
	- กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้มีความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง)	
	- การบรรยายโดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้ลดความวิตกกังวลลดความกลัวไม่เชื่อมั่นตัวเอง ทำให้เพิ่มความพยายาม เพิ่มความเชื่อมั่นในตัวเอง เพิ่มความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ	
กระบวนการที่	กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ	ช่วงเวลา
	- วิทยากรคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 3 ท่าน เพื่อเล่าประสบการณ์การปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและวิธีการลดความวิตกกังวล การลดความกลัว เพิ่มความเชื่อมั่นตัวเองในการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง	
	- การเปิดเวทีให้ผู้เข้าอบรมร่วมแสดงความคิดเห็น	
6	กิจกรรมเพิ่มการเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น (ระยะเวลา 1.30 นาที)	
	- การถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองหรือเป็นต้นแบบ เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ในการพัฒนาความสามารถของตน เมื่อผู้สูงอายุสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม	
	- การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมร่วมแสดงความคิดเห็นและซักถาม	
7	กิจกรรมการชักจูงด้วยคำพูดโดยการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง	
	- การบรรยายโดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้เชี่ยวชาญด้านการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะเคยทำไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง	
	- การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมร่วมแสดงความคิดเห็นและซักถาม	
8	กิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ (ระยะเวลา 30 นาที)	สัปดาห์ที่ 3
	- การบรรยายโดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยการสรุปวิธีการการสร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง การปลุกเร้าทางอารมณ์ก่อให้เกิดการพัฒนา ทักษะในการดูแล	
	- การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมร่วมแสดงความคิดเห็นและซักถาม	
9	กิจกรรมฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาในระยะที่ 1	

	มาฝึกทักษะตามสภาพปัญหาผนวกกับแนวการฝึกหลัก (ระยะเวลา 6 ชั่วโมง)	

3. ขั้นการประเมินผล

เชิงปริมาณ ใช้แบบประเมิน ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ (ชุดเดียวกับการเก็บข้อมูลส่วนแรก) ประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรมไปแล้ว 1 เดือน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ pair t-test

การประเมินรูปแบบโปรแกรมแบบมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation)

เป็นการทบทวนผลที่ได้จากกิจกรรม ตรวจสอบปัญหาและตรวจสอบความสำเร็จร่วมกัน โดยใช้การประเมินตามจุดมุ่งหมายของโครงการวิจัยเป็นหลักเกณฑ์ในการประเมิน (Ayers,1987) ผู้สูงอายุจะเป็นศูนย์กลางของการปฏิบัติการประเมิน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำแนะนำแนวทางแก่ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและผู้สูงอายุจะลงมือทำการประเมินผลร่วมกันในลักษณะที่เรียกว่ามีส่วนร่วม (participation) ผู้สูงอายุเป็นผู้สะท้อนผลของรูปแบบโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

จุดมุ่งหมายของการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ประเมินรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่ได้ว่าสอดรับประสานกับความต้องการของผู้สูงอายุหรือไม่(fit in with the elderly) มีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติมากน้อยเพียงใด การขยายผลสู่ผู้สูงอายุทั่วไปมีมากน้อยเพียงใด ตลอดจนปฏิกริยาโต้ตอบของผู้สูงอายุเป็นเช่นไร 2) การประเมินสัมฤทธิผลของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลที่ออกมาในด้านรูปทรรศน์(scenario)ได้แก่การนำรูปแบบที่ได้เข้าสู่แผนพัฒนาตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล และผู้สูงอายุมีทักษะในการดูแลตนเองหรือไม่

วิธีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

คณะผู้วิจัยและผู้สูงอายุจะร่วมกันสะท้อนผลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งจะเป็นลักษณะของการติดตามและประเมินปัญหาและอุปสรรคที่พบ ซึ่งจะเก็บข้อมูลกับกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการทุกคน โดยการใช้รูปแบบที่มีการกำหนดแบบฟอร์มเพื่อใช้ในการตรวจสอบงานอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ จะมีการเก็บข้อมูลการติดตามประเมินผลโดยการจัดกลุ่มอภิปรายถึงรูปแบบที่ได้ เพื่อ หาข้อบกพร่องจะได้แก้ไขได้ทันการ โดยให้กลุ่มประเมินผลตั้งคำถามประเมินกิจกรรมที่ทำผ่านมา รวมทั้งมีการศึกษาปฏิกิริยาโต้ตอบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์และสรุปการประเมิน

คณะผู้วิจัย และผู้สูงอายุร่วมกันวิเคราะห์และสรุปผลการประเมินร่วมกันข้อสรุปจะมุ่งเน้นสะท้อนความเป็นจริงทั้งองค์รวมของรูปแบบ และ สามารถตอบคำถามตามจุดมุ่งหมายของการประเมินได้

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมและสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม ผลการศึกษาสามารถนำเสนอได้ดังนี้

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

คุณลักษณะ		จำนวน(N=540)	ร้อยละ
1.เพศ			
	ชาย	223	41.3
	หญิง	317	58.7
2.อายุ (ปี)	60-64	205	38.0
	65-69	138	25.6
	70-74	108	20.0
	75-79	77	14.3
	80 ปี ขึ้นไป	12	2.2
	$\overline{X}$ = 67.4 ปี min = 60 ปี max= 85 ปี		
3. สถานภาพสมรส			
	โสด	12	2.2
	หม้าย	145	26.9
	สมรส	383	70.9
4.ศาสนา			
	พุทธ	500	92.6
	คริสต์	40	7.4
5. ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	23	4.3
	ประถมศึกษา	468	86.7
	มัธยมศึกษาตอนต้น	22	4.1
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	3.1
	อนุปริญญา	5	0.9
	ปริญญาโท	5	0.9
6.อาชีพหลักในปัจจุบัน			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	92	17.0
	รับจ้าง	40	7.4
	ค้าขาย	18	3.3
	ข้าราชการบำนาญ	5	0.9
	เกษตรกรรม	385	71.3

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะ		จำนวน(N=540)	ร้อยละ
7.อาชีพหลักในอดีต			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	28	5.2
	รับจ้าง	76	14.1
	ค้าขาย	24	4.4
	ข้าราชการ	5	0.9
	เกษตรกรรม	407	75.4
8.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)			
	ต่ำกว่า 1,000	276	51.1
	1,000 – 5,000	175	32.4
	5,001 – 10,000	41	7.6
	มากกว่า 10,000	30	5.6
	$\overline{X}$ = 3,560.34 บาท	min = 300 บาท	max= 40,000 บาท
9.สถานภาพการเงิน			
	มีหนี้สิน	166	30.7
	พอกินพอใช้	339	62.8
	มีเหลือเก็บ	35	6.5
10.แหล่งที่มาของรายได้			
	จากรายได้ของตนเอง	244	45.2
	จากบุคคลในครอบครัว	205	38.0
	จากแหล่งอื่น	91	16.9
11.โรคประจำตัว			
	ไม่มีโรคประจำตัว	162	30.00
	มีโรคประจำตัว	378	70.00
	โรคความดันโลหิตสูง	235	62.17
	โรคเบาหวาน	70	18.52
	โรคหัวใจ	15	3.97
	โรคมะเร็ง	5	1.32
	โรคหอบหืด	18	4.76
	โรคไต	24	6.35
	โรคเก๊าท์	11	2.91
12.สาเหตุที่อยู่อาศัยตามลำพัง			
	สามีหรือภรรยาเสียชีวิต	66	12.2
	บุตร หลานไปทำงานต่างถิ่น	18	3.3
	เป็นโสด	17	3.1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.7 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 41.3 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.0 รองลงมามีอายุระหว่าง 65-69 ปี 70-74 ปี 75-79 ปี 80 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.6,20.0,14.3และ2.2 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 67 ปี มีสถานภาพสมรส สมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.9 รองลงมามีสภาพสมรส หม้าย สภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 26.9,2.2 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.6 และนับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 7.4 มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาไม่ได้เรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 4.3,4.1,3.1,0.9และ0.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักในปัจจุบัน คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 71.3 รองลงมาประกอบอาชีพหลักในปัจจุบัน คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 17.0,7.4,3.3และ0.9 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพหลักในอดีต คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 75.4 รองลงมาประกอบอาชีพหลักในปัจจุบัน คือ รับจ้าง ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย ข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 14.1,5.2,4.4และ0.9 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท 5,001 – 10,000 บาท มากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.4,7.6,5.6 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 3,560 บาท และมีสถานภาพการเงินพอกินพอใช้เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ62.8 รองลงมามีหนี้สิน มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ30.7และ6.5 ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.0 และมีสาเหตุที่อยู่อาศัยตามลำพัง คือ สามีหรือภรรยาเสียชีวิต มากที่สุด รองลงมาคือบุตร หลานไปทำงานต่างถิ่นและเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ12.2,3.3 และ3.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละจำแนกตามการได้รับผลกระทบทางสุขภาพ

ข้อคำถาม	การได้รับผลกระทบทางสุขภาพ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ	97	18.0	268	49.6	175	32.4
2. มีอาการเบื่ออาหาร	17	3.1	218	40.4	305	56.5
3. มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	53	9.8	141	26.1	341	63.1
4. เดินโดยใช้ไม้เท้าหรือมีใครคอยช่วยพยุง	23	4.3	39	7.2	458	84.8
5. มีอาการนอนไม่หลับ	80	14.8	213	39.4	237	43.9
6.หกล้มบ่อย	10	1.9	74	13.7	451	83.5
7. ได้ยินไม่ชัดต้องพูดเสียงดัง ๆ	68	12.6	133	24.6	318	58.9
8. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้	81	15.0	115	21.3	339	62.8
9. ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งได้	64	11.9	239	44.3	226	41.9
10. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจจะอยู่คนเดียว	52	9.6	141	26.1	342	63.3

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติมากที่สุดร้อยละ 18 รองลงมาได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ร้อยละ 15 และมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 14.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง	ระดับศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	293	54.3	127	23.5	120	22.2
2. การพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด	365	67.6	118	21.9	57	10.6
3. การดื่มสุรา	12	2.2	70	13.0	458	84.8
4. การสูบบุหรี่	24	4.4	68	12.6	448	83.0
5. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที	161	29.8	221	40.9	153	28.3
6. การมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้	249	46.1	224	41.5	56	10.4
7. การรับประทานอาหารที่มีรสจืดไม่รสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด	116	21.5	253	46.9	161	29.8
8. การรับประทานผัก และผลไม้	306	56.7	211	39.1	23	4.3
9. การรับประทานมันจัด เช่น ขาหมู ของทอด แกงกะทิ	45	8.3	239	44.3	250	46.3
10. การรับประทานอาหารหวาน ของเชื่อม	92	17.0	259	48.0	183	33.9
11. การรับประทานอาหารประเภทปลา เช่น ปลาเล็กปลาน้อย	313	58.0	193	35.7	34	6.3
12. การเข้าร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานแต่ง งานบวช งานศพ	380	70.4	138	25.6	22	4.1
13. การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ท่องเที่ยว ทำสวน จัดบ้าน	236	43.7	213	39.4	86	15.9
14. การพบปะ พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน	349	64.6	152	28.1	34	6.3
15. การเข้าเป็นสมาชิกชมรม และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ	255	47.2	158	29.3	122	22.6
16. การทำใจให้พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง	274	50.7	226	41.9	24	4.4

ผลการวิเคราะห์ศักยภาพในการการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งพบว่าข้อที่ผู้สูงอายุมีศักยภาพมากสุดได้แก่ข้อ การเข้าร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานแต่ง งานบวช งานศพ ร้อยละ 70.4 รองลงมาได้แก่ข้อ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด ร้อยละ 67.6 และข้อ การพบปะ พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน ร้อยละ 64.6 ตามลำดับ และข้อที่มีศักยภาพต่ำสุดได้แก่ข้อ การรับประทานอาหารที่มีรสจืดไม่รสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด ร้อยละ 21.5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

ศักยภาพในการการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	Univariable logistic regression		Multivariable logistic regression	
	OR_{clude} (95% CI)	p-value	OR_{adjust} (95% CI)	p-value
การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ	1.023 (0.85 – 1.78)	0.261	2.20 (1.27 – 3.82)	0.005
การเคลื่อนไหวออกแรง	1.16 (1.09 – 1.24)	< 0.001	1.28 (1.15 – 1.43)	< 0.001
การจัดการความเครียด	1.08 (1.04 – 1.14)	< 0.001	1.11 (1.04 – 1.19)	0.001
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	1.12 (1.03 – 1.23)	0.009	0.92 (0.81 – 1.04)	0.186

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมโดยการวิเคราะห์ Binary logistic analysis คราวละหลายตัวแปร เพื่อควบคุมอิทธิพลระหว่างตัวแปร พบว่า การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 2.20, 95% CI; 1.27 – 3.82) โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีโอกาสกินอาหารส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 2.20 เท่า การเคลื่อนไหวออกแรง มีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 1.28, 95% CI; 1.15 – 1.43) โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีโอกาสเคลื่อนไหวออกแรง มากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 1.280 เท่า และการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 1.11, 95% CI; 1.04 – 1.19)โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีการจัดการความเครียดมากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 1.11 เท่า ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีกับการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

การจัดการสิ่งแวดล้อม	Beta	S.E.	Wald	p-value	Exp(B)
D19	-1.796	.560	10.305	.001	.166
Constant	43.374	10674.391	.000	.997	6.869E+18
Step9[i] D1	-21.357	5404.668	.000	.997	.000
บริเวณบ้านมีคราบสกปรก	2.143	.289	54.827	.000	8.521
มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี	-.988	.343	8.277	.004	.372
มีการกำจัดน้ำเสียอย่างถูกวิธี	2.316	.745	9.677	.002	10.138
ห้องสุขาสะอาดถูกสุขลักษณะ	-1.400	.684	4.184	.041	.247
ใต้ถุนและบริเวณรอบบ้านรกรุงรัง	-1.810	.268	45.780	.000	.164
มีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้าน	-20.051	8782.558	.000	.998	.000
พื้นที่รอบบ้านลื่น	.786	.264	8.851	.003	2.194
มีไฟส่องสว่าง บริเวณบันได และทางเดิน	-1.891	.561	11.352	.001	.151
Constant	43.676	10312.315	.000	.997	9.296E+18

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีกับการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุโดยการวิเคราะห์ Binary logistic analysis คราวละหลายตัวแปร เพื่อควบคุมอิทธิพลระหว่างตัวแปร พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บริเวณบ้านมีคราบสกปรก(P-value =0.00) มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี (P-value =0.04) มีการกำจัดน้ำเสียอย่างถูกวิธี (P-value = 0.02) ใต้ถุนและบริเวณรอบบ้านรกรุงรัง(P-value =0.00) พื้นที่รอบบ้านลื่น(P-value =.003) และมีไฟส่องสว่าง บริเวณบันได และทางเดิน(P-value =.001) ดังตารางที่ 5

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งสามารถนำเสนอผลการศึกษาได้ดังนี้

ด้านการเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องทำงานหนัก ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ และรักษาตนเองด้วยการซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาทัมใจ ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เกิดภาวะเครียดเนื่องจากวิตกกังวลจากปัญหาอุทกภัยผู้สูงอายุมีปัญหาจากน้ำกัดเท้า และซื้อยากินเองเนื่องจากยาที่รับจากสถานบริการใกล้เคียงรักษาไม่หายขาดผู้สูงอายุไม่ชอบไปรับบริการรักษาที่สถานบริการสุขภาพใกล้เคียงเนื่องจาก ไม่ชอบอยู่ไกลบ้าน ผู้สูงอายุมีปัญหาปวดเมื่อย เนื่องจากการทำงานหนักน้ำกัดเท้าผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านอุทกภัยทุกปี และเกิดแผลที่เท้า น้ำกัดเท้า และตาแดง เนื่องจากสัมผัสน้ำที่สกปรก มีปัญหาการวิงเวียนหัว เมื่อสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคความดันโลหิตสูง และปวดเข่า กล้ามเนื้อดังคำกล่าวดังต่อไปนี้

"สุขภาพของผมดูแล้วก็ไม่ค่อยแข็งแรงเกี่ยวกับโรคกระเพาะ ที่ผมเป็นเมื่อก่อนกินยาแก้ปวดมาก ติดพวกทัมใจ ติดมัน ตื่นมาก็เมื่อยเนื้อเมื่อยตัว ต้องกินจึงไปไหว พอหายผมไปผ่าเพราะ กระเพาะรั่ว มีเดี๋ยวนี้ก็ต้องระวัง ทำงานหนัก มีอาการแน่นยอดอก"

"เวลาน้ำท่วม ปวดหัว ปวดตามตัว เครียดอะไรไม่รู้ คิดไปเวลาน้ำท่วมข้าว ท่วมปลา เวลาน้ำมันพังมาท่วมอ่ะ"

"ช่วงน้ำท่วม เป็นน้ำกัดเท้า น้ำมันขุ่น ซื้อยาตลาดร้านขายยากินเอง บางที่ก็ไปรับอนามัย ทาแล้วมันก็หาย"

"เวลาปวดหัวตัวร้อนก็พายายไปฉีดยาอนามัยมั้ง มีทะเลาะกันมั้ง ไปไหนไม่กล้าค้างคืน กลัวยายเป็นอะไรตอนกลางคืน"

"มีอาการปวดเมื่อยบ้างจากการทำงานหนัก"

"มีปัญหาท่วมตามบ้าน ท่วมหมด ถึงปีต้องรอน้ำท่วมได้เลย มีตีนหว่ะ น้ำกัดตีน น้ำมันสกปรก โรคอย่างอื่นก็มาบ้าง พวกตาแดงมั้งอะไรมั้ง"

"บุหรี่ตอนนี้สูบเข้าไปมันมึน มัว วินเวียนหัวหมดเลย"

"เป็นความดันมันจะมึนๆมั้ง และเวลาลุกก็ขัดหัวเข่ามั้ง"

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุทำอาชีพเกษตรกรรม และมีปัญหาความเสื่อมถอยของสังขาร ปวดเมื่อย ปวดขา และใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เช่น หนวดแมว รากหญ้าคา แห้วหมู ตะไคร้ กระชาย เพื่อบรรเทาอาการผู้สูงอายุมีปัญหาน้ำกัดเท้า และซื้อยาตลับเขียวๆ ที่จำหน่ายในชุมชนมาใช้เองผู้สูงอายุมีปัญหาข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุมีปัญหาป่วยด้วยโรคตาแดง น้ำกัดเท้า ถ่ายเหลว คันเป็นผื่นที่ผิวหนัง และอุบัติเหตุจาก

การเก็บของหนีน้ำท่วม เกิดบาดแผล และประกอบกับป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้แผลหายช้า หรือเกิดอาการติดเชื้อ ผู้สูงอายุมีปัญหาปวดหลัง และไม่เข้ารับการรักษา ทนกับอาการที่เป็นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีปัญหาน้ำกัดเท้า ท้องร่วง โดยอาศัยจากการรับบริการแจกยาจากหน่วยงานราชการ ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุ หกล้ม ลื่น บางคนมีอาการไข้ ผู้สูงอายุมีไข้มีอาการปวดเมื่อย และหายาสมุนไพรมาใช้เพื่อบรรเทาอาการดังคำกล่าวดังต่อไปนี้

"ไถที่เองทำอะไรเองทั้งหมด เพราะลูกเป็นภูมิแพ้ ทำกันถึงทุกวันนี้กับยายสองคน ก็ว่าปีหน้าจะยั้งแล้วยาไม่เอา เริ่มปวดขาเมื่อทำงานมาก ไปยกอะไรหนักๆมั่ง เวลาปวดขาไม่ไปหาหมอ ก็ต้มยาเอง มียาหนวดแมว รากหญ้าคา แห้วหมู นี่กระสายหนึ่งต้มตะไคร้ กระชายไม่เอานมมัน ต้มกินน้ำมัน"

"มีน้ำกัดเท้า แต่คนส่วนใหญ่ใส่ร้องเท้าบรูท เวลาเป็นจะซื้อยาตลับเขียวๆทาเอา"

"เข่าบางครั้งมันก็ไม่ได้ดี มันกรุบๆกรับๆ"

"มีป่วยเป็นตาแดง น้ำกัดเท้า ลุยกันไปลุยกันมาเวลาเป็นน้ำกัดเท้าหมอเค้าก็มาแจกยา มีถ่ายเหลวเป็นบางครั้ง คันเป็นผื่นเต็มหมดขาเขอเนี่ยลุยน้ำเก็บของอ่ะ มันต้องเก็บของเรื่อย น้ำประมาณเขา เวลาของตกมันลอยบ้างเราก็ต้องเก็บ ครั้งหนึ่งเคยลุยน้ำแล้วหอยบาดแต่ก็ไม่เป็นไรทั้งที่เป็นเบาหวาน แผลมันก็หายอ่ะ"

"ปวดหลัง เวลายกของหนักรียกนาน ปวด ก็ทนเอา มียาอะไรก็กินบรรเทาไป เข้าออกมันยาก"

"เป็นน้ำกัดเท้าบ้าง ก็ใช้ยาที่เขาแจกทามัน มีท้องร่วงบ้างก็กินยาที่เค้ามาแจกเหมือนกัน สำคัญกินเขาไปก็หาย เป็นผื่นคันก็ไม่บ่อย เป็นตอนน้ำท่วมอาศัยได้ยาเค้านี่แหละ เค้ามาแจกกันบ่อย"

"ยายพิการ เนื้องอกที่กระดูกสันหลัง ข้อที่ 4 ไปผ่าที่พิษณุโลก เดินลื่นล้ม"

"ถ้าตัวร้อนอะไรแบบนี้ ก็เป็นเรื่องธรรมดา ซื้อยากินก็หาย"

"มีปวดน่อง ปวดขา ก็ไม่ได้ไปหาหมอ บางทีเราทำมากไป พอนั่งพักก็หาย เวลาปวดเมื่อยก็ซื้อยาสมุนไพรทา ยาหมอเส็งอ่ะ ซื้อที่ร้านขายยาที่ตลาด เปลี่ยนฤดู ถ้า ร้อนๆ หนาวๆ ก็กินพารา"

ด้านแมลงสัตว์กัดต่อย

จากการวิจัยพบว่าพบงูหนีน้ำทำอันตรายผู้สูงอายุ ตะขาบแฝงตัวอยู่ในผ้าห่มทำร้าย และสัตว์มีพิษมาอาศัยร่วมกับคน และเมื่อถูกต่อย กัด มีอาการแพ้ ปวด พบแมงป่องสัตว์มีพิษ ที่อยู่ตามเสื้อผ้า ดังคำกล่าวดังต่อไปนี้

"มีงูช่วงหนีน้ำ"

"มีตะขาบ ตะเข็บเวลาน้ำท่วม นานๆครั้ง บางครั้งโดนกัด แต่ผมไม่แพ้ ไม่ปวด บางคนแพ้ แค่โดนเล็บมันก็แพ้ มันมาอยู่ในผ้าห่มเวลาน้ำท่วม มันขึ้นตามเสาหินเสาปูน พวกบ้านริมน้ำก็มีงูบ้าง"

"มีตะขาบแมงป่อง งูบ้างเวลาน้ำท่วม"

"กลัว กลัวงูเงี้ยว มันเข้าปกติก็งูปลา งูอะไรที่มันกินกบเขียดตัวน้อยๆ"

"มีพวกแมงป่อง ตะขาบกัด พอมันกัดก็หายาใส่ เอายาที่หมอแจกมา เขาแจกมาพร้อมทุกอย่างอ่ะ พร้อมทุกโรคที่เขาแจกมาในนั้นอ่ะ"

"มีสิครับตะขาบ มีบนบ้าน เจอเรื่อย เจอเราก็จัดการ จะหยิบจะจับเราก็ดู แค่ฤดูฝนเป็นเขตของตะขาบ แมงป่อง เราต้องคอยระวัง เวลาจะใส่เสื้อต้องสลัดซะก่อน เดี๋ยวมันเข้าไปเกาะอยู่ข้างใน"

"มีบ้างที่โดนแมลงสัตว์กัดต่อยเวลาน้ำท่วมครับ ส่วนมากจะเป็น พวกตะขาบ โดนพิษมัน ก็ทนปวดไป เอายามาทาก็หายครับ ไม่ต้องไปหาหมอครับ บวม วันเดียวก็หาย"

ด้านสาธารณูปโภค

จากการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุต้องซื้อน้ำกินเอง จากรถขายน้ำเอกชนและบ้านที่น้ำท่วมห้องสุขาจะใช้ไม่ได้ต้องไปขอใช้บ้านที่น้ำไม่ท่วม ซึ่งบางหลังคาเรือนมีห้องสุขาเต็ม ด้านอาหารพบว่า ผู้สูงอายุขาดแคคลนน้ำดื่มต้องไปรับแจกตามจุดต่างๆ เช่น บริเวณสะพาน ทางราชการไม่สามารถนำสิ่งของไปแจกถึงบ้านผู้สูงอายุได้ ส่วนน้ำใช้ในการอุปโภค ผู้สูงอายุนำน้ำที่ท่วมอยู่บริเวณบ้านมาแกว่งสารส้ม นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องพายเรือออกไปซื้ออาหารสำเร็จรูปตามร้านค้าที่น้ำไม่ท่วม บางรายดื่มน้ำประปาที่ไม่ได้ผ่านการกรอง ดังคำกล่าวดังต่อไปนี้

"น้ำกินไม่ขาด ใช้ประปา มีรถน้ำมาขายตามไม่ได้มาแจก นอกจากประปายังกินน้ำบ่อ มีบ่ออยู่บ้าน"

"ส้วมเวลาน้ำท่วมใช้ไม่ได้ ก็ไปขอบ้านที่ไม่ท่วมเข้า"

"เวลาน้ำท่วมส้วมมันเต็ม"

"ขาดน้ำ ต้องพายเรือไปรับเขามาแจกที่สะพาน เขาไม่ได้เอามาแจกถึงบ้าน น้ำใช้เอาน้ำที่ท่วมมาแกว่งสารส้มใช้ น้ำดื่มก็กินที่เขามากแจกแต่ต้องพายเรือไปรับเอา เขามาแจกทีหลาย เขามาแจกเรื่อยๆ"

"เรื่องอาหารการกินก็ต้องเอาเรือออกไปซื้อ พวกปลากระป๋อง ของที่เค้าแจกก็มี ถนนน้ำไม่ท่วมกับข้าวก็พวกอาหารอ่อนๆ ไข่เจียว เพราะถอนฟันออกหมด"

"ตอนน้ำท่วมน้ำดื่มก็น้ำประปาครับ ไม่ได้กรองเลย"

ด้านการออกกำลังกาย

จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกายแต่มีการเคลื่อนไหวออกแรงจากการทำงานในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหักยา มีบางรายออกกำลังกายอยู่บนบ้านเนื่องจากน้ำท่วม ไม่สามารถออกไปไหนได้ ดังคำกล่าวดังต่อไปนี้

"ไม่มี โอ้โห้ยไม่เคยออกเลย กะงานนี่ก็แย่แล้ว ตีสี่ก็ออกจากบ้านแล้ว สายหน่อยจะได้เข้าบ้าน ไม่งั้นก็ร้อน"

"ก็ไม่ได้ออกกำลังกายอะไรอ๊อก มีแต่ทำงานแค่นั้นแหละ"

"จะมีช่วงหน้าฝนไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หนักที่สุดก็ช่วงทำนามั้ง หักยามั้งแทบทุกคืน นี่รุ่นนี้เจ็ดสิบกว่าแล้วตีสองยังออกไปหักยา"

"ออกกำลังกายบนบ้านนิดๆหน่อยๆ จะไปไหนได้ ก็น้ำท่วมอ่ะ"

ด้านการพักผ่อนนอนหลับ

จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมักพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากต้องร้อยใบยาสูบให้เสร็จทันเวลากับใบยาสูบรุ่นใหม่ที่กำลังเข้ามา บางรายตื่นตอนตีสามแล้วไม่หลับ ต้องลุกมาทำงาน หลายรายนอนไม่หลับ บางคนวิตกกังวลเป็นห่วงลูกหลาน ทำให้นอนหลับไม่สนิท ดังคำกล่าวดังต่อไปนี้

"บางทีก็ได้นอน บางทีก็ไม่ได้นอน ต้องร้อยยาให้เสร็จก่อน ต้องรันยาเก่าให้เสร็จ ถึงจะร้อยยาใหม่เข้าไปได้ กว่าจะเสร็จก็ดึก ถึงได้นอน"

"นอนหนึ่งทุ่ม ตื่นนอนตอนตีสามแล้วก็ไม่หลับอีกเลย นอนเล่นไปงั้นอ่ะ จนกว่าจะแจ้ง หลับกี่โมงก็ตื่นตีสาม กลางวันมีงีบบ้าง"

"ตีสามตีสี่ก็ตื่นแล้วนอนต่อก็ไม่หลับ ก็ลุกไปทำงาน ไปเก็บยา ไฟติดหน้าเอา"

"นอนไม่ค่อยหลับ ก็คิดไปเรื่อยๆเฉื่อยไป บางครั้งไม่ได้เป็นบ่อย"

"บางทีนอนไปก็อดนึกอะไรไม่ได้วัยขนาดผม มีความคิดอะไรต่างๆ คิดแบบว่าวันนี้มี มีกินแล้ว พรุ่งกูจะทำยังไงถึงมีกินต่อ อะไรอย่างงี้ คนอายุอย่างพวกผมนี่กลัวไม่มีกินอย่างเดียว คิดถึงลูกหลาน คนนั้นเป็นยังไงโว้ย หายไปนาน"

ส่วนที่ 3 การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

คณะผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ผนวกเข้ากันระหว่างผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และ 2 แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง สรุปได้ดังนี้

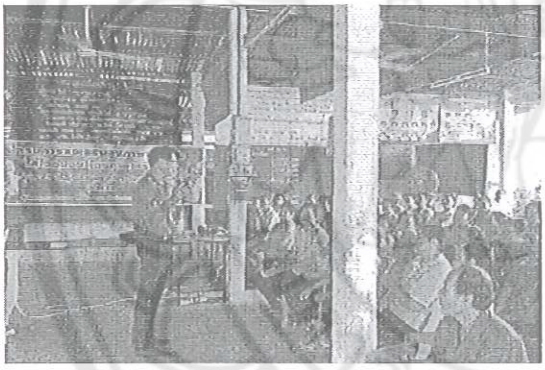
ผลการสังเคราะห์ข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งริมฝั่งแม่น้ำยม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

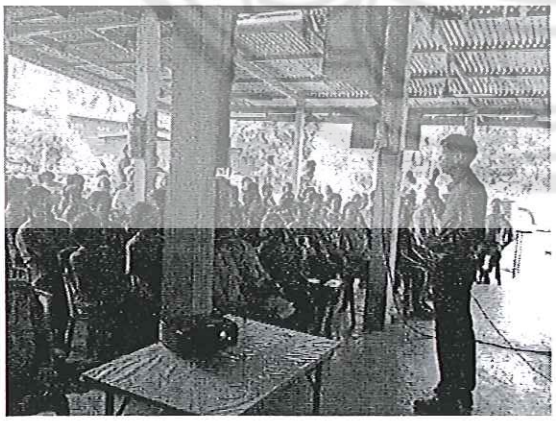
ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ดำเนินการ 1 วันครึ่ง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และละลายพฤติกรรม 2) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย 3) กิจกรรมการเรียนรู้ด้านอาหารส่งเสริมสุขภาพ 4) กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสมเพื่อสร้างความเข้มแข็งของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และ5) กิจกรรมการจัดการความเครียด

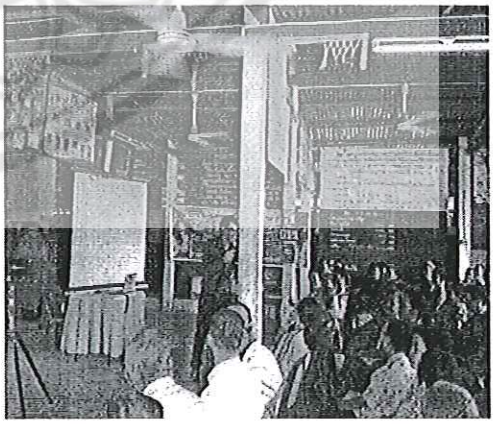
ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 2 วัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้มีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง 2) กิจกรรมเพิ่มการเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น 3) กิจกรรมการชักจูงด้วยคำพูดโดยการเพิ่มกำลังใจ และความมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง 4) กิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ 5) กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

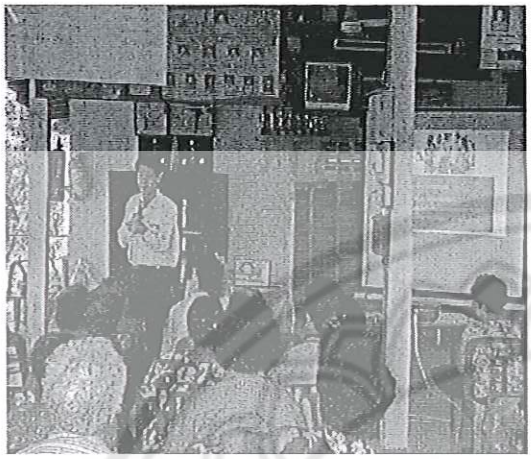
ขั้นตอนที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการประชุมร่วมระหว่างผู้แทนผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แกนนำอาสาสมัครสาธารสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และผู้นำท้องที่ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกำหนดบทบาทในการสนับสนุนจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

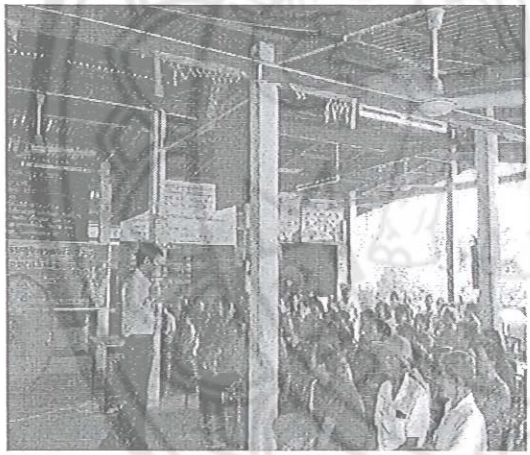
ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ การอยู่อาศัยโดยขาดผู้ดูแล และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ 2) กิจกรรมการจัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ เพื่อวางแผนการให้ความร่วมมือในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

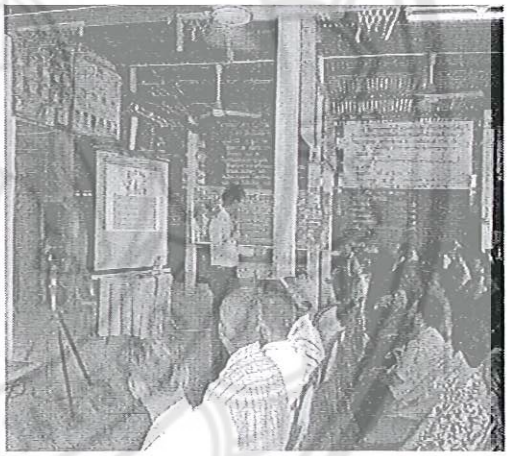


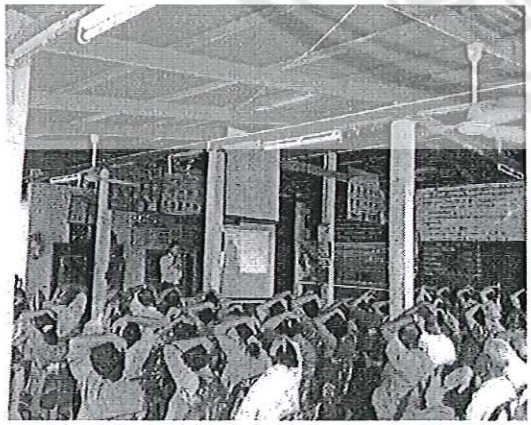












ผลการประเมินรูปแบบการสร้างศักยภาพผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งริมฝั่งแม่น้ำยม

ตารางที่ 6 ผลการประเมินรูปแบบการสร้างศักยภาพผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งริมฝั่งแม่น้ำยมในมุมมองของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอน	องค์ประกอบ/กิจกรรม	ความเหมาะสม (%)			ความเป็นไปได้ (%)		
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ผล	เป็นไปได้	เป็นไปไม่ได้	ผล
1	3. กิจกรรมการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ ทบทวนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพและการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ (เวลา 3 ชั่วโมง)	94.44	5.56	ได้	94.44	5.56	ได้
	3.1 การสนทนากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน โดยให้แต่ละกลุ่มเลือกประธาน เลขานุการ จากนั้นมอบประเด็นให้สนทนากลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ และการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ	88.89	11.11	ได้	88.89	11.11	ได้
	3.2 การนำเสนอผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมปัญหาอุปสรรคการสร้างเสริมสุขภาพ การหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ โดยวิทยากรจัดทำฉลากเพื่อจัดลำดับในการนำเสนอผลการสนทนากลุ่ม	88.89	11.11	ได้	88.89	11.11	ได้
	3.3 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม	88.89	11.11	ได้	88.89	11.11	ได้
	4. กิจกรรมการสรุปวิธีการลดผลกระทบจากการสูงอายุ การอยู่อาศัยตามลำพัง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)	88.89	11.11	ได้	88.89	11.11	ได้
	4.1 วิทยากรรวบรวมประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการนำเสนอผลการสนทนากลุ่มของผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ และการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ	100	0	ได้	100	0	ได้
2	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้วยขบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 2 วัน						
	1. กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้มีความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง)	94.44	5.56	ได้	94.44	5.56	ได้
	1.1 การบรรยายโดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญหรือผู้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ลดความวิตกกังวล ทำให้เพิ่มความพยายามเพิ่มความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบด้วยมติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	100	0	ได้	100	0	ได้

ตาราง 6 (ต่อ)

ขั้นตอน	องค์ประกอบ/กิจกรรม	ความเหมาะสม (%)			ความเป็นไปได้ (%)		
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ผล	เป็นไปได้	เป็นไปไม่ได้	ผล
	1.2 วิทยากรคัดเลือกผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3 ท่าน ให้เล่าประสบการณ์ความวิตกกังวล ความไม่เชื่อมั่นตัวเอง และการปฏิบัติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง	100	0	ได้	100	0	ได้
	1.3 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม	100	0	ได้	100	0	ได้
2	2. กิจกรรมเพิ่มการเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น (ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง)	100	0	ได้	100	0	ได้
	2.1 การถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพหรือเป็นต้นแบบ เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ในการพัฒนาความสามารถของตน เมื่อผู้สูงอายุสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถทำได้ถ้าตั้งใจ และพยายาม	100	0	ได้	100	0	ได้
	2.2 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม	100	0	ได้	100	0	ได้
2	3. กิจกรรมการชักจูงด้วยคำพูดโดยการเพิ่มกำลังใจ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง)	94.44	5.56	ได้	94.44	5.56	ได้
	3.1 การบรรยายโดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญหรือผู้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการรับเอาคำแนะนำ ชักจูงของผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะเคยทำไม่สำเร็จมาแล้วเป็นการเพิ่มกำลังใจ ความมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพ	100	0	ได้	100	0	ได้
	3.2 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม	100	0	ได้	100	0	ได้

ตาราง 6 (ต่อ)

ขั้นตอน	องค์ประกอบ/กิจกรรม	ความเหมาะสม (%)			ความเป็นไปได้ (%)		
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ผล	เป็นไปได้	เป็นไปไม่ได้	ผล
2	4. กิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ (ระยะเวลา 30 นาที)	94.44	5.56	ได้	94.44	5.56	ได้
	4.1 การบรรยายโดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญหรือผู้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการสรุปวิธีการสร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง การปลุกเร้าทางอารมณ์ ก่อให้เกิดการพัฒนา ทักษะในการดูแลได้	94.44	5.56	ได้	94.44	5.56	ได้
	4.2 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม	94.44	5.56	ได้	94.44	5.56	ได้
2	5. กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองมาฝึกทักษะตามสภาพปัญหาผนวกกับแนวการฝึกปฏิบัติ 8 ด้าน (ระยะเวลา 6 ชั่วโมง)	100	0	ได้	100	0	ได้
	5.1 การฝึกทักษะการเลือกอาหารสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	100	0	ได้	100	0	ได้
	5.2 การฝึกทักษะการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย	100	0	ได้	100	0	ได้
	5.3 การฝึกทักษะการรับประทานยาที่ถูกต้อง	100	0	ได้	100	0	ได้
	5.4 การฝึกทักษะการลดอุบัติเหตุในครัวเรือน	100	0	ได้	100	0	ได้
	5.5 การฝึกทักษะการจัดการความเครียด และซึมเศร้า	100	0	ได้	100	0	ได้
	5.6 การฝึกทักษะการพักผ่อน และการนอนหลับ	100	0	ได้	100	0	ได้
	5.7 การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพในสังคม	100	0	ได้	100	0	ได้
	5.8 การฝึกทักษะการให้ผู้สูงอายุเข้าถึงความสุขทางด้านจิตวิญญาณ	100	0	ได้	100	0	ได้
	5.9 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม	100	0	ได้	100	0	ได้
3	การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 1 วัน	100	0	ได้	100	0	ได้
	1. กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)	100	0	ได้	100	0	ได้
	1.1 การบรรยายโดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	100	0	ได้	100	0	ได้
	1.2 วิทยากรนำเสนอตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเป็นต้นแบบต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	100	0	ได้	100	0	ได้
	1.3 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม	100	0	ได้	100	0	ได้

ตาราง 6 (ต่อ)

ขั้นตอน	องค์ประกอบ/กิจกรรม	ความเหมาะสม (%)			ความเป็นไปได้ (%)		
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ผล	เป็นไปได้	เป็นไปไม่ได้	ผล
3	**2. กิจกรรมการประชุมร่วมระหว่างผู้แทนผู้สูงอายุที่อยู่อาศัย** ตามลำพัง แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และผู้นำท้องที่ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกำหนดบทบาทในการสนับสนุนจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังให้เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)	100	0	ได้	100	0	ได้
	2.1 กิจกรรมการแนะนำตัว โดยวิทยากรแนะนำตนเอง จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมนั่งเป็นวงกลม และให้แนะนำตนเองทั้งชื่อจริง และชื่อเล่น	100	0	ได้	100	0	ได้
	2.2 กิจกรรมชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการประชุม	100	0	ได้	100	0	ได้
	2.3 การประชุมร่วมเพื่อกำหนดบทบาทในการสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังให้เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	100	0	ได้	100	0	ได้
	2.4 สรุปเป็นข้อตกลง บทบาท หน้าที่ในการจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังให้เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยแบ่งออกเป็นบทบาทของผู้สูงอายุ และบทบาทของชุมชน/ท้องถิ่น	100	0	ได้	100	0	ได้
4	การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพดำเนินการ 1 วัน	100	0	ได้	100	0	ได้
	1. กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัยตามลำพัง และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)	100	0	ได้	100	0	ได้

ตาราง 6 (ต่อ)

ขั้นตอน	เนื้อเรื่อง/ข้อคำถาม	ความเหมาะสม (%)			ความเป็นไปได้ (%)		
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ผล	เป็นไปได้	เป็นไปไม่ได้	ผล
	1.1 การบรรยายโดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญหรือผู้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัยตามลำพัง	100	0	ได้	100	0	ได้
	1.2 วิทยากรนำเสนอตัวอย่างการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	100	0	ได้	100	0	ได้
	1.3 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม	100	0	ได้	100	0	ได้

จากตารางพบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่เห็นว่า มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่คิดว่ายังไม่เหมาะสมและยังไม่มีความเป็นไปได้ ได้แก่ ประเด็น 3.1 การสนทนากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน โดยให้แต่ละกลุ่มเลือกประธาน เลขานุการ จากนั้นมอบประเด็นให้สนทนากลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ และการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ 3.2 การนำเสนอผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมปัญหาอุปสรรคการสร้างเสริมสุขภาพ การหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ โดยวิทยากรจัดทำฉลากเพื่อจัดลำดับในการนำเสนอผลการสนทนากลุ่ม 3.3 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม และ 4. กิจกรรมการสรุปวิธีการลดผลกระทบจากการสูงอายุ การอยู่อาศัยตามลำพัง และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง) ร้อยละ 11.11

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมและสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่อยู่ริมฝั่งแม่น้ำยมโดยคัดเลือกจังหวัดสุโขทัยที่เป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมากที่สุด สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 540 คนโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และBinary logistic analysis ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.7 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 41.3 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.0 รองลงมามีอายุระหว่าง 65-69 ปี 70-74 ปี 75-79 ปี 80 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.6,20.0,14.3และ2.2 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 67 ปี มีสถานภาพสมรส สมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.9 รองลงมามีสภาพสมรส หม้าย สภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 26.9,2.2 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.6 และนับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 7.4 มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาไม่ได้เรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 4.3,4.1,3.1,0.9และ0.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักในปัจจุบัน คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 71.3 รองลงมาประกอบอาชีพหลักในปัจจุบัน คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 17.0,7.4,3.3และ0.9 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพหลักในอดีต คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 75.4 รองลงมาประกอบอาชีพหลักในปัจจุบัน คือ รับจ้าง ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย ข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 14.1,5.2,4.4และ0.9 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท 5,001 – 10,000 บาท มากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.4,7.6,5.6 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 3,560 บาท และมีสถานภาพการเงินพอกินพอใช้เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ62.8

การได้รับผลกระทบทางสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติมากที่สุดร้อยละ 18 รองลงมาได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ร้อยละ 15 และมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 14.8 ตามลำดับ

ศักยภาพในการดุแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ศักยภาพในการการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งพบว่าข้อที่ผู้สูงอายุมีศักยภาพมากสุดได้แก่ข้อ การเข้าร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานแต่ง งานบวช งานศพ ร้อยละ

70.4 รองลงมาได้แก่ข้อ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด ร้อยละ 67.6 และข้อ การพบปะ พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน ร้อยละ 64.6 ตามลำดับ และข้อที่มีศักยภาพต่ำสุดได้แก่ข้อ การรับประทานอาหารที่มีรสจืดไม่รสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด ร้อยละ 21.5

ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมโดยการวิเคราะห์ Binary logistic analysis คราวละหลายตัวแปร เพื่อควบคุมอิทธิพลระหว่างตัวแปร พบว่า การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 2.20, 95% CI; 1.27 – 3.82) โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีโอกาสกินอาหารส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 2.20 เท่า การเคลื่อนไหวออกแรง มีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 1.28, 95% CI; 1.15 – 1.43) โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีโอกาสเคลื่อนไหวออกแรง มากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 1.280 เท่า และการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 1.11, 95% CI; 1.04 – 1.19)โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีการจัดการความเครียดมากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 1.11 เท่า

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีกับการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีกับการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุโดยการวิเคราะห์ Binary logistic analysis คราวละหลายตัวแปร เพื่อควบคุมอิทธิพลระหว่างตัวแปร พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บริเวณบ้านมีคราบสกปรก(P-value =0.00) มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี (P-value =0.04) มีการกำจัดน้ำเสียอย่างถูกวิธี (P-value = 0.02) ใต้ถุนและบริเวณรอบบ้านรกรุงรัง(P-value =0.00) พื้นที่รอบบ้านลื่น(P-value =.003) และมีไฟส่องสว่าง บริเวณบันได และทางเดิน(P-value =.001) ดังตารางที่ 3

ผลการสร้างกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งริมฝั่งแม่น้ำยม

ผลการสังเคราะห์ กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งริมฝั่งแม่น้ำยม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ดำเนินการ 1 วันครึ่ง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และละลายพฤติกรรม 2) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย 3) กิจกรรมการเรียนรู้ด้านอาหารส่งเสริมสุขภาพ 4) กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสมเพื่อสร้างความเข้มแข็งของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และ5) กิจกรรมการจัดการความเครียด

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 2 วัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้มีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง 2) กิจกรรมเพิ่มการเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น 3) กิจกรรมการชักจูงด้วยคำพูดโดยการเพิ่มกำลังใจ และความมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง 4) กิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ 5) กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการประชุมร่วมระหว่างผู้แทนผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แกนนำอาสาสมัครสาธารสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และผู้นำท้องที่ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกำหนดบทบาทในการสนับสนุนจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ การอยู่อาศัยโดยขาดผู้ดูแล และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ 2) กิจกรรมการจัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ เพื่อวางแผนการให้ความร่วมมือในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

อภิปรายผล

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลให้สังคมชนบทรับความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ทำให้โครงสร้างของชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สอดคล้องกับ วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง (2553) ที่พบว่าในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ และเด็กเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชน เพิ่มสูงขึ้น จากการที่วัยแรงงานหายไปจากครอบครัวเพื่อประกอบอาชีพทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาการดำรงชีวิตเพียงลำพังในชนบทโดยเฉพาะในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมโดยการวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากการถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับภัยธรรมชาติ ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ได้แก่การรับประทานอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย และขาดการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสอดคล้องกับ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2552) ที่พบว่า สิ่งที่ตามมา คือ ผู้สูงอายุ ขาดผู้เลี้ยงดูหรือดูแลทำให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้พบเห็นในชุมชนโดยเฉพาะชนบทห่างไกล คือ ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

จากการวิจัยพบว่าการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมีความสัมพันธ์กับการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บริเวณบ้านมีคราบสกปรก(P-value =0.00) มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี (P-value =0.04) มีการกำจัดน้ำเสียอย่างถูกวิธี (P-value = 0.02) ใต้ถุนและบริเวณรอบบ้านรกรุงรัง(P-value =0.00) พื้นที่รอบบ้านลื่น(P-value =.003) และมีไฟส่องสว่างบริเวณบันได และทางเดิน(P-value =.001) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ได้กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะ ให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวม

ไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีด้วย จากข้อความดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง จำเป็นต้องมีการปรับหรือจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และสอดคล้องกับแนวคิดของ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2554) ที่ว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพเป็นส่วนสำคัญสำหรับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุทั้งนี้เป็นเพราะอุบัติเหตุของผู้สูงอายุมักเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ยกตัวอย่างเช่นการเกิดอุบัติเหตุในบ้านนับตั้งแต่การหกล้มเพราะเฟอร์นิเจอร์ในบ้านที่กีดขวางทางเดินหรือเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่มั่นคงเวลาจับเพื่อพยุงตัวอาจทำให้หกล้มได้สายไฟจากปลั๊กหรือสวิตช์ไฟต่างๆที่วางบนพื้นอาจทำให้สะดุดหกล้มได้ธรณีประตูอาจทำให้สะดุดล้มแสงไฟในที่ต่างๆไม่พอโดยเฉพาะตรงทางเดินและบันไดพื้นห้องไม่ว่าจะเป็นห้องนอนห้องรับแขกห้องครัวใช้วัสดุที่ลื่นเสื่อหรือพรมเช็ดเท้าที่ลื่นและขอบสูงเกินไปเพราะอาจทำให้สะดุดได้ราวบันไดที่ติดตั้งอย่างไม่มั่นคงมีราวบันไดข้างเดียวหิ้งเก็บของสูงเกินไปจนเอื้อมไม่ถึงนอกจากนี้แล้วการเกิดอุบัติเหตุนอกบ้านก็มักเกิดขึ้นได้ง่ายเช่นถนนทางเดินลื่นพื้นต่างระดับถนนกว้างเกินไปข้ามถนนไม่ทันแสงไฟตามทางเดินไม่พอ

กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ที่ผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพัฒนาขึ้น ได้นำเอาปัญหาด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากภัยน้ำท่วมที่เกิดขึ้นจริงรวมทั้งปัญหาศักยภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุเข้ามาสู่ขบวนการนี้ร่วมกับการศึกษาปัจจัยทำนายที่พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการถูกทอดทิ้ง เข้าสู่ขบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำโปรแกรม มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างกระบวนการที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกจุดและตรงประเด็น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร มโนรัตน์ (2553) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต้องมีการวิเคราะห์ทบทวนปัญหาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเดิม ที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเร็วขึ้นหรืออาจเกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ และต้องกระตุ้นให้รักสุขภาพมากขึ้น อยากดูแล ปกป้องสุขภาพให้ดีกว่าเดิม ตลอดจนมีความตระหนัก และทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยของตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังเป็นห่วงบ้าน ไม่อยากเดินทางห่างไกลจากบ้านพัก ดังนั้น การจัดกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ควรจัดในชุมชนไม่ห่างไกลจากบ้านพักของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และควรอำนวยความสะดวกในการเดินทางให้กับผู้เข้าร่วมกระบวนการ

2. ก่อนจัดกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ควรสำรวจ คัดกรองศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง โดยสมควรคัดเลือกผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองในระดับต่ำเข้าร่วมกระบวนการ

3. จากผลการศึกษา พบว่า การจัดกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ควรใช้วิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม ดังนั้น ก่อนจัดกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ควรพัฒนาศักยภาพทีมวิทยากร และเตรียมความพร้อมก่อนจัดกระบวนการทุกครั้ง

4. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังส่วนใหญ่ขาดการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การศาสนา ได้แก่ วัด โรงเรียน ควรสร้างค่านิยมเรื่องความกตัญญูของบุคคล ในครอบครัว

หรือญาติต่อผู้สูงอายุ และควรสนับสนุน ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ให้มากขึ้น

5. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังไม่ได้ทำงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายความเครียด และไม่ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดังนั้น กระทรวงแรงงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงาน ประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

6. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมให้ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยจัดในชุมชน ไม่ห่างไกลจากที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

7. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังขาดการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดสรรงบประมาณด้านการจัดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เช่น มีราวจับที่แข็งแรง ยึดแน่นในห้องน้ำ และทางเดินที่ใช้ประจำ มีไฟส่องสว่างทุกห้อง บริเวณบันได และทางเดิน เป็นต้น

8. จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ควรประกอบด้วยกิจกรรม การพัฒนาศักยภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การให้แรงสนับสนุนทางสังคมรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพบุคคลภายนอกครอบครัวเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

2. ควรศึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

3. ควรศึกษา และทดสอบประสิทธิผลของกระบวนเพิ่มศักยภาพในการสร้างสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังมีศักยภาพในการสร้างสุขภาพสุขภาพตนเองที่เหมาะสม เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

4. ควรศึกษา และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

บรรณานุกรม

กรมอนามัย. (2551). โครงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคกลุ่มผู้สูงอายุ ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรมสุขภาพจิต. (2553). แนวทางการรณรงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตวัยทำงานและวัยสูงอายุในพื้นที่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545, หน้า 3

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ. มหาสารคาม (พิมพ์ครั้งที่ 6). มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

จำเรียง งามคีรี. (2552). สภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษาสำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพ 7 (ตลิ่งชัน). วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏ เลย, เลย.

ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. (2542). การประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชน : เน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ธนัช กนกเทศ. (2549). การพัฒนามาตรฐาน และตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง. ศศ.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

บุญวัฒน์ จะโนภาษ สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2555 จากhttp://health.kapook.com/view33159.html

พิมล แสงสว่าง. (2549). ภาพรวมปัญหาผู้สูงอายุ. เวทีนโยบายสาธารณะ: เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ผกามาศ กมลพรวิจิตร, วิภาดา ท้าวประยูร และมนู วาทิสุนทร. (2549). บทบาท และความสัมพันธ์ของวัด และพระสงฆ์กับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิด และการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มาโนช หล่อตระกูล (2551) เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2008: Online). Aging Society ที่นี่ประเทศไทย. สืบค้น เมื่อ 5 กรกฎาคม 2553. จาก http://tgri.thainhf.org/index.php?module=news&page2=detail&id=160

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด

เรณุการ์ ทองคำรอด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สืบค้นเมื่อ 17 สค.2554 จาก http://www.kkopc.org/web/attachments/117

วาสนา ปรากฏวงษ์.(2552) ปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร;.

วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง. (2553). **การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี.** กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม และสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2553: Online). เมืองน่าอยู่ ผู้สูงวัย2. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน พ.ศ.2553 จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_107.htm.

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร 30 เม.ย.-2 พ.ค.51

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). **รายงานประจำปี 2551.** กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (มกราคม, 2010). มโนทัศน์ทางนโยบายระดับชาติด้านผู้สูงอายุและวัยผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 05 กรกฎาคม 2553 ที่ http://www.thaitgri.org/images/stories/Document/OldResearch/research_budget_8.pdf

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). แผนหลัก สสส.2552-2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (สสส.).

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554). สิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ.จดหมายข่าวเพื่อนสร้างสุข, 6(60), 6-7.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชามติ 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552: Online). บทสรุปผลสำหรับผู้บริหารการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ปี 2552. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2553. จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/mentalHealthExec52.pdf

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2552). คู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อสม. เพื่อผู้สูงวัยสายใยรักครอบครัว ชุมชน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2552). รายงานประจำปี 2552. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2554). รายงานประจำปี 2554. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). คู่มือการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสผ.). กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2551). ความรู้เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553). แผนปฏิบัติการเชี่ยงไฮ้ด้านผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2553, จาก http://www.oppo.opp.go.th /info /Law_plan.pdf

สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553). พัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2553, จาก http://www.oppo.opp.go.th/ info/data_process.htm

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). **แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด

สมสุดา ภู่พัฒน์ และจุฬารัตน์ วัฒนะ. (2551). **การประเมินผลการดำเนินงานโครงการกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดพึ่ง.** กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อรุณี อ่อนสวัสดิ์. (2553). เอกสารประกอบการบรรยาย วิชา ระเบียบวิธีวิจัยขั้นสูง (390611). พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร. ในห้องเรียนระเบียบวิธีวิจัยขั้นสูง โดย รศ.ดร. อรุณี อ่อนสวัสดิ์

อาฬสา หุตะเจริญ (2553) ภาวะซึมเศร้า ใน ผู้สูงอายุ สืบค้นเมื่อ 25 สค.2554 จาก http://www.yourhealthyguide.com/article/ao-depress-condition.html

อรวรรณ แผนคง. (2553). **การพยาบาลผู้สูงอายุ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

อรวรรณ์ คูหาและนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์. (2552). โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. บริษัท ซีจี ทูล จำกัด. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.** Engle Wood Cliff: Prentic-Hall.

Egger G, Spark R and Lawson J. (1992). **Health promotion strategies and method.** N.P.: McGraw–Hill Book.

Haan, A. d. (1999). Livelihoods and poverty: The role of migration-A critical review of the migration literature. *The Journal of Development Studies, 36*(2), 1-47.

Knodel, J., & Saengtienchai, C. (2005). Rural parents with urban children: Social and economic implications of migration on the rural elderly in Thailand (pp. 1-38): University of Michigan, Institute for Social Research, Population Studies Centre.

Margaret S.and Westaway. (2009). The impact of chronic diseases on the health and well-being of South Africans in early and later old age. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2553, จาก www.elsevier.com/locate/archger

Pender N.J., Murdaugh C.L. and Parsons M.R. (2006). **Health promotion in nursing practice.** New Jersey: Pearson Education.

Ryuichi มโนรัตน์. (2553). **รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเกษียณ.** วิทยานิพนธ์ สด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

Sijuwade, P. O. (2008). Elderly care by family members: Abandonment, abuse and neglect. *The Social Sciences, 3*(8), 542-547.

Sudnongbua, S. (2011). *Feelings of abandonment among elderly people in rural Northeast Thailand.* Ph.D degree, Massey University, Palmerston North, New Zealand.

Sudnongbua, S., LaGrow, S., & Boddy, J. (2010). Feelings of abandonment and quality of life among older persons in rural northeast Thailand. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 25*(3), 257-269.

United Nations. (2008). Guild to the nation Implementation of the Marid International Plan of Action On Ageing. United Nations Headquarters, New York.

World Health Organization: Regional Office for South-East Asia. (2003). Abuse of the elderly *violence prevention in South-East Asia: A challenge for public health* (pp. 1-32). New Delhi, India: World Health Organization: Regional Office for South-East Asia.

World Health Organization. (2010). **Health Promotion.** Retrieved January 15, 2010, from http://www.who.int/healthpromotion/en

แบบสอบถามโครงการวิจัย

การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก ริมฝั่งแม่น้ำยม

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่ น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลการได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยน้ำท่วม ส่วนที่ 3 ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

2. การบันทึกตามแบบสอบถาม ดำเนินการโดยทำเครื่องหมาย ☑ และเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนด

4. ข้อคำถามในแบบสอบถาม เป็นการสอบถามการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่ น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม หากมีข้อสงสัยในการกรอกแบบสอบถามสามารถสอบถามได้ที่ผู้ประสานงานวิจัยในพื้นที่

5. ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการรับบริการจากภาครัฐในทุกกรณี ขอให้ท่านตอบข้อมูลตามความเป็นจริง ไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก

6. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อคำถาม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่ น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☑ และเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ

( ) โสด ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยก

4. นับถือศาสนา

( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น

( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี

( ) ปริญญาโท ( ) ปริญญาเอก

6. อาชีพปัจจุบัน

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย

( ) ข้าราชการบำนาญ ( ) เกษตรกรรม ( ) อื่นๆ.....

7. อาชีพในอดีต

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย

( ) ข้าราชการ ( ) เกษตรกรรม ( ) อื่นๆ.....

8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ.....บาท (ไม่รวมเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล 500 บาท)

9. ท่านคิดว่าสถานภาพทางการเงินของท่านเป็นอย่างไร

( ) มีหนี้สิน ( ) พอกินพอใช้ ( ) มีเหลือเก็บ

10. แหล่งที่มาของรายได้ (แหล่งรายได้หลัก) (ตอบได้ 1 ข้อ)

( ) จากรายได้ของตนเอง ( ) จากบุคคลในครอบครัว

( ) จากแหล่งอื่น (ระบุ) 1.....2.....3.....

11. โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

( ) ไม่มีโรคประจำตัว

( ) มีโรคประจำตัว (ระบุ) 1..... 2.....3. .....

12. ในปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร

( ) สามีหรือภรรยา ( ) บุตร หลาน

( ) อยู่ตามลำพัง (คนเดียว) ( ) อื่นๆ ระบุ.....

13. ถ้าท่านอยู่ตามลำพัง (คนเดียว) สาเหตุที่อยู่ลำพัง (ตอบได้ 1 ข้อ)

( ) สามี หรือภรรยาเสียชีวิต ( ) บุตร หลานไปทำงานต่างถิ่น

( ) เป็นโสด ( ) อื่นๆ ระบุ.....

14. บุคคลที่ช่วยเหลือและลักษณะการให้ความช่วยเหลือ(จากมากไปน้อย: ใส่ 1 มากที่สุด 2 3 ลองลงมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ))

( ) สามี หรือภรรยา *การช่วยเหลือ* ( ) พาไปพบแพทย์ ( ) เตรียมอาหาร ( ) ด้านการเงิน

( ) บุตร หลาน *การช่วยเหลือ* ( ) พาไปพบแพทย์ ( ) เตรียมอาหาร ( ) ด้านการเงิน

( ) เพื่อน เพื่อนบ้าน *การช่วยเหลือ* ( ) พาไปพบแพทย์ ( ) เตรียมอาหาร ( ) ด้านการเงิน

( ) พี่น้อง *การช่วยเหลือ* ( ) พาไปพบแพทย์ ( ) เตรียมอาหาร ( ) ด้านการเงิน

( ) อสม. *การช่วยเหลือ* ( ) พาไปพบแพทย์ ( ) เตรียมอาหาร ( ) ด้านการเงิน

( ) อผส. *การช่วยเหลือ* ( ) พาไปพบแพทย์ ( ) เตรียมอาหาร ( ) ด้านการเงิน

( ) อื่นๆ ระบุ.....*การช่วยเหลือ* ( )พาไปพบแพทย์( )เตรียมอาหาร( )ด้านการเงิน

15. ท่านดื่มสุราหรือไม่

( ) ไม่ดื่ม

( ) ดื่ม (ลักษณะการดื่ม) ( ) ดื่มทุกวัน ( ) นานๆ ครั้ง

16. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

( ) ไม่สูบ ( ) สูบ จำนวนสูบ.....มวนต่อวัน

17. ท่านเคี้ยวหมากหรือไม่

( ) ไม่เคี้ยวหมาก

( ) เคี้ยวหมาก (ความถี่) ( ) ตลอดทั้งวัน ( ) นานๆ ครั้ง

18. ท่านรับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำหรือไม่

( ) ไม่รับประทาน

( ) รับประทาน (ระบุโรคที่ท่านต้องรับประทานยาเป็นประจำ) 1.....

2.....3.....4.....

19. ท่านซื้อยากินเองหรือไม่

( ) ไม่ซื้อ ( ) ซื้อ ชื่อยา.....

20. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือไม่

( ) ตรงเวลา ( ) ไม่ตรงเวลา

21. ท่านสามารถมองเห็นได้ตามปกติหรือไม่

( ) ปกติ ( ) ไม่ปกติ ระบุ.....

22. ท่านสามารถเดินได้ตามปกติหรือไม่

( ) ปกติ ( ) ไม่ปกติ ระบุ.....

23. ท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือไม่

( ) ไม่มี ( ) มี (ถ้ามี) ระบุ 1.....2.....

ส่วนที่ 2: การได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยน้ำท่วม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย☑ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงความคิดเห็นเดียว โดยในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นบ้าง บางครั้ง
ไม่เคย	หมายถึง	มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อคำถาม	การได้รับผลกระทบ		
	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหกล้มบ่อยแค่ไหน			
2. ท่านขาดการรับยาจากภาวะน้ำท่วม			
3. ท่านมักจะรู้สึกเครียดและวิตกกังวล			
4. ท่านมักจะมีอาการปวดเมื่อยจากการยกของหนีน้ำ			
5. ท่านรับประทานอาหารไม่ครบ 3 เมื้อ			
6. ท่านขาดน้ำดื่มที่สะอาด			
7. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคตาแดง			
8. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคน้ำกัดเท้า			
9. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง			
10. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคผื่นคัน			
11. ท่านจมน้ำ			
12. ท่านถูกไฟฟ้าดูด			
13. ท่านถูกแมลงสัตว์ที่หนีน้ำมากัดต่อย			
14. ท่านกลั้นปัสสาวะและอุจจาระนานๆเนื่องจากไม่มีที่ขับถ่าย			
15. ท่านขาดการติดต่อกับบุคคลและสังคมภายนอก			
16. ท่านขาดการออกกำลังกาย			
17. ท่านพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ			
18. ท่านพึ่งยานอนหลับ จากภาวะเครียด			

ส่วนที่ 3 : ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย☑ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงความคิดเห็นเดียว โดยในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นบ้าง บางครั้ง
ไม่เคย	หมายถึง	มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ		
	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านแสวงหาความรู้ใหม่เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ			
2. ท่านดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี			
3. ท่านไปตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
4. ท่านไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด			
5. ท่านดื่มสุรา			
6. ท่านสูบบุหรี่			
7. ท่านดื่มชา กาแฟ			
8. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 20-30 นาที			
9. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินหรือการวิ่งเหยาะ หรือขี่จักรยาน			
10. ท่านมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ การเดินจ่ายตลาด			
11. ท่านจะหยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกหรือปวดกระดูกปวดข้อ			
12. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด			
13. ท่านรับประทานผักและผลไม้			
14. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			
15. ท่านดื่มนมวันละ 1 แก้ว			
16. ท่านรับประทานไข่ไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์			
17. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง			
18. ท่านรับประทานมันจัด เช่น ขาหมู ของทอด แกงกะทิ			
19. ท่านรับประทานอาหารหวาน เค้ก ของเชื่อม			
20. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลา เช่น ปลาเล็กปลาน้อย			
21. ท่านรับประทานอาหารอุ่นๆ			
22. ท่านรับประทานอาหารที่มีสีสันน่ารับประทาน			
23. ท่านเข้าร่วมงานสังคมต่างๆ เช่น งานแต่ง งานบวช งานศพ			
24. ท่านร่วมพูดคุยปรึกษาหารือเรื่องต่างๆในครอบครัว			
25. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ท่องเที่ยว ทำสวน จัดบ้าน			

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ		
	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคย
26. ท่านพบปะ พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน			
27. ท่านเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ ชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น			
28. ท่านทำใจให้พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง			
29. ท่านมองโลกหรือมองคนอื่นในแง่ดี			
30. ท่านมีจิตใจชื่นชม ยินดีกับความสำเร็จของบุคคลอื่นๆ			
31. เมื่อท่านมีความไม่สบายใจ จะพยายามค้นหาสาเหตุและแก้ไข			
32. ท่านพยายามควบคุมจิตใจให้สงบเมื่อเกิดความเครียด			
33. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยทำงานอดิเรกหรือออกกำลังกาย			
34. ท่านใช้ครีมบำรุงผิว ทาผิวหนังหลังอาบน้ำ			
35. ท่านสวมร้องเท้าที่มีดอกยางขณะเข้าห้องน้ำ			
36. ถ้าท่านมีปัญหาการมองเห็น ท่านใส่แว่นตาช่วยในการมองเห็น			
37. ถ้าท่านมีปัญหาการเดิน ท่านใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน			
38. ถ้าท่านมีโรคประจำตัว ท่านรับประทานยาตามแผนการรักษา			
39. ท่านได้รับวัคซีนป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่			
40. ท่านแปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปากและฟัน			
41. ท่านพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง			
42. ท่านได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน เช่น การอุด ถอดฟัน การใส่ฟันปลอม การใส่รากฟันเทียม เป็นต้น			

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. **ท่านคิดว่าสุขภาพท่านเป็นอย่างไร**
2. **ท่านคิดว่าท่านได้รับผลกระทบจากภัยน้ำท่วม อย่างไรบ้าง**
3. **ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพตนเองมีประโยชน์อย่างไร**
4. ท่านได้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองอะไรบ้าง อย่างไร

4.1 ด้านการแสวงหาความรู้ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเอง ข้อจำกัดของการสูงอายุ สุขวิทยาส่วนบุคคล

4.2 ด้านการแพทย์ ประกอบด้วยการไปตรวจสุขภาพ การไปพบแพทย์ตามนัด

4.3 การป้องกันการเกิดโรค และภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย เช่นการฉีกวัคซีน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เลิกสูบบุหรี่ การควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต

4.4 การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานยา

4.5 การป้องกันโรคกระดูกพรุน

4.6 การป้องกันการหกล้ม

4.7 ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

4.8 การออกกำลังกาย

4.9 การผักผ่อน การนอนหลับ

4.10 การส่งเสริมสุขภาพจิต

4.11 การทารุณกรรมในผู้สูงอายุ เช่น การได้รับอันตรายทางกาย เช่น จากลูกหลานมาข่มขู่เอาเงิน การตบตี ทำร้ายร่างกาย การไม่ให้สิทธิ์ การกักขังหน่วงเหนี่ยว การดูถูกเหยียดหยาม การไม่ได้รับความเป็นธรรมในชุมชน เป็นต้น

4.14 การส่งเสริมสุขภาพด้านสังคม

5. ท่านคิดว่าอุปสรรคของการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองมีอะไรบ้าง
6. ท่านได้รับการสนับสนุน การชี้แนะด้านการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองจากใครบ้าง อย่างไร

ที่ ศธ ๐๕๒๗.๑๒/๑๑๕๙

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองพิษณุโลก
จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ตอบรับบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและสุขภาพ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและสุขภาพ นั้น

บทความวิจัยของท่านได้ผ่านการตรวจประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอรับรองว่าบทความของท่านจะลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและสุขภาพ (Journal of Nursing and Health Sciences) ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม-เมษายน ๒๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอบะ)
บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและสุขภาพ

หน่วยวารสาร คณะพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๕๕๙๖-๖๖๕๖
โทรสาร. ๐-๕๕๙๖-๖๗๐๙

ขอเชิญชวนร่วมบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนการสร้างอุทยานสมเด็จพระนเรศวรมหาราช เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา
www.indosat5.nu.ac.th

การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

บทคัดย่อ

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, วรวิทย์ อินทร์ชม
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมและสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่อยู่ริมฝั่งแม่น้ำยมโดยคัดเลือกจังหวัดสุโขทัยที่เป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมากที่สุด สุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 540 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และBinary logistic analysis

ผลการวิจัยพบว่า การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ การเคลื่อนไหวออกแรง การจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีโอกาสกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ การเคลื่อนไหวออกแรง การจัดการความเครียด มากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 2.20 เท่า 1.280 เท่าและ1.11 เท่า ตามลำดับ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมีความสัมพันธ์กับภาวะถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกระบวนการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

คำสำคัญ ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพตนเอง

Potential development in self health care of abandoned elderly in the Yom river flood plain area

Abstract

Narongsak Noosorn, Worawit Inchom
Faculty of Public Health, Naresuan University

The objective of this study were to analyse the potential in self health care of abandoned elderly in the Yom river flood plain area and to develop the potential in self health care of abandoned elderly in the Yom river flood plain area. The population investigated in this study included population over the age of 60 meeting the study criteria and live around Yom River edge, in Sukhothai Province, which has been identified as the highest proportion of older people living alone. The target 540 persons were included in the study. The multistage sampling method was used in this study. The research employed a purpose-designed questionnaires. The statistic were analyzed by percentage, mean, standard deviation logistic regression analysis .

The result found that : healthy eating, movement exercise, stress management was significantly associated with abandonment at 0.05. The elderly with neglect were likely to have healthy diet, movement exercise, stress management more than those with frequently neglect 1.280, 2.20 and 1.11 times, respectively. The supportive healthy environment was significantly associated with abandonment at 0.05. The process of increased ability potentials of abandoned elderly as 1) increased ability potentials in health promoting 2) health behaviors change 3) environment management for health promoting and 4) health promotion supported by non family member and health care provider. Therefore, a process should be implemented for abandoned elderly.

Keywords Abandoned, Elderly, Self health care.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการสาธารณสุข ส่งผลให้ทุกประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยมีประชากรที่อายุยืนยาว ประกอบกับอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนความเจ็บป่วยที่ต่างจากกลุ่มอายุอื่น ๆ โดยเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนอาจจะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือความพิการได้ (WHO, 2006) มีรายงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ, 2544) และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 75 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังประกอบด้วยโรคเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 25 ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่น ๆ ร้อยละ 25 และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร้อยละ 23 (Margaret and Westaway, 2009: Online) นอกจากนี้ผู้สูงอายุของไทยจะประสบปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการคือปัญหาสุขภาพ และปัญหาเศรษฐกิจ โดยปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจนทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2548)

จากการขยายตัวและการกระจายตัวของสังคมเมืองส่งผลให้สังคมชนบทรับความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น อาชีพในภาคอุตสาหกรรม และการบริการเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วดึงดูดชาวชุมชนออกจากอาชีพในภาคเกษตรกรรม เกิดการอพยพออกจากท้องถิ่นเข้าสู่เขตเมืองจนทำให้โครงสร้างของชุมชนชนบทเปลี่ยนแปลงไป เช่น สัดส่วนหนุ่มสาววัยแรงงานน้อยลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สมาชิกของครอบครัวบางรุ่นหายไปจากครอบครัว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) และในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ และเด็กเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553) และพบว่าสิ่งที่ตามมาคือผู้สูงอายุ มีผู้เลี้ยงดูหรือดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้พบเห็นในชุมชนโดยเฉพาะชนบทมีผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552, หน้า 29)

ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังอาจจะมีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการตาย และการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลในด้านสุขภาพ และบริการสังคม ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่อาศัยตามลำพังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ (Kawamoto, et al., 2005) การที่ผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้งรวมกับผลกระทบของกระบวนการสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านสุขภาพซึ่งอาจทำให้เกิดความเหงา อ้างว้าง ท้อแท้ในชีวิต รู้สึกไม่มีคุณค่า ไร้ค่า และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความเหงามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับการถูกทอดทิ้งของผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และมีความเหงาสูง

(Mullins, et al., 1988) ความเหงาเป็นปัญหาทางจิตใจที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยอย่างมาก (Ryan & Patterson, 1987) จากปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังที่จะต้องดำรงชีวิตให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและเผชิญกับสภาวะสถานการณ์น้ำท่วมซ้ำซาก เป็นผู้ที่น่าเป็นห่วงอย่างมาก เพราะโรคภัยต่างๆ ที่มากับน้ำที่เป็นแหล่งเชื้อโรค สามารถทำลายสุขภาพร่างกายได้ตั้งแต่โรคภัยไข้เจ็บธรรมดา จนไปถึงโรคติดเชื้อรุนแรง สามารถทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นเสียสุขภาพจากสาเหตุของโรคร้ายต่างๆ นานา โดยขาดผู้ให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในสภาวะน้ำท่วมซ้ำซาก อาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะน้ำท่วมขาดความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิต ขาดการรับยาอย่างต่อเนื่อง อาจมีปัญหาการหกล้มจากสภาพพื้นที่ลื่น แมลงสัตว์กัดต่อย สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

จากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีความต้องการในการศึกษาวิจัยการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพตนเองตลอดจนสามารถป้องกันโรคที่มากับน้ำได้อย่างถูกหลักการทางสาธารณสุข เพื่อลดภาระพึ่งพิงและลดโอกาสในการเกิดโรคในอนาคต การดูแลสุขภาพตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากมีสุขภาวะที่ดี ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (Applied Research) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่อาศัยเพียงลำพังเนื่องจากเป็นหม้าย โสด หรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแลรวมถึงการการถูกทอดทิ้งโดยไม่ได้รับการเหลียวแลจากสมาชิกครอบครัวในเขตพื้นที่น้ำท่วมลุ่มแม่น้ำยม ได้แก่ จังหวัดแพร่ สุโขทัย พิษณุโลก และพิจิตร การวิจัยนี้คัดเลือกจังหวัดแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาด้วยหลัก การเลือกกรณี

สุดโต่ง (Extreme case) (อรุณี อ่อนสวัสดิ์. 2553) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีลักษณะแตกต่างจากลักษณะปกติทั่วไปอย่างชัดเจน คือมีพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากเป็นบริเวณกว้าง และจำนวนผู้สูงอายุได้รับผลกระทบมากที่สุดได้แก่จังหวัดสุโขทัย โดยเป็นจังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับที่ 1 ของจังหวัดที่แม่น้ำยมไหลผ่าน จำนวน 5,742 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2552)

ส่วนการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักเกณฑ์ของ Kerlinger and Pedhazur ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 540 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยขั้นแรกสุ่มอำเภอใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากได้ 4 อำเภอ คือ อำเภอศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสำโรง อำเภอกงไกรลาศ และอำเภอเมืองสุโขทัย ขั้นที่สองสุ่มตำบล โดยสุ่มอำเภอละ 3 ตำบลด้วยการจับสลาก และขั้นตอนที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) น้อย (1 คะแนน) แบ่งระดับศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ถูกทอดทิ้งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) แบ่งระดับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 และ ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการถูกทอดทิ้ง จำนวน 10 ข้อ แบ่งระดับการถูกทอดทิ้งออกเป็น 2 ระดับ คือ ถูกทอดทิ้งประจำ และถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้ง

คุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในเขตตำบลย่านยาว อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย Odd ratioและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

คณะผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบกระบวนการเพิ่มศักยภาพ ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และผสานเข้ากับข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังของ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งอยู่อาศัยตามลำพัง กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

การวิเคราะห์ข้อมูล นำสารสนเทศทั้งหมดมาทำการสังเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis) และนำมาจัดทำร่างองค์ประกอบของกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมแล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจนได้รูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย

1)กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง 10 คน

2)กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน

3)กลุ่มผู้ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับอำเภอ และจังหวัดโดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปัญหาสุขภาพ และศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และประเด็นข้อเสนอแนะต่อกระบวนการเพิ่มศักยภาพ ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ร้อยละ 58.7 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง และเพศชายร้อยละ 41.3 มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.0) รองลงมาอายุระหว่าง70-79 ปี (ร้อยละ 25.6) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) รองลงมาไม่ได้เรียน (ร้อยละ 4.3) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อย71.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่ากับ 1,768.60 บาท มีสถานภาพทางการเงินพอกินพอใช้/มีเหลือเก็บมากที่สุด (ร้อยละ 84.9)แหล่งที่มาของรายได้ มาจากตนเองมากที่สุด (ร้อยละ45.0) รองลงมารายได้จากภาครัฐ (ร้อยละ 29.5)มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.0)

ผลการวิเคราะห์ศักยภาพในการการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งพบว่าข้อที่ผู้สูงอายุมีศักยภาพมากสุดได้แก่ข้อ การเข้าร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานแต่ง งานบวช งานศพ ร้อยละ 70.4 รองลงมาได้แก่ข้อ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด ร้อยละ 67.6 และข้อ การพบปะ พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน ร้อยละ 64.6 ตามลำดับ และข้อที่มีศักยภาพต่ำสุดได้แก่ข้อ การรับประทานอาหารที่มีรสจืดไม่รสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด ร้อยละ 21.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับศักยภาพในการดูแลตนเอง					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	293	54.3	127	23.5	120	22.2
2. การพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด	365	67.6	118	21.9	57	10.6
3. การดื่มสุรา	12	2.2	70	13.0	458	84.8
4. การสูบบุหรี่	24	4.4	68	12.6	448	83.0
5. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที	161	29.8	221	40.9	153	28.3
6. การมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้	**249**	**46.1**	**224**	**41.5**	**56**	**10.4**

ตารางที่ 1 ศักยภาพในการการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง	ระดับศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. การรับประทานอาหารที่มีรสจืดไม่รสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด	116	21.5	253	46.9	161	29.8
8. การรับประทานผัก และผลไม้	306	56.7	211	39.1	23	4.3
9. การรับประทานมันจัด เช่น ขาหมู ของทอด แกงกะทิ	45	8.3	239	44.3	250	46.3
10. การรับประทานอาหารหวาน ของเชื่อม	92	17.0	259	48.0	183	33.9
11. การรับประทานอาหารประเภทปลา เช่น ปลาเล็กปลาน้อย	313	58.0	193	35.7	34	6.3
12. การเข้าร่วมงานสังคมต่าง ๆ เช่น งานแต่ง งานบวช งานศพ	380	70.4	138	25.6	22	4.1
13. การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น ท่องเที่ยว ทำสวน จัดบ้าน	236	43.7	213	39.4	86	15.9
14. การพบปะ พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน	349	64.6	152	28.1	34	6.3
15. การเข้าเป็นสมาชิกชมรม และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ	255	47.2	158	29.3	122	22.6
16. การทำใจให้พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง	274	50.7	226	41.9	24	4.4

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมโดยการวิเคราะห์ Binary logistic analysis คราวละหลายตัวแปร เพื่อควบคุมอิทธิพลระหว่างตัวแปร พบว่า การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 2.20, 95% CI; 1.27 – 3.82) โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีโอกาสกินอาหารส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 2.20 เท่า การเคลื่อนไหวออกแรง มีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 1.28, 95% CI; 1.15 – 1.43) โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีโอกาสเคลื่อนไหวออกแรง มากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 1.280 เท่า และการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR = 1.11, 95% CI; 1.04 – 1.19)โดยผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นบางครั้งมีการจัดการความเครียดมากกว่าผู้ที่มีภาวะถูกทอดทิ้งเป็นประจำ 1.11 เท่า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

ศักยภาพในการการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	Univariable logistic regression		Multivariable logistic regression	
	OR_{clude} (95% CI)	p-value	OR_{adjust} (95% CI)	p-value
การกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ	1.023 (0.85 – 1.78)	0.261	2.20 (1.27 – 3.82)	0.005
การเคลื่อนไหวออกแรง	1.16 (1.09 – 1.24)	< 0.001	1.28 (1.15 – 1.43)	< 0.001
การจัดการความเครียด	1.08 (1.04 – 1.14)	< 0.001	1.11 (1.04 – 1.19)	0.001
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	1.12 (1.03 – 1.23)	0.009	0.92 (0.81 – 1.04)	0.186

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีกับการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุโดยการวิเคราะห์ Binary logistic analysis คราวละหลายตัวแปร เพื่อควบคุมอิทธิพลระหว่างตัวแปร พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บริเวณบ้านมีคราบสกปรก (P-value =0.00) มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี (P-value =0.04) มีการกำจัดน้ำเสียอย่างถูกวิธี (P-value = 0.02) ใต้ถุนและบริเวณรอบบ้านรกรุงรัง(P-value =0.00) พื้นที่รอบบ้านลื่น(P-value =.003) และมีไฟส่องสว่าง บริเวณบันได และทางเดิน(P-value =.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีกับการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยม

การจัดการสิ่งแวดล้อม	Beta	S.E.	Wald	p-value	Exp(B)
D19	-1.796	.560	10.305	.001	.166
Constant	43.374	10674.391	.000	.997	6.869E+18
Step9[i] D1	-21.357	5404.668	.000	.997	.000
บริเวณบ้านมีคราบสกปรก	2.143	.289	54.827	.000	8.521
มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี	-.988	.343	8.277	.004	.372
มีการกำจัดน้ำเสียอย่างถูกวิธี	2.316	.745	9.677	.002	10.138
ห้องสุขาสะอาดถูกสุขลักษณะ	-1.400	.684	4.184	.041	.247
ใต้ถุนและบริเวณรอบบ้านรกรุงรัง	-1.810	.268	45.780	.000	.164
มีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้าน	-20.051	8782.558	.000	.998	.000
พื้นที่รอบบ้านลื่น	.786	.264	8.851	.003	2.194
มีไฟส่องสว่าง บริเวณบันได และทางเดิน	-1.891	.561	11.352	.001	.151
Constant	43.676	10312.315	.000	.997	9.296E+18

2. รูปแบบการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งริมฝั่งน้ำยม

จากผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ได้ถูกนำมาใช้ในการออกแบบกระบวนการเพิ่มศักยภาพ ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และผสานเข้ากับข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งของ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างกระบวนการเพิ่ม

ศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังผลการสังเคราะห์โดยรูปแบบการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งสรุปได้ดังแผนภาพนี้

แผนภาพแสดงกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

ผลการสังเคราะห์ข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งริมฝั่งแม่น้ำยม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ดำเนินการ 1 วันครึ่ง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และละลายพฤติกรรม 2) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย 3) กิจกรรมการเรียนรู้ด้านอาหารส่งเสริมสุขภาพ 4) กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสมเพื่อสร้างความเข้มแข็งของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และ5) กิจกรรมการจัดการความเครียด

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 2 วัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้มีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง 2) กิจกรรมเพิ่มการเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น 3) กิจกรรมการชักจูงด้วยคำพูดโดยการเพิ่มกำลังใจ และความมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง 4) กิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ 5) กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการประชุมร่วมระหว่างผู้แทนผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แกนนำอาสาสมัครสาธารสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และผู้นำท้องที่ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกำหนดบทบาทในการสนับสนุนจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ การอยู่อาศัยโดยขาดผู้ดูแล และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ 2) กิจกรรมการจัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ เพื่อวางแผนการให้ความร่วมมือในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

อภิปรายผล

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลให้สังคมชนบทรับความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ทำให้โครงสร้างของชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สอดคล้องกับ วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง (2553) ที่พบว่าในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ และเด็กเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชน เพิ่มสูงขึ้น จากการที่วัยแรงงานหายไปจากครอบครัวเพื่อประกอบอาชีพทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาการดำรงชีวิตเพียงลำพังในชนบทโดยเฉพาะในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซากริมฝั่งแม่น้ำยมโดยการวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากการถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับภัยธรรมชาติ ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ได้แก่การรับประทานอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย และขาดการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสอดคล้องกับ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2552) ที่พบว่า สิ่งที่ตามมา คือ ผู้สูงอายุ ขาดผู้เลี้ยงดูหรือดูแลทำให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้พบเห็นในชุมชนโดยเฉพาะชนบทห่างไกล คือ ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

จากการวิจัยพบว่าการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมีความสัมพันธ์กับการถูกทอดทิ้งอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บริเวณบ้านมีคราบสกปรก(P-value =0.00) มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี (P-value =0.04) มีการกำจัดน้ำเสียอย่างถูกวิธี (P-value = 0.02) ใต้ถุนและบริเวณรอบบ้านรกรุงรัง (P-value =0.00) พื้นที่รอบบ้านลื่น(P-value =.003) และมีไฟส่องสว่าง บริเวณบันได และทางเดิน(P-value =.001) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ได้กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะ ให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีด้วย จากข้อความดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง จำเป็นต้องมีการปรับหรือจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง และสอดคล้องกับแนวคิดของ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2554) ที่ว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพเป็นส่วนสำคัญสำหรับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุทั้งนี้เป็นเพราะอุบัติเหตุของผู้สูงอายุมักเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ยกตัวอย่างเช่นการเกิดอุบัติเหตุในบ้านนับตั้งแต่การหกล้มเพราะเฟอร์นิเจอร์ในบ้านที่กีดขวางทางเดินหรือเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่มั่นคงเวลาจับเพื่อพยุงตัวอาจทำให้หกล้มได้สายไฟจากปลั๊กหรือสวิตซ์ไฟต่างๆที่วางบนพื้นอาจทำให้สะดุดหกล้มได้ธรณีประตูอาจทำให้สะดุดล้มแสงไฟในที่ต่างๆไม่พอโดยเฉพาะตรงทางเดินและบันไดพื้นห้องไม่ว่าจะเป็นห้องนอนห้องรับแขกห้องครัวใช้วัสดุที่ลื่นเสื่อหรือพรมเช็ดเท้าที่ลื่นและขอบสูงเกินไปเพราะอาจทำให้สะดุดได้ราวบันไดที่ติดตั้งอย่างไม่มั่นคงมีราวบันไดข้างเดียวหิ้งเก็บของสูงเกินไปจนเอื้อมไม่ถึงนอกจากนี้แล้วการเกิดอุบัติเหตุนอกบ้านก็มักเกิดขึ้นได้ง่ายเช่นถนนทางเดินลื่นพื้นต่างระดับถนนกว้างเกินไปข้ามถนนไม่ทันแสงไฟตามทางเดินไม่พอ**

กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ที่ผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพัฒนาขึ้น ได้นำเอาปัญหาด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากภัยน้ำท่วมที่เกิดขึ้นจริงรวมทั้งปัญหาศักยภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุเข้ามาสู่ขบวนการนี้ร่วมกับการศึกษาปัจจัยทำนายที่พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการถูกทอดทิ้ง เข้าสู่ขบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำโปรแกรม มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างกระบวนการที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกจุดและตรงประเด็น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร มโนรัตน์ (2553) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต้องมีการวิเคราะห์ทบทวนปัญหาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเดิม ที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเร็วขึ้นหรืออาจเกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ และต้องกระตุ้นให้รักสุขภาพมากขึ้น อยากดูแล ปกป้องสุขภาพให้ดีกว่าเดิม ตลอดจนมีความตระหนัก และทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยของตนเองมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี2558 (วช 58) และขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ. (2544). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2558, จาก http://www.sem100library.in.th/opac/Catalog/BibItem.aspx?BibID=b00006162

ประภาพร มโนรัตน์. (2553). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเกษียณ. วิทยานิพนธ์ สด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง. (2553). การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม และสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). การทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2554). รายงานประจำปี 2554. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2554). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554. บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล

จำกัด. กรุงเทพ.

อรุณี อ่อนสวัสดิ์. ระเบียบวิธีวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Kawamoto R, Yoshida O and Oka Y. (2005). Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. **Geriatrics & Gerontology International,** 5(3), 152–158.

Margaret S.and Westaway. (2009). The impact of chronic diseases on the health and well-being of South Africans in early and later old age., Archives of Gerontology and Geriatrics Volume 50, Issue 2 , Pages 213-221

Mullins L.C., Sheppard H.L. and Anderson L. (1988). A study of loneliness among a national sample of Swedish elderly. **Comprehensive gerontology,** 29(1), 36 -43.

Ryan M.C. and Patterson J. (1987). Loneliness in the elderly. **Journal of erotological Nursing,** 13(5), 6 – 12.

World Health Organization. (1986). **Integrating poverty and gender into health programmes: A sourcebook for health professionals: module on ageing.** N.P.: Regional Office for the Western Pacific.