

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑล ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 ประชากรผู้สูงอายุ
 - 1.3 กลุ่มผู้สูงอายุ
 - 1.4 ทฤษฎีพัฒนาการของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.1 แนวคิดการดูแลตนเองและทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 2.2 ทฤษฎีมนุษยสัมพันธ์
 - 2.3 ความหมายของสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.4 การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
 - 2.5 อาหารสำหรับผู้สูงอายุ
3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
 - 3.2 การประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพ
 - 3.3 รูปแบบที่ใช้ในการประเมิน
 - 3.4 รูปแบบการฝึกอบรม
 - 3.5 รูปแบบการเรียนการสอน
 - 3.6 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องความหมายผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ ข้อมูลทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และปัญหาของผู้สูงอายุซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีคำใช้เรียกและให้ความหมายว่า เป็นผู้ที่มีอายุมากไว้หลายคำเช่นคนชรา ผู้สูงวัย ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุมาก ผมหาว หน้าตาเหี่ยวเฉา การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ซึ่งในปี พ.ศ. 2525

องค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย และได้ให้ความหมายของคำ "ผู้สูงอายุ" ไว้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป นอกจากนี้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542, หน้า 347) แสดงให้เห็นความหมายคำว่าชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม

United Nations (2007, pp. 9) ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547, หน้า 2) ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549, หน้า 1) ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุหมายถึงประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนับเป็นบุคคลที่ได้รับความนับถือตามขนบธรรมเนียมประเพณีของคนไทย และควรมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยของการพักผ่อนและได้รับการดูแลจากลูกหลาน

กรมประชาสงเคราะห์ (ม.ป.ป. , หน้า 9) ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุหมายถึงการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความสูงอายุนี้ เริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิต

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2550, หน้า1)ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

สุรกุล เจนอบรม (2535, หน้า 4-5) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอย เชื่องช้า เป็นผู้ที่เหมาะสมควรให้การอุปการะ เป็นผู้ที่มีภูมิโรค และสมควรให้การช่วยเหลือได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้เข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมารวมพิจารณา
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สถิติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง
4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, หน้า 5-6) ได้แสดงให้เห็นว่า การถือเอาอายุเป็นเกณฑ์เรียกว่า "ผู้สูงอายุ" การกำหนดลักษณะทางกายภาพเป็นเกณฑ์เรียกว่า "คนชรา" และการกำหนดสถานภาพทางราชการ เก่ากว่าหรือแก่กว่าเป็นเกณฑ์เรียกว่า "ผู้อาวุโส"

กล่าวโดยสรุปว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมสภาพลง ลดบทบาททางสังคม และลดตำแหน่งหน้าที่กิจกรรมในการประกอบอาชีพ

1.2 ประชากรผู้สูงอายุ

ประชากรผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550, หน้า 3) ได้ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของประชากรสูงอายุนระหว่างปี พ.ศ.2543 - 2573 โดยทำการศึกษาทุก ๆ ช่วง 10 ปีคำนวณจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543 - 2573 แสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยต้น กลุ่มอายุ 60 - 64 ปี และกลุ่มอายุ 65 - 69 ปี มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ และมีแนวโน้มที่จะลดลงเล็กน้อย แต่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปีมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น และประชากรสูงอายุก่อนที่มีแนวโน้มว่าจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา สุขภาพคนไทยของ ชื่นฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ (2550, หน้า 88) ได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดว่าในอีก 13 ปีข้างหน้าในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มเป็น 11 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งประเทศ และจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเป็น 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.8 ของประชากรทั้งประเทศ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, หน้า 3 - 10) แสดงให้เห็นว่า การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 3 ครั้งที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ผลการสำรวจครั้งล่าสุดปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นชายร้อยละ 44.6 และเป็นหญิงร้อยละ 55.4 การสำรวจลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยปี 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 3.6 ปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 และปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.7

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2555, หน้า 10 - 11) แสดงให้เห็นว่า มาตรการในการวัดผู้สูงอายุทางประชากรศาสตร์ประกอบด้วย ดัชนีการสูงอายุ อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน และอัตราส่วนการเกื้อหนุนบิดาและมารดา ใช้เพื่อการศึกษาการสูงอายุของประชากรเป็นมาตรการวัดที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุกับประชากรวัยเด็ก เพราะ “ดัชนีการสูงอายุ” (Aging index) คือ อัตราส่วนระหว่างจำนวนประชากรสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต่อจำนวนประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 100 คน ดัชนีสูงอายุมีค่าต่ำกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุน้อยกว่าจำนวนเด็ก แต่ทางตรงข้าม ถ้าดัชนีมีค่าเกินกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุนี้นอกจากจำนวนประชากรเด็ก จาก พ.ศ.2513 ถึงพ.ศ. 2543 พบว่า ดัชนีการสูงอายุต่ำกว่า 100 ซึ่งแสดงถึงประชากรวัยเด็กมีมากกว่าประชากรสูงอายุแต่ดัชนีการสูงอายุมีค่าเท่ากับ 58 ในปัจจุบัน สถิติดังกล่าวบ่งชี้ว่าจำนวนประชากรวัยเด็กเล็กยังคงมีมากกว่าผู้สูงอายุ แต่เมื่อศึกษาดัชนีการสูงอายุโดยคำนวณจากข้อมูลประชากร พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 เป็นต้นไป ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุนี้นอกจากประชากรวัยเด็ก และในอีก 20 ปีข้างหน้าดัชนีการสูงอายุนี้น่าจะสูงถึง 186 หรืออีกนัยหนึ่งคือประชากรสูงอายุจะสูงกว่าประชากรวัยเด็กถึง 1.86 เท่า หรืออาจกล่าวได้ว่าประชากรสูงอายุนี้นอกจากประชากรวัยเด็กเกือบ 2 เท่าตัว

กล่าวโดยสรุปว่า ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี และมีเพิ่มมากกว่า ประชากรวัยเด็ก อาจส่งผลกระทบต่อประชากรวัยสูงอายุในอนาคตอย่างชัดเจนทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุขได้

1.3 กลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุได้มีการแบ่งผู้สูงอายุตามอายุและสภาวะสุขภาพของการช่วยเหลือตนเอง ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุระยะต้น (Young-Old หรือ Elderly) มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลางหรือคนชรา (Friable elderly old aged) มีอายุอยู่ระหว่าง 75 - 89 ปี และผู้สูงอายุระยะท้าย (Very old หรือ Oldest old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป มีนักวิชาการให้ความสำคัญและจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยพิจารณาเกณฑ์การแบ่งมีรายละเอียดดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช (2538, หน้า 125) ได้แสดงให้เห็นผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามอายุ และตามสภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไปคือ

1. ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยา ยังไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
2. ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง 71 - 80 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางเรื่อง
3. ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยา เปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

