

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น สำหรับประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ในปี พ.ศ. 2545, 2550 และ 2554 ประชากรสูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคือร้อยละ 9.4, 10.2 และ 12.2 ตามลำดับ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2557) โดยในปี พ.ศ. 2558 ประชากรไทยจำนวน 65.1 ล้านคน พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) และจากการคาดการณ์ประชากรไทยพบว่าในปี พ.ศ.2568 และ พ.ศ. 2576 ผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.8 เป็น 25.0 แสดงให้เห็นว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วมาก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยได้เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุหรือภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing) นอกจากกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีขนาดใหญ่แล้วในขณะเดียวกัน อัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรสูงอายุเมื่อเทียบกับวัยแรงงานจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า อัตราส่วนการเป็นภาระของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราส่วนร้อยละ 26.6 ซึ่งจะเพิ่มถึงร้อยละ 40.9 ในปี พ.ศ. 2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุ นอกจากจะส่งผลให้ภาวะประชากรของประเทศไทยเข้าสู่ยุคที่เรียกว่า “ภาวะสังคมผู้สูงอายุ” แล้ว ผลกระทบที่เกิดขึ้นมิได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงผลกระทบด้านประชากรเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ โดยเฉพาะผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลต่อผู้สูงอายุเอง ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศ กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติมากขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุในบ้านมีการเจ็บป่วย สมาชิกในบ้านต้องช่วยกันดูแล เกิดการหยุดงาน ส่งผลทั้งครอบครัวและประเทศได้ ด้วยเหตุที่ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่กระทบต่อปัญหาด้านอื่นๆ อย่างมาก ประเทศไทยให้ความสำคัญกับสุขภาพผู้สูงอายุ ดังเห็นได้จากกำหนดแผนและนโยบายต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมสำหรับการดูแลและคุ้มครองผู้สูงอายุ ตามแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในเรื่องการดูแลและการคุ้มครองผู้สูงอายุ มีมาตรการสำคัญคือการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการดูแลตนเองด้านสุขภาพให้กับ

ผู้สูงอายุ โดยมีนัยความสำคัญของแผนฯ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนของสังคมนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในเรื่องการจัดบริการและการส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและพึ่งตนเองได้ และกิจกรรมของผู้สูงอายุนั้นต้องเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นเรื่องที่กำลังได้รับความสนใจจากบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากการดูแลสุขภาพรูปแบบเดิมเป็นการดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน เน้นการดูแลสุขภาพกาย แต่ในปัจจุบันนี้กระบวนการหรือวิธีคิดในเรื่องสุขภาพแบบแยกส่วนกำลังถูกเปลี่ยนไปสู่วิธีคิดแบบองค์รวม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนี้อยู่บนกฎเกณฑ์ที่ว่า ส่วนรวมทั้งหมดถูกสร้างขึ้นมาจากส่วนย่อยๆ ที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและพึ่งพาต่อกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ เพราะถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งถูกทำลายไป จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ เสียดุลยภาพไป ซึ่งจะทำให้ส่วนอื่นๆ ถูกทำลายไปด้วย เช่นเดียวกับชีวิตมนุษย์แต่ละคนจะประกอบด้วยร่างกาย (Physical) จิตใจ (Mental and Emotional) สังคม (Social) และจิตวิญญาณ (Spiritual) ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของชีวิตสูญเสียการทำงานไป ก็จะส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆ ที่เหลือ ในขณะที่เดียวกันชีวิตและองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้านก็จะเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กับสรรพสิ่งแวดล้อมเช่นกัน แม้ว่าองค์รวมจะมีส่วนย่อยหลายอย่างมาประกอบกันก็ตาม แต่ทว่าองค์รวมก็มีคุณสมบัติใหม่ที่ส่วนประกอบย่อยไม่มี (กรรณิกา ปัญญาวงศ์, 2555) ตามแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมนี้จึงสอดคล้องกับนิยามขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า สุขภาพมิได้หมายถึงเพียงการปราศจากโรค แต่หมายรวมถึงสภาวะที่ชีวิตมีความปกติสุข สามารถรักษาสมดุลของระบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยไว้ได้ ทั้งองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภาวะสมดุลเช่นนี้ คือ สุขภาวะหรือการมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังมีกรกล่าวถึงหลักคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมในแง่มุมอื่นๆ เช่น สุขภาพองค์รวม เป็นกระบวนการของการมองโลก มองชีวิตว่าทุกสิ่งทุกอย่างสานสัมพันธ์กันได้แยกส่วนเป็นเรื่องๆ มองชีวิตเป็นหนึ่ง ไม่ได้แยกกายกับจิต มิได้แยกเรื่องทางสังคม สิ่งแวดล้อมออกจากเรื่องสุขภาพ สุขภาพองค์รวมจึงสะท้อนออกมาในลักษณะการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ การอยู่เย็นเป็นสุข คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการรู้จักเลือกวิธีการดำเนินชีวิตทั้ง ทางกาย ใจ สิ่งแวดล้อม สังคม อาหาร และด้านจิตวิญญาณ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้น จากแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นอกจากจะให้ความสำคัญกับองค์ประกอบต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรงแล้ว ยังคำนึงถึงผลของสุขภาพองค์รวมที่สะท้อนออกมาในลักษณะของคุณภาพชีวิตด้วย

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการจัดอันดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2556 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) พบว่าความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุในลำดับต้นๆ ในเพศชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 10.6, 8.2 และ 6.2 ตามลำดับ และในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง

โรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 12.2, 10.8 และ 6.0 ตามลำดับ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการสูญเสียการมีสุขภาพดีมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกายยังไม่เหมาะสม กล่าวคือ ผู้สูงอายุถึงแม้จะมีแนวโน้มการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 28.0 ในปี พ.ศ. 2550 แต่มีผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่ออกกำลังกายเป็นประจำ โดยกลุ่มผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม

สำหรับคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ดังเห็นได้จากประกาศขององค์การอนามัยโลกในปลายปี ค.ศ. 1990 ระบุว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิตหมายถึงความผาสุกในชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (Mauk KL., 2006) สำหรับประเทศไทยคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2552) กล่าวคือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุคือสภาพการณ์ที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่มีความสุข มีการกินดีอยู่ดี มีเศรษฐกิจที่มั่นคง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ และมีการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ที่ดีได้อย่างเหมาะสม แต่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น ต้องดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือของหลายภาคส่วนทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมีหลายด้าน เช่น การศึกษาวิจัยของลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ (2555) ซึ่งสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ. 2533-2544 พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเรียงค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัวและการอุปถัมภ์จากครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกับของประเทศไทย ได้แก่ Corrente JE and Machado AB. (2010) พบว่า ผู้สูงอายุในเมืองเซาท์เปาโล ประเทศบราซิล ให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดีคือการมีสุขภาพกายสมบูรณ์ ประสบความสำเร็จในชีวิต มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและมีกิจกรรมทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังเช่นการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล (2555) ได้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 316 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ หรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต ดังเช่นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวบราซิล (Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE, 2009) พบว่ามีปัจจัยต่างๆ เช่น ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ สมรรถนะทางร่างกาย กลุ่มอายุ และการใช้บริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < 0.05$) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับคุณภาพชีวิต ดังเช่นการศึกษาผลการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (จันทร์จรัส จันทร์จารุพงศ์, 2549) เป็นศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 53 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ประกอบกับมีผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำควรได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี (ธาริน สุxonันต์ และคณะ, 2554) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 คน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 24.8 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.2 และระดับไม่ดี ร้อยละ 11.0

จะเห็นว่าประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจำนวนไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วนเฉพาะด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งการแก้ปัญหาสุขภาพเชิงรุกควรเน้นการป้องกันตั้งแต่ระยะที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ประกอบกับจากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (อรรธรณ น้อยวัฒน์และอารยา ประเสริฐชัย, 2558) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ควรคำนึงถึงความต่อเนื่องของการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุการใช้ทฤษฎีของแบนดูราจึงมีความเหมาะสม แต่การศึกษาวิจัยในเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จะเน้นการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุใน 3 ระดับ ได้แก่ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับสังคมและชุมชน จึงต้องมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเล็มในการด้านดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับบุคคล ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการดูแลสุขภาพพระระดับครอบครัว และทฤษฎีเครือข่ายทางสังคมในด้านการดูแลสุขภาพพระระดับสังคมและชุมชน การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในจังหวัดชลบุรี เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรียังไม่เหมาะสม ดังเช่น ผลการสำรวจจากโครงการห่วงใยใส่ใจสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุส่วนน้อยเพียงร้อยละ 28.85 ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 71.15 ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพราะว่า บางส่วนไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ขาดความรู้

ความเข้าใจและไม่ตระหนักถึงผลประโยชน์ของการออกกำลังกายและบางส่วนขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (รายงานผลการสำรวจโครงการห่วงใยใส่ใจสุขภาพผู้สูงอายุ กองงานสาธารณสุข, 2554) ประกอบกับการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 24.8 (ธาริน สุขอนันต์ และคณะ, 2554) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนี้จะเป็นกิจกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
5. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
6. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของครอบครัว ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ
7. เพื่อศึกษาการรับรู้ของชุมชนและสังคม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในกลุ่มชุมชนและสังคม

3. สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

4. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

5. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

4. นวัตกรรมเชิงปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีอย่างน้อย 1 ปี ในตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ และตำบลห้วยใหญ่ อำเภอบางละมุง

โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุระดับบุคคล หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ในการศึกษาเป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเรม (Orem) ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ โดยการจัดโปรแกรมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เน้นการดำเนินการ 3 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการของผู้สูงอายุ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพ ซึ่งรายละเอียดจะครอบคลุมการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การดูแลสุขภาพบุคคล

โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุระดับครอบครัว หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุระดับครอบครัวเป็นการประยุกต์จากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ

โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุระดับชุมชนและสังคม หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมกับผู้นำชุมชน โดยโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุระดับชุมชนและสังคม เป็นการประยุกต์จากทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม (Social Network Theory) ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ หมายถึง ผลของการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ แบบประเมินตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำหรือแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย และพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ แบบประเมินตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของบุคคล โดยประเมินการรับรู้ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ตามการวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยประเมินการปฏิบัติใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 2) วิธีการพูดคุยและการแก้ปัญหาาร่วมกัน 3) การยอมรับความต้องการในการทำอะไรใหม่ๆ 4) การแสดงความรักและเอาใจใส่ และ 5) การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ แบบประเมินตนเองสำหรับครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การรับรู้ของชุมชนและสังคมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนประเมินว่าตนมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับใด โดยการศึกษาที่กำหนดการรับรู้ใน 3 ด้าน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนทรัพยากร การช่วยเหลือ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ แบบประเมินตนเองสำหรับชุมชน โดยประเมินการรับรู้ของชุมชนและสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่และประชากรที่ศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีพื้นที่ศึกษา ได้แก่ ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตตหีบ และตำบลห้วยใหญ่ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และคนในชุมชน ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 55 คน ในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้สูงอายุ 22 คน, ครอบครัว 22 คน และคนในชุมชน 11 คน

5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพใน 3 ระดับ ได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชนและสังคม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง แร่งสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ หมายถึง การดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา ตามองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย และพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

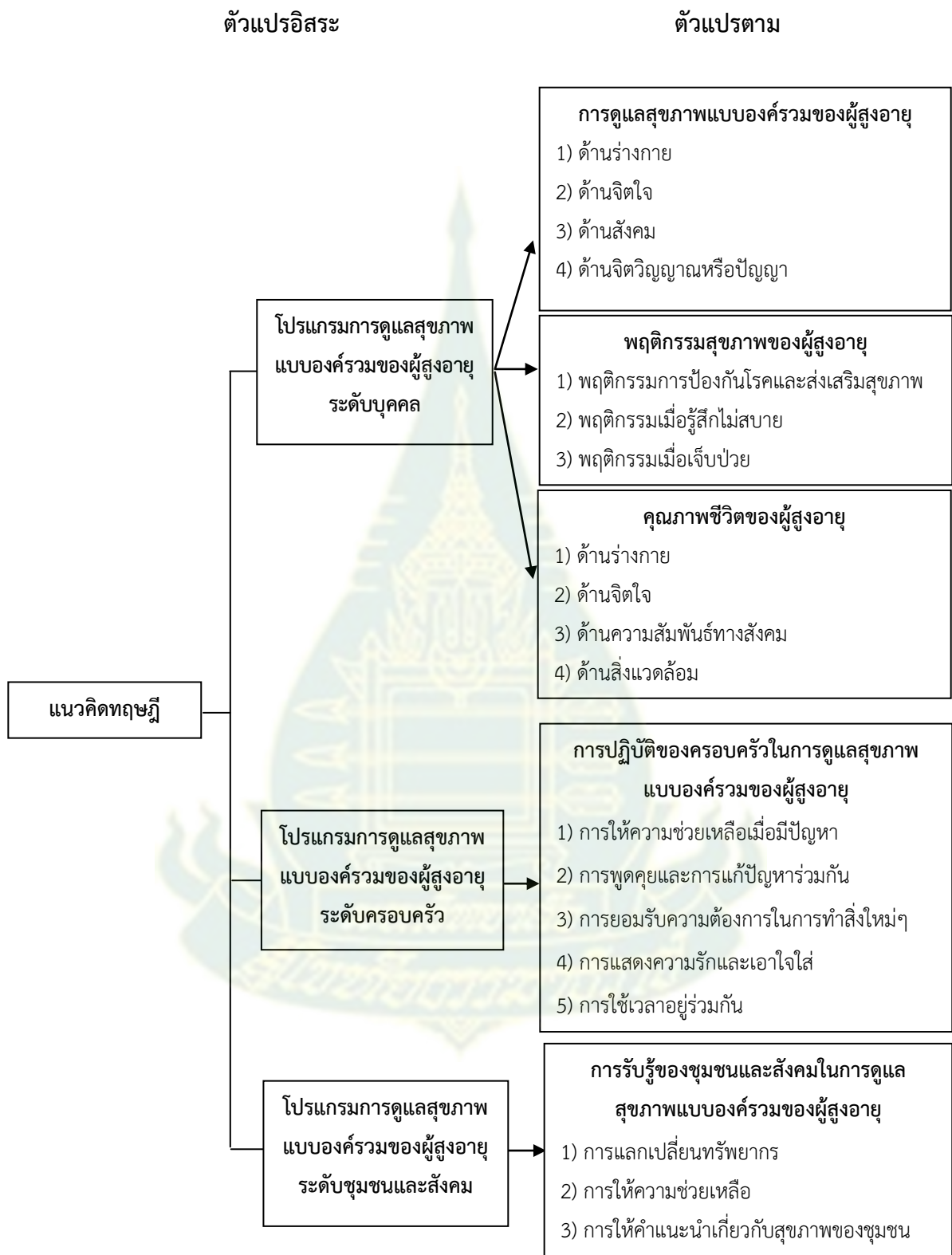
คุณภาพชีวิต เป็นการประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

5.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วง มิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2560



6. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

7. ข้อจำกัดการวิจัย

-

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 เป็นแนวทางการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในองค์ประกอบด้านอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุได้

8.2 โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ ได้ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะหรือบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มที่ทำการศึกษา