สุรกุล เจนอบรม (2541, หน้า 6 -7) ได้แสดงให้เห็นว่า ความสูงอายุอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1. ความสูงอายุแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความสูงอายุที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือ เมื่ออวัยวะและเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายถูกใช้งานมานานก็จะเกิดความเสื่อมโทรมหรือเสื่อมสภาพตามอายุขัย ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ซึ่งการเสื่อมโทรมของร่างกายนี้จะเห็นได้ชัดขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น

2. ความสูงอายุแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) ความสูงอายุในลักษณะนี้มักเกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่สนใจ หรือไม่รักษาสุขภาพ เช่น การใช้ร่างกายทำงานหนักเกินไป พักผ่อนไม่เพียงพอ ดื่มสุรา และสูบบุหรี่จัด หรือมีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียนอยู่เสมอ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความสูงอายุแบบทุติยภูมิได้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544, หน้า 125) ได้แสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุภาคสนามว่า การกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่าเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป บางพื้นที่มีข้อพิจารณาอื่น ๆ ประกอบ เช่น สภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50 - 55 ปี มีสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมหาว หลังโกง เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานรู้สึกรู้สึกว่าเริ่มแก่และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจ

กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุ แต่พิจารณาตัดสินจากองค์ประกอบเช่น สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกล ๆ ไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

บาร์โร และสมิธ (Barrow and Smith, อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, หน้า10-11) ได้แสดงให้เห็นถึงว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากราชการ เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุ คือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่า บุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุ มองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) กำหนดยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกาย และจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุจึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้นยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีกส่วนมากพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60 - 65 ปีขึ้นไป

ยูริค และคนอื่น ๆ (Yuriek and others, 1980, pp. 31) ได้ข้อสรุปว่า เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young-Old) มีอายุ 60-74 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old-Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

กล่าวโดยสรุปว่า การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ใช้สภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเกณฑ์ทำให้ได้เกณฑ์ที่ค่อนข้างใกล้เคียงกัน และผู้วิจัยใช้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยมีเหตุผลประกอบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เรลของผู้สูงอายุ

1.4 ทฤษฎีพัฒนาการของผู้สูงอายุ

ได้ศึกษาจากหลายทฤษฎีและจัดความสัมพันธ์ตามศาสตร์ที่ศึกษาและเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาททางสังคม และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุสามารถสรุปและแบ่งเป็น 5 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้ (บุญศรี นุเกตุ, ปาลีรัตน์ พรทวีภักธา, 2545, หน้า 7-18)

1.4.1 ทฤษฎีด้านชีววิทยา (Biological Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของความชราในเชิงชีววิทยา ดังนี้

(1) ทฤษฎีพันธุศาสตร์ (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า คนชราเกิดขึ้นตามพันธุกรรมมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง อวัยวะบางส่วนของร่างกาย คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคน แสดงออกเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน เป็นต้น

(2) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Catastrophe Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น จะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และผิดพลาดมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

(3) ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto-Immune Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร เป็นผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย ผู้สูงอายุพบปัญหาเป็นเหยื่อของการแทรกซ้อนจากโรคภัยไข้เจ็บสูง เนื่องจากความเสื่อมถอยทางสรีระร่างกาย และเมื่อเกิดขึ้นอาจเกิดความรุนแรงถึงแก่ชีวิต

(4) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่มีเรดิคัลอย่างอิสระอยู่มาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เรดิคัลนี้ทำให้ยีนผิดปกติ ทำให้คอลลาเจนและอีลาสตินซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวเกิดขึ้นมาก ทำให้เสียความยืดหยุ่น

1.4.2 ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม (Social Theories of Aging) กล่าวถึงจิตวิทยาทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งนักชราภาพวิทยาสังคม (Social Gerontologist) ได้เสนอเป็นหลายแนวคิด ทฤษฎีดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม, 2541, หน้า 6 -7)

(1) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) เสนอว่า ผู้สูงอายุรับบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงชีวิต เช่น บทบาทของการเป็นนักเรียน พ่อ แม่ ภรรยา ลูกสาว นักธุรกิจ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น โดยที่อายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง ในการกำหนดบทบาทของแต่ละคน แต่ละช่วงชีวิตที่ดำเนินไปของบุคคลนั้น ดังนั้นบุคคลจะปรับตัวต่อบทบาทของผู้สูงอายุได้ดีขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทที่ผ่านมาของตนเองอัน ส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาทที่ผ่านมาในแต่ละช่วงชีวิตของตนเองที่กำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต

(2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งได้จากการมีกิจกรรมและเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและตระหนักว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคมแนวคิดนี้จะเห็นว่ากิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าการลดบทบาท (Role Loss) ทางสังคมลง และพบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง ในทางบวก และมองโลกในแง่ดี จะมีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม และบทบาทใหม่ ๆ ให้กับผู้สูงอายุพอสมควร กิจกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาในส่วนต่าง ๆ

ของร่างกายให้สมวัย กิจกรรมที่ควรจัดให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ งานอดิเรกต่าง ๆ งานอาสาสมัคร เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่าง ๆ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ แนวคิดทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อที่ว่า การมีชีวิตที่ตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง ดีกว่าการอยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ จะนำมาซึ่งความสุขรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งแนวคิดตามทฤษฎีนี้มีความสำคัญในการนำมาจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รูปแบบการจัดกิจกรรมมี 3 ลักษณะคือ (1) เป็นกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนรุ่นเดียวกัน เครือญาติ และการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (2) เป็นกิจกรรมที่เป็นทางการ ได้แก่ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรม สมาคมต่าง ๆ เช่น การเข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุ การเข้ากลุ่มทางศาสนา เป็นต้น ลักษณะที่สามเป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก ได้แก่ กิจกรรมที่ทำในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ และการนันทนาการซึ่ง ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2548, หน้า 31) ได้แสดงศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง มีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตสูง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ มองเห็นตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีค่าต่อครอบครัวและสังคม

(3) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนมากค่อย ๆ ถดถอยออกจากสังคม ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มคนวัยอื่น ๆ ด้วยเป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ และหนีความตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม

(4) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความสุขได้ต่อเมื่อ ได้ทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตัวแบบที่เคยทำมาก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับคนหมู่มากจะกระทำ บุคคลใดพอใจชีวิตที่สุขสงบ สันโดษ อาจแยกออกมาอยู่ตามลำพัง ทฤษฎีนี้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างกว้าง ๆ ว่าต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายที่เกิดขึ้นในสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุ และรายได้ที่ลดลง เป็นต้น

(5) ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) ทฤษฎีนี้ศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างชั้น อายุที่แตกต่างกัน โดยถืออายุเป็นเกณฑ์สากลในการกำหนดบทบาทหน้าที่สิทธิ เป็นต้น เช่น อายุที่ต้องทำบัตรประชาชน อายุที่ต้องเกณฑ์ทหาร อายุที่ต้องเกษียณ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีกับอายุโดยตรง

1.4.3 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป ประกอบด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 549 - 550)

(1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือเป็นทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิหลังและพัฒนาการทางจิตของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความอบอุ่นมั่นคง มีความรักผู้อื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ มักเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้ ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุไม่เคยร่วมมือกับใคร จิตใจคับแคบ รู้สึกว่าตนเองทำคุณกับใครไม่ค่อยขึ้น มักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข

(2) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุยังปราดเปรื่องและคงความเป็นนักปราชญ์อยู่ได้ ด้วยความที่เป็นผู้ที่สนใจเรื่องราวต่าง ๆ

อยู่ตลอดเวลา มีการค้นคว้าและสนใจในการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้มีลักษณะเช่นนี้ได้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

(3) ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การพัฒนาด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุ นั้น เป็นช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มั่นคง หรือท้อแท้หมดกำลังใจ สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตนั้น คุณค่า ถ้ามีความมั่นคง จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา เกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และไม่ต้องการให้มีชีวิตยืดยาวออกไป เกิดความท้อถอย สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไม่มีคุณค่า และความสามารถที่จะเผชิญกับภาวะสูงอายุลดน้อยลง ซึ่งจุมพล หนิมพานิช (2548, หน้า 33) ได้แสดงให้เห็นว่า สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกหมดหวังจะรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย เกิดความท้อแท้ ท้อถอย หมดโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องที่ผ่านมาและมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต

(4) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evaluations Theory) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีวิวัฒนาการอยู่เสมอ และขั้นตอนการพัฒนาของมนุษย์ได้กำหนดไว้ โดยเริ่มต้นเป็นขั้นตอนตั้งแต่เกิดแก่และตายในที่สุด ทฤษฎีนี้วางอยู่บนพื้นฐานที่ว่า ผู้พร้อมที่สุดจะเป็นผู้ดำรงชีวิตอยู่ได้ ผู้พร้อมที่สุดไม่ได้หมายความว่าความถึง ความแข็งแรงประการเดียว แต่ยังรวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และความเฉลียวฉลาดอีกด้วย (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552, หน้า 28)

(5) ทฤษฎีของเพค (Peck's Development Theory) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (Young - Old) มีอายุ 55 - 75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านกายภาพ ลักษณะนิสัยและการมีปฏิสัมพันธ์ และได้ขยายลักษณะจิตสังคมในวัยผู้ใหญ่เป็น 7 ขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนแรกจะเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน ส่วนขั้นตอนที่ห้า หก และเจ็ด มีความสำคัญในวัยสูงอายุ ทฤษฎีของเพค อันดับที่ 5 คือ ego differentiation แยกกับ work-routine preoccupation หมายถึง ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนอีโก้ แต่รู้สึกว่าคุณค่าขัดแย้งกับบทบาททางการทำงานที่เคยปฏิบัติมาแต่ก่อน ทฤษฎีของเพค อันดับที่ 6 คือ body transcendence แยกกับ body preoccupation ข้อนี้เกี่ยวข้องกับร่างกายที่ต่างยุคสมัยกันทฤษฎีของเพคอันดับที่ 7 ว่า ego transcendence แยกกับ ego preoccupation นี้คืออีโก้ในสมัยที่เป็นผู้สูงอายุขัดแย้งกับ อีโก้สมัยยังไม่เป็นผู้สูงอายุ สรุปทฤษฎีของเพค คือ ความยึดมั่นถือมั่นสภาพในอดีตแยกกับสภาพเป็นจริงในปัจจุบันของผู้สูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ บุคคลใดจะสามารถลดความยึดมั่นเดิม ๆ และยอมรับสภาพชีวิตยามสูงอายุได้อย่างดีนั้นจะต้องมีพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาเป็นไปตามขั้นตอนด้วยดี (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 552 - 553)

การเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุ ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกายมีรายละเอียดดังนี้

วันเพ็ญ วงศ์จันทร์ (2539, หน้า 10) ได้แสดงให้เห็นถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ดังนี้
 - 1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง
 - 1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น
 - 1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง
 - 1.4 ระบบทางเดินอาหาร สภาพฟันไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบางลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย
 - 1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ มีขนาดของไตและการไหลเวียนโลหิตในไตลดลง เพศชายมีต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบากต้องถ่ายปัสสาวะบ่อย ขนาดของลูกอัณฑะหยาบเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกหยาบ มดลูกมีขนาดเล็กลง
 - 1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมอง มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง มีประสิทธิภาพการทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง
 2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผลของความเสื่อมอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ
 3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบเพราะ สังคมมักจะประเมินว่า ความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม
- กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541, หน้า 37-38) ได้แสดงให้เห็นถึงข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของวัยของผู้สูงอายุ ดังนี้
1. ด้านร่างกาย เซลล์ในร่างกายมนุษย์มีการเจริญและเสื่อมโทรมตลอดเวลาในผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อมโทรมมากกว่าการเจริญเติบโต ทั้งนี้การเสื่อมโทรมทางจิตจะทำให้มีความรู้สึกว้าวดูดเดี่ยวอ้างว้าง
 2. ระบบหายใจ เสื่อมสภาพลงเพราะ อวัยวะในการหายใจเข้า-ออก ลดความสามารถในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแตกเปลี่ยนแก๊สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง
 3. ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้การสูบน้ำคืดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบน้ำคืดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และ แรงดันเลือด

สูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4. สติปัญญาของผู้สูงอายุ เริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิดวิเคราะห์ทบทวน นานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผลและประสบการณ์เป็น ข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจ

5. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ หรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ ช้าต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทำได้ แต่การเรียนรู้ที่มีความ สอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถเรียนรู้ได้รวดเร็ว

6. พฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

6.1 ถ้าไม่มีกิจกรรมอะไรทำ อยู่ว่าง ๆ จะรำคาญ และคิดฟุ้งซ่านหรืออาจบ่นพิมพ์่า บางช่วงจะหลง ๆ ลืม ๆ

6.2 สายตาไม่ดี อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรเล็กเกินไปไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน

6.3 ชอบอ่าน ฟัง ดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมืองมากกว่าบันเทิง หรือตำราวิชาการ

6.4 มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนานและมีสมาธิถ้ามีความตั้งใจทำสิ่งใด

กล่าวโดยสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ สังคม อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมสภาพลงไปตามอายุ และการดูแลร่างกายตนเองของ ผู้สูงอายุ ซึ่งจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจน บทบาทหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพทางสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ หากไม่มีวิธีป้องกัน และการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสม

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายตามอายุ และการดูแล ร่างกายตนเองมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีนักวิชาการทำการศึกษาศึกษาและสรุปให้ข้อมูลมี รายละเอียดดังนี้

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2539, หน้า 119 - 122) ได้แสดงให้เห็นถึง ภาวะสุขภาพดี ของผู้สูงอายุหมายถึง การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและมี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ประเวศ วะสี (2543, หน้า 4) ได้แสดงให้เห็นถึง การให้ความหมายของภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุว่า เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัย ที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริม สุขภาพ คำว่า กาย ในที่นี้หมายถึง ทางกายภาพ

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะ トラบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีระบบการบริการที่ดี มีความเป็นประชาสังคม

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความอ่อนคลาย เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่าน มีความสุขอันประณีต และล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

กล่าวโดยสรุปว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สุขภาวะที่เป็นความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ปัญหาของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2550, หน้า 4) ได้แสดงให้เห็นถึงว่าประเทศไทยกำลังถึงจุดเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Population) จำนวนผู้สูงอายุปัจจุบันมีประมาณ 7 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 ยอดผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 11 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 17 ของประชากรทั้งประเทศ การมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากจะส่งผลกระทบต่อสถาบันทางสังคมโดยรวม เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสารพัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม จึงมีความจำเป็นที่คนในสังคมต้องตระหนักและให้ความช่วยเหลือ รวมถึงการดูแลตามสภาพ จากการพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรม เน้นสภาพการทำงานที่ต่างถิ่น การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม มีผลทำให้คนในครอบครัวทั้งลูกและหลานได้ละทิ้งอาชีพการทำสวน ทำนา และมีการอพยพย้ายถิ่นมาทำงานในภาคอุตสาหกรรมตามโรงงานและการบริการในเมืองใหญ่ มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุอยู่ในชนบทและให้ประกอบอาชีพดั้งเดิมเพียงลำพัง สิ่งเหล่านี้ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลงและเริ่มขาดหายไป จนในที่สุดเป็นความเคยชินของคนยุคปัจจุบัน ส่วนในสังคมเมืองผู้สูงอายุพบปัญหาอีกรูปแบบ นั่นคือสภาพที่ต้องดิ้นรนการแก่งแย่งในสังคมเมืองซึ่งสอดคล้องกับ ชาวฤทธิ์ สาสาย (2548, หน้า 8-10) ได้แสดงให้เห็นว่าลูกหลานขาดความตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุ จากที่เคยมีบทบาทในการอบรมคุณธรรมจริยธรรมประจำครอบครัวไม่ค่อยมีโอกาสเพราะ ลูกหลานออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านเช่น การไปเรียนพิเศษ ไปดูภาพยนตร์ เล่นเกมอินเทอร์เน็ตหรือไปเดินตามห้างสรรพสินค้า นอกจากนี้มีงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นระบุชี้ชัดตรงกันถึงปัญหาของผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้คือ

1. ปัญหาของการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมีงานวิจัยที่แสดงถึงปัญหาของผู้สูงอายุ ดังนี้

จากการสำรวจของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2550) แสดงให้เห็นการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีหน้าที่เฝ้าบ้านและเลี้ยงหลาน ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุสามารถอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหารได้เอง ยกเว้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเท่านั้นที่ผู้ดูแลด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุคิดว่าไม่จำเป็นเนื่องจากการทำงานที่ค่อนข้างหนักในแต่ละวันถือเป็นการออกกำลัง

กายอยู่แล้ว ด้านการใช้เวลาว่าง พบว่า ผู้สูงอายุมักจะนอนเล่น มีส่วนน้อยเท่านั้นที่สนใจข่าวสารบ้านเมือง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุนิยมการดูโทรทัศน์และฟังวิทยุในเวลาว่าง ด้านกิจกรรมทางศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตักบาตรในตอนเช้าและมีบางส่วนที่ตักบาตรทุกวันและไปวัดเพื่อถวายอาหารเพล ฟังเทศน์ และถือศีลที่วัดในวันพระ

โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม (2550) ศึกษาเรื่อง การดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่มีความซับซ้อน เช่น การทำความสะอาดบ้านถูบ้าน การซักรีดเสื้อผ้าการใช้บริการรถสองแถวและการขับรถเองอยู่ในระดับสูง ผลจากการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวันได้ และที่สำคัญสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องมีการพึ่งพาตนเองให้มาก มีการหัดการเรียนรู้การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551, หน้า15) ได้แสดงให้เห็นถึง การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวนับจำนวนถึง 459,159 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.1 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ที่เหลืออีกประมาณ 1.14 ล้านคนตกอยู่ในภาวะยากจนไม่มีหลักประกันรายได้ ไม่มีสวัสดิการรองรับและมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตัวคนเดียวมากขึ้นโดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2558 จะมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการญาติดูแลจำนวนมากถึง 79,888 คน ในจำนวนนี้มีการรับจ้างดูแลจำนวน 31,955 คน และต้องอยู่ในสถานบริการสุขภาพซึ่งต้องการการดูแลปานกลางจำนวน 25,298 คน และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจำนวน 75,894 คน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาวะยากลำบากในการขาดคนดูแลด้านการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, หน้า 19) ศึกษาเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเป็นรายกิจกรรม พบว่า ร้อยละ 97.6 ของผู้สูงอายุสามารถกินอาหารเองได้ ร้อยละ 96.9 สวมใส่เสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 95.7 อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา รวมทั้งทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่ายได้เอง ร้อยละ 89.1 สามารถนับเงินทองได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 87.5 นั่งยองได้ ร้อยละ 86.3 เดินขึ้นบันได 2 - 3 ชั้นได้ ร้อยละ 83.1 เดินระยะทางประมาณ 200 - 300 เมตรได้ ร้อยละ 74.1 เดินทางขึ้นรถลงเรือได้ตามลำพัง และร้อยละ 72.9 สามารถยกสิ่งของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม ได้โดยไม่มีคนช่วย สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกิจกรรม

แนวคิดของทศพนธ์ นรทัศน์ (2551) ซึ่งสอดคล้องกับ อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ไทย (2550) ได้สรุปว่าผู้สูงอายุสมัยใหม่ควรมีสังคมและสามารถค้นหาข้อมูลที่สนใจจากอินเทอร์เน็ต เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ในแต่ละวันผู้สูงอายุไม่ควรอยู่บ้านเฉย ๆ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนและไม่รู้สึกเหงา

2. ปัญหาของสุขภาพกาย มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายในทางเสื่อมของผู้สูงอายุตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป เช่น ผมหงอกและบางลง ศีรษะล้าน ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ ผิวแห้ง ฟันหัก มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ช้าลง และการเปลี่ยนแปลงจะเพิ่มขึ้นตามสภาพอายุที่เพิ่มขึ้น

สำนักนโยบายยุทธศาสตร์ (2554, หน้า2) ได้กล่าวให้เห็นถึงอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็น 75.6 ปี เพิ่มจากปี 2549 มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์หรืออัมพาต และ

จากการประเมินภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไปโดยรวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ร้อยละ 43 ของประเมินว่าตนเอง มีสุขภาพดี ร้อยละ 28.9 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 21.5 ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.8 ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพดีมาก และจากการสำรวจพบโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดในสมองตีบ และอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ เมื่อพิจารณาเป็นราย พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 เป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางมีสัดส่วนของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและ หลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยปลาย พบอุบัติการณ์ของโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ในกลุ่มของผู้สูงอายุวัยปลายสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยต้นร้อยละ 4.8 ร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.8 ตามลำดับ การสำรวจยัง พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องฟันร้อยละ 48.6 ของผู้สูงอายุมีฟันแท้เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนของผู้ที่เหลือฟันแท้ น้อยกว่า 20 ซี่ สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้นร้อยละ 78.2 ร้อยละ 61.9 และร้อยละ 36.5 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551, หน้า 21)

3. ปัญหาด้านสุขภาพจิต พระเทพเวที (2535, หน้า 645) ได้แสดงความคิดซึ่ง สอดคล้อง กับหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาว่า จิตใจมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือร่างกาย ความทุกข์และ ความสุข ความดีและความชั่วของมนุษย์ขึ้นอยู่กับจิตใจเป็นสำคัญ หากจิตใจดีเป็นบ่อเกิดให้มีวาจา และการกระทำที่ดี หากจิตใจชั่วก็ชักนำไปให้พูดหรือกระทำชั่วได้ ในทำนองเดียวกันความสุขความทุกข์ก็ มีบ่อเกิดที่จิตใจมิได้เป็นทาสของร่างกาย ฉะนั้นแม้ร่างกายจะเจ็บปวด ผู้ที่ฝึกจิตใจอย่างดีและมีปัญญา เข้าถึงความจริงของโลกและชีวิต ย่อมรักษาจิตใจให้สงบไม่หวั่นไหวกับความทุกข์ทางกายได้

วิไลวรรณ ทองเจริญ และสิวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2543) ได้เสนอแนวคิดว่า สุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุก่อนวัยเกษียณว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพจิต (1) ต้องการความเคารพนับถือ ยกย่องจากครอบครัวและสังคม (2) ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (3) ต้องการเข้าร่วมกิจกรรม ทางขนบธรรมเนียมประเพณีในชุมชน

สมเด็จพระญาณสังวรฯ (อ้างถึงใน เอก ณะสิริ, 2547, หน้า 47) ระบุถึงว่า จิตใจมี ความสำคัญเพราะเป็นมูลฐานแห่งพฤติกรรมทั้งปวง ทั้งความเจริญ ความเสื่อม สุข และ ความทุกข์ ผู้ที่สามารถปกครองจิตใจของตนเองได้ย่อมมีความมั่นคงปลอดภัยดีกว่าใคร ๆ ภาวะ จิตใจที่ฝึกให้สงบเป็นประจำ ย่อมเป็นจิตที่มีพลัง

เอก ณะสิริ (2547, หน้า 90 - 97) ได้เสนอแนวคิดที่ จิตเปรียบเสมือน Soft ware ของ เครื่องคอมพิวเตอร์ ใช้สมองเป็นออฟฟิศ ต้องให้อาหารแก่สมองได้แก่ ออกซิเจนและอาหารที่อุดม ด้วยวิตามิน แร่ธาตุ และเอ็นไซม์ ซึ่งมีอยู่มากในผักสดและผลไม้สด และที่สำคัญคือ การให้อาหารใจ ด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออกช้า ๆ ตามหลักธรรมสมาธิหรือวิปัสสนากรรมฐานตามหลักอาภานา สติ จะทำให้เกิดสติรู้เป็นการขจัดความเครียดหรือความทุกข์ เพราะแพทย์แผนปัจจุบันระบุชัดเจนว่า โรคมีสาเหตุเกิดจากจิตถึงร้อยละ 80 ดังนั้นถ้ารักษาจิตได้สมดุลปกติทำให้เกิดภูมิคุ้มกันต้านทานสามารถ เอาชนะโรคได้ถึง 80 เปอร์เซ็นต์

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, หน้า 12-13) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง เกิดจากการที่ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้า วิตกกังวล และรู้สึกสิ้นหวัง ปัญหานี้คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุเรียกร้องความสนใจ ความจริงแล้วอาการดังกล่าวเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางใจ จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจมากขึ้น ซึ่งอาการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ดังนี้

1. อาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง มีปัญหาในการนอน แขนขาชาา ใจเต้นเร็ว เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
2. อาการทางจิตใจ เช่น เครียด กังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ หหมดหวัง สับสนฟุ้งซ่าน เซ็ง กลัว ระวัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย คิดฆ่าตัวตาย
3. อาการทางพฤติกรรม เช่น ซึม เฉยเมย กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว พุดหรือยิ้มคนเดียว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เดินเรื่อยเปื่อยไม่มีจุดหมาย ติดเหล้า

โสภิติน แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550) ระบุว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 55.2 มีปัญหาความว่าเหว่า ร้อยละ 37.5 มีอาการซึมเศร้า

ศิริพร จิรวัดน์กุลและคณะ (2551, หน้า 235 - 240) ได้เสนอแนวคิดว่าการเบื่อหน่าย ท้อแท้ นิ่งกอดเข้า สับสนหาทางออกไม่ได้ ลืมว่าตนเองจะทำอะไรไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ไม่สนใจบุคคล อาการสุขภาพจิตดังกล่าวต้องรีบบำบัดรักษา

4. ปัญหาด้านสังคม เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจะมีปัจจัยหลายอย่างทำให้ปัญหาแตกต่างกัน เช่น สภาพของอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึก การล้มหายตายจากของบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สามีภรรยา หรือบุตรหลาน หรือจากบทบาทและความรับผิดชอบทางสังคม ที่เริ่มลดลงจนไม่มีตำแหน่งใด ๆ ซึ่งอาจมาจากข้อจำกัดของอายุ สมรรถภาพทางร่างกายที่เสื่อมถอย หรือจากการเตรียมตัวเข้าสู่วัยเกษียณที่ช้าเกินไป การถูกปลดลงจากตำแหน่งของเกษียณอายุการทำงาน อาจทำให้เกิดความคับข้องใจทางสังคม ทำให้ต้องหยุดความรับผิดชอบต่าง ๆ ทั้งที่วัยสูงอายุไม่ได้เป็นผู้หมดสภาพในการทำงาน การหยุดความรับผิดชอบเป็นการลดบทบาททางสังคมซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ที่เชื่อว่าบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต้องปรับบทบาทของตนเปลี่ยนไปจากเดิมซึ่ง ประจัญ กิ่งมิ่งแสบ (2548) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า ปัจจัยสำหรับการพัฒนาด้านสังคมของผู้สูงอายุ ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนเช่น การเข้าเป็นสมาชิกอาสาสมัคร กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมเครือข่ายทางสังคม หรือกิจกรรมอื่น ๆ ตามสมควรเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากเพื่อนร่วมวัย

5. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาใหญ่สำหรับผู้สูงอายุนอกจากจะประสบกับปัญหาสุขภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจตามยุคสมัย ประสบกับการว่างงานจากการเกษียณอายุ จากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ผู้ทำงานในระบบมนุษย์เงินเดือน การเกษียณอายุจะมีผลต่อรายได้ในแต่ละเดือน วัยผู้สูงอายุอาจถือว่า การทำงานใช้แรงกาย ความคล่องตัวเพื่อแลกกับเงินจะลดน้อยลงไป ทำให้รายได้ลดน้อยลง หรือไม่รายได้ แต่รายจ่ายยังคงเดิม หรือเพิ่มมากขึ้นในบางเดือน และจากกระแสทุนนิยมในยุคโลกาภิวัตน์ที่มุ่งเน้นผลผลิตทางวัตถุ (Materialism) ทำให้คนในสังคมมองไม่ให้ความสำคัญหรือมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุไทย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, หน้า 16-17) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า รายได้ของผู้สูงอายุมาจากบุตร แต่ผู้สูงอายุยังต้องการให้รัฐดูแลจัดหางานให้และต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับผู้สูงอายุที่ฐานะยากจน

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551, หน้า 15) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า การจัดประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติประจำปี พ.ศ. 2551 เกี่ยวกับการมีรายได้ของผู้สูงอายุโดยมีสาระสำคัญ คือ การเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าทำงานในสถานประกอบการจ้างงานผู้สูงอายุ เช่นการให้สิทธิลดหย่อนภาษีลดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับสถานประกอบการที่รับผู้สูงอายุเข้าทำงาน การให้รางวัล และการรณรงค์ให้นายจ้างเห็นความสำคัญของแรงงานผู้สูงอายุ รวมทั้งการขยายเวลาการเกษียณอายุการทำงานทั้งในภาครัฐและเอกชนจาก 60 ปี เป็น 65 ปี หรือ 70 ปี ตามลำดับ

กล่าวสรุปได้ว่า ปัญหาผู้สูงอายุทางด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจมีความแตกต่างกัน เกิดจากหลายปัจจัยทั้งนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นถ้าบุคคลโดยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ ปัญหานั้นก็ไม่เกิดขึ้น ถ้าไม่ยอมรับและไม่ปรับตัวจะก่อให้เกิดปัญหาขึ้นได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดการดูแลตนเองมีเพื่อให้ศึกษาและค้นคว้าหาความรู้ เพราะการมีความรู้สามารถที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ สามารถปฏิบัติด้วยการดูแลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การสังเกตการเปลี่ยนแปลงเมื่อเจ็บป่วย การขอคำแนะนำหรือแสวงหาความรู้จากผู้รู้หรือเรียนรู้ด้วยการฝึกอบรมมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การดูแลตนเองและทฤษฎีการดูแลตนเอง

เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในชีวิต มนุษย์จะพยายามหาหนทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ จะทำการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนต้องให้ความสนใจ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี การดูแลสุขภาพรวมถึงการสังเกตตนเอง การสังเกตความเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่มีอยู่ สิ่งที่กำลังเกิดขึ้นรอบ ๆ พระพุทธเจ้าได้ตรัสเตือนเพื่อความไม่ประมาทว่า “วยธมมา สงขารา อปฺปมาเทน สมปาเทถ” หมายถึง สังขารทั้งหลายมีความเสื่อมสิ้นไปเป็นธรรมดา ท่านทั้งหลายจงทำความไม่ประมาทให้ถึงพร้อมเถิด พระเทพมุนี (2535, หน้า 118) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า ความไม่ประมาทในสังขารด้วยสติ ส่งเสริมจิตใจในการดูแลตนเองให้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขตามสภาพ การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิตและสุขภาพและสวัสดิการของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลลงใจมีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

การดูแลตนเอง พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542, หน้า 413) ระบุถึงความหมายคำว่า “ดูแล” คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542, หน้า 422) ระบุถึงความหมายคำว่า “ตน” คือ ตัว (ตัวคน) พจนานุกรมฉบับ

ราชบัณฑิตยสถาน (2542, หน้า 1393) ระบุถึงความหมายคำว่า “เอง” คือ ว. คำเน้นแสดงว่าไม่ใช่ผู้อื่นหรือสิ่งอื่น เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง การเอาใจใส่ ในตัวคนของตนเองไม่ใช่ผู้อื่น

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ (2550, หน้า 107) ได้เสนอแนวคิดว่าการสำรวจสุขภาพคนไทย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 13.8 เห็นว่า ผู้สูงอายุต้องดูแลช่วยเหลือตนเอง ผู้สูงอายุควรต้องดูแลตนเองโดยพื้นฐาน คือ การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกวันด้วยการเดินตอนเช้าตรู่ หรือหลังอาหารเย็น การอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกหลีกเลี่ยงอากาศเป็นพิษด้วยการใกล้ชิดกับธรรมชาติ รักษาอารมณ์ให้แจ่มใส ทำจิตใจให้สดชื่นอยู่เสมอ ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ย่อยง่าย เช่น ผักต้ม ผลไม้สด เนื้อปลา นม หลีกเลี่ยงอาหารมัน และดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 - 8 แก้ว และควรเอาใจใส่เรื่องการขับถ่ายให้เป็นปกติทุกวันและระมัดระวังอย่าให้ท้องผูก

อรศรี เสงี่ยมศักดิ์ และคณะ (2550, หน้า 79) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนศึกษาเฉพาะกรณีตำบลน้ำปลีก อำเภออำนาจเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมแบบง่าย เช่น การรักษาความสะอาดส่วนตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย เตรียมตัวเผชิญปัญหา และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สำหรับด้านสุขภาพอนามัยทางกายภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนทางด้านจิตใจร้อยละ 52.63 มีความเครียดและวิตกกังวล ด้านการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุม พบว่า โรคที่เป็นปัญหาอันดับแรก คือ โรคต่อกระดูกส่วนโรคอื่น ๆ ที่เป็นอันดับรองส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้านการศึกษาเปรียบเทียบแนวทางการปฏิบัติต่อตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 2 หมู่บ้าน พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติต่อตนเองในระดับพอใช้ แต่เมื่อเริ่มสร้างทัศนคติและให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติต่อตนเอง ตามกิจกรรมที่กำหนดทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปในระดับดีมาก โดยเฉพาะหมู่บ้านทดลอง ส่วนหมู่บ้านควบคุมไม่มีความแตกต่าง

ทักษิณา ไกรราช (2549) ศึกษาเรื่อง การศึกษามิติทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคอีสาน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุยามปกติ นอกจากการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด พักผ่อนเหมาะสมกับสภาพตนเอง และป้องกันมิให้เกิดโรคหรืออันตรายแก่ร่างกาย นอกจากนี้ ผู้สูงอายুরักษาสุขภาพด้วยการเคี้ยวหมากหอมผ้า ทำนา ทำสวน ทำไร่ ตลอดจนการฝึกสมาธิและฝึกจิต วิธีการทางไสยศาสตร์ ล้วนเป็นหลักพื้นฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องแนบแน่นอยู่กับวิถีชีวิตประจำวันของชาวอีสาน

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, หน้า 31) ได้แสดงให้เห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเมื่อยามอยู่ในวัยสูงอายุพบว่า ประชาชนร้อยละ 57 เคยคิดและเตรียมการมากที่สุดในเรื่องการออมทรัพย์เงินทองให้เพียงพอใช้จ่ายในวัยสูงอายุ ร้อยละ 52.1 เตรียมการด้วยการเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ร้อยละ 40.2 เตรียมการเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือชุมชน

มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2551) ศึกษาเรื่อง การศึกษารวบรวมการนำหลักธรรมทางพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเรียกว่า “ธรรมนามัย” ประกอบด้วย กายนามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย ดังนั้น การอนามัยเป็นการดูแลตนเองก่อนป่วย บำรุงชีวิตด้วยอาหารกิน

อย่างพอดีพอใช้ หลักมัชฌิมาปฏิปทาในการกินอาหารผักผลไม้สมดุลตามธาตุ การออกกำลังกายด้วยการบริหารแบบไทยกายประสานใจหรือฤาษีตัดตน ช่วยให้แข็งแรงลดความตึงของเส้นเอ็น เส้นประสาทและกล้ามเนื้อ ร่างกายเคลื่อนไหวคล่องแคล่วตามธรรมชาติรูปร่างได้สัดส่วนและต้านทานโรคได้ จิตตานามัยคือ การฝึกจิตทำสมาธิเพื่อให้เกิดปัญญา ทำบุญต่อบาตรสวดมนต์ แผ่เมตตา ปฏิบัติธรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การนั่งสมาธิหรือเดินจงกรม ทำจิตใจให้ผ่อนคลายเกิดความสงบและความสุข เพิ่มสมาธิและปัญญาในการทำงาน ชีวิตามัยเป็นการดำเนินชีวิตชอบมีอาชีพสุจริต ดำรงชีวิตทางสายกลางอย่างสมดุลเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

Pender (1987, pp. 150) ให้ข้อสรุปว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคลในทุก ๆ สังคม ซึ่งการดูแลตนเองนั้นจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี

Orem (1991, pp. 117) ให้ข้อสรุปว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเป็นการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก และผู้สูงอายุผู้ที่เจ็บป่วย หรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

สรุปได้ว่าเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในชีวิต ธรรมชาติมนุษย์จะพยายามหาหนทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง และถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น การดูแลตนเองเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนต้องให้ความสนใจเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี การดูแลจะรวมความถึงการสังเกตตนเอง การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่มีอยู่ สิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นรอบ ๆ จนอาจกล่าวได้ว่า "ควรดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี "

ทฤษฎีการดูแลตนเอง Orem ให้ความสำคัญว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” มีหลักทฤษฎีดังนี้ บุคคลเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองนำไปสู่ความเป็นปกติสุขของชีวิต ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมดำรงรักษาภาวะปกติของสุขภาพและชีวิตโดยอาศัยพลังความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ทักษะการตัดสินใจ วุฒิภาวะทางอารมณ์ การศึกษาของ Orem (2001, pp. 47 - 49) ได้แสดงให้เห็นถึง วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำดูแลตนเองเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแล

ตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการจุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ อธิบายได้ว่า (1) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ และคอยปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก (2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง (3) หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ อธิบายได้ว่า (1) จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม (2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกลจากการขับถ่าย (3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน อธิบายได้ว่า (1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม (2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง (3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอธิบายได้ว่า (1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น (2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน (3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ อธิบายได้ว่า (1) สนใจ และรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น (2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย (3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ (4) ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy) อธิบายได้ว่า (1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง (2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง (3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion & preventions) (4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นของกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ช่วยสนับสนุนกระบวนการและพัฒนาการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่ (1) อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอด (2) วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก (1) การขาดการศึกษา (2) ปัญหาการปรับตัวทางสังคม (3) การสูญเสียญาติมิตร (4) ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ (5) การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (6) ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่นเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ตัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งเห็นว่าการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่ช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

2.2 ทฤษฎีมนุษยสัมพันธ์

บุคคลควรที่จะมีความเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น โดยการยอมรับฟังคำขอร้องจากผู้อื่น ไม่ปฏิเสธและให้โอกาสแก่บุคคลอื่นในการที่จะสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคลมีนักจิตวิทยาให้ความคิดเห็นดังนี้ (สมิทธา จิตตลดากร, 2546, หน้า 103 - 112)

2.2.1 ทฤษฎีของ Elton Mayo (1973, pp. 215 - 219) ให้ความสำคัญกับทฤษฎีมนุษยสัมพันธ์ การปฏิบัติในทุกองค์การเป็นระบบสังคม ความสำเร็จจะอยู่ที่คนเพราะคนมิใช่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ไม่มีปัญหา แต่ตรงกันข้ามเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อนมีปัญหามาก มีปฏิกริยาโต้ตอบขัดแย้งภายในกลุ่มของตัวเอง และมักทำให้มีการเข้าใจผิดเกิดขึ้นได้ง่าย ได้ทำการทดลองใช้พื้นฐานทางมนุษยธรรมและจิตวิทยาในงานอุตสาหกรรม มีรายละเอียดสรุปดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านปทัสถานทางสังคม เป็นตัวกำหนดปริมาณผลผลิต ไม่ใช่ปัจจัยด้านกายภาพ
- 2) ความคิดที่ว่าคนเห็นแก่ตัว ต้องการเงินค่าตอบแทนมาก ๆ เป็นการมองแคบ ๆ
- 3) พฤติกรรมของคนงานถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม
- 4) สนับสนุนให้มีการทำวิจัยด้านผู้นำต่าง ๆ ผู้นำต้องเปิดโอกาสให้คนในองค์การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2.2.2 ทฤษฎีของ Mary Parker Follette (1978, pp. 9) ได้ให้ความสนใจในบทบาทพฤติกรรมมนุษย์มีรายละเอียดสรุปดังนี้

- 1) จากการสังเกตทางจิตวิทยา พบว่า การกระทำให้คนทำตามคำสั่งนั้นต้องใช้เหตุผล มีการโน้มน้าวใจ และการยอมรับในอำนาจ ประกอบกับประสบการณ์ ด้านอารมณ์ ความเชื่อ ความชอบและความต้องการของบุคคล
- 2) ประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความเชื่อ ความชอบและความต้องการของมนุษย์ได้หล่อหลอมกันเป็นรูปแบบนิสัย หรือรูปแบบการกระทำของมนุษย์
- 3) วิธีการที่จะเปลี่ยนรูปแบบนิสัยของคนมี 3 ขั้นคือ เริ่มจากการสร้างทัศนคติ แล้วเตรียมการเสนอให้ละทิ้งทัศนคตินั้น ขั้นสุดท้าย ให้มีการย้ายเตือนจากบุคคลอื่นจากปัจจัยภายนอกว่าการละทิ้งนั้นเป็นการปลดปล่อยทัศนคติเก่าเพื่อกำหนดรูปแบบนิสัยใหม่
- 4) การรับคำสั่งหรือยินยอมปฏิบัติตามคำสั่งของมนุษย์นั้นมีเงื่อนไขอยู่ที่สถานที่ วิธีการให้คำสั่งและท่าทางการสั่งหรือถ้อยคำในการสั่ง กล่าวคือ การให้คำสั่งควรดูสถานที่ที่เหมาะสม ปฏิบัติต่อผู้รับคำสั่งด้วยการให้ความเคารพ ถ้อยคำไม่หยาบคาย ลักษณะของคำสั่งควรเป็นการผสมผสาน โดยให้เป็นการให้คำสั่งและผู้สั่งเป็นผู้รับคำสั่งพร้อม ๆ กันไปด้วย ควรทำให้ผู้รับคำสั่งและผู้ออกคำสั่งเป็นผู้ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่ง เพราะสถานการณ์เป็นสิ่งกำหนด
- 5) การออกคำสั่งตามหลักการของประชาธิปไตยคือ มีการเชื่อฟังตามคำสั่งและมีเสรีภาพในขณะเดียวกัน วิธีการคือ การทำให้คนเกิดสัญชาตญาณของการรักษาผลประโยชน์ของตนเอง และทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันในการรักษาผลประโยชน์ของตนเอง

นิรมล กิติกุล (2551, หน้า 36) ระบุว่า การจัดให้ทำงานและหยุดเป็นระยะและเปลี่ยนแปลงการทำงานไม่ให้ซ้ำกันได้ช่วยเพิ่มค่าจ้างแรงงาน พร้อมกับเปลี่ยนแปลงวิธีควบคุมการ

ทำงาน ทำให้ได้รับความคิดใหม่ ๆ ความสามารถในการรับรู้ และความสัมพันธ์ในการทำงานดีขึ้น มีการจัดที่ปรึกษาให้กับพนักงาน และรับรู้ระบบการทำงานว่า คนงานเป็นสิ่งมีชีวิตจิตใจต้องการขวัญ และกำลังใจการทำงานมิใช่ต้องการเงินเป็นสำคัญอย่างเดียว ปริมาณการทำงานของคนมิใช่ขึ้นกับสภาพทางกายภาพเพียงอย่างเดียวแต่ยังขึ้นกับสภาพทางสังคมด้วย การแบ่งแยกการทำงานตามลักษณะเฉพาะอย่างมิได้หมายความว่า จะอำนวยความสะดวกสภาพสูงที่สุดในการทำงานเสมอไป การบริหารของหน่วยงานจะมีประสิทธิภาพดี ถ้าคนมีความสบายใจและได้ทำงานเป็นทีม ตลอดจนได้รับการเอาใจใส่จากหัวหน้างานอย่างเพียงพอ สรุปในหลักการที่ว่า จะถือว่าคนเป็นปัจจัยทางกายภาพ เช่นเดียวกับวัตถุอื่น ๆ มิได้ เพราะคนเป็นสิ่งที่มีชีวิตจิตใจและขวัญ (Morale) นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ควรได้รับการทำนุบำรุงรักษา การได้รับการยอมรับจากหมู่คณะเป็นรางวัลที่ปรารถนาว่าสิ่งใด ๆ

พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2555, หน้า 15) ระบุว่า มนุษย์ปัจจุบันต้องอยู่ในสังคมที่เต็มไปด้วยความขัดแย้งและมุ่งเอาชนะซึ่งกันและกัน ความขัดแย้งเกิดจากการแย่งชิงผลประโยชน์ไม่สามารถแบ่งปันทรัพยากรที่มีจำนวนน้อย วิธีบำบัดความขัดแย้งในเบื้องต้นได้คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมนุษย์กับโลกด้วยการสร้างมนุษยสัมพันธ์ มีการส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล เพื่อให้ได้มาซึ่งความรักใคร่เมตตา ความจงรักภักดีและความร่วมมือกัน โดยความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลตั้งอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนที่ว่า “มนุษย์ทั้งหลายเกิดมามีอิสระและเสมอภาคกัน ในเกียรติศักดิ์และสิทธิต่างมีเหตุผลและมโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยเจตนารมณ์แห่ง ”ภราดรภาพ” ซึ่งศาสตร์มนุษยสัมพันธ์มีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ ตน ผู้อื่น และสภาพแวดล้อม สำหรับองค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างมนุษยสัมพันธ์คือ การเข้าใจผู้อื่น และการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลและการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันโลกเป็นสังคมที่มีการแข่งขันสูงมีทรัพยากรน้อย มีความขัดแย้งเกิดขึ้นสูงในสังคมไทย พฤติกรรมของมนุษย์มาจากสังคมที่อาศัยอยู่เท่า ๆ กับส่งผลต่อสังคมที่เขาอาศัยอยู่ และให้ความสำคัญของมนุษยสัมพันธ์ดังนี้

1. มนุษย์สัมพันธ์มีบทบาทในการปฏิบัติงานของหน่วยงานหรือองค์การตลอดจนการอยู่ร่วมกันในสังคม มนุษย์สัมพันธ์จึงเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของคนทุก ๆ คน ดังสุภาษิตที่ว่า “วิสาสาปรมาญาติ” คือ ความเป็นกันเองก่อให้เกิดความรู้สึกเสมือนญาติในเรือนตน ฉะนั้นมนุษยสัมพันธ์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารงาน

2. มนุษย์สัมพันธ์ยังเป็นศาสตร์ที่มีประโยชน์ในการอยู่ร่วมกันเป็นสังคมของมนุษย์ตั้งแต่ชุมชนไปจนถึงครอบครัว

3. คนเก่งที่มีความสามารถสูงถ้าขาดมนุษยสัมพันธ์ก็กลายเป็นบุคคลที่เปล่าประโยชน์ เพราะ ไม่มีโอกาสที่จะปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคน และแสดงความสามารถให้ปรากฏในกลุ่มคน และความเก่งนั้นก็จะไร้ค่าและหมดความหมายไปในที่สุด

2.3 ความหมายของสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

มนุษย์ต้องคำนึงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น สำหรับการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สุขภาพจิตคือ การทำให้ชีวิตมีความสุข มีความพอใจ ความสมหวัง ทั้งตนเองและผู้อื่น

ความหมายของสุขภาพ องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของด้านสุขภาพว่า สุขภาพ

หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ สุขภาพดี มิได้มีความหมายเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยแต่รวมถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) มีรายละเอียดดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532, หน้า13) ได้สรุปไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ พฤติกรรมทั่วไป แต่เน้น เกี่ยวกับสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค หรือภาวะไม่สมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุจากตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม เชื้อโรค และปัจจัยอื่น ๆ

คณะกรรมการสุขภาพศึกษา (2539, หน้า 23) ได้สรุปไว้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

จินดา บุญช่วยเกื้อกุล (2541, หน้า 67) ได้สรุปไว้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของคนอาจจำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพแข็งแรง (Preventive and Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำในสภาวะปกติเป็น 2 ลักษณะ คือ (1) พฤติกรรมส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การไม่สูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด (2) พฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มุ่งป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ความเชื่อเดิม ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่ง หรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหวัดต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

ศราวุธ ยงยุทธ (2546, หน้า 25) ได้สรุปไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การกระทำที่บุคคลแสดงออกทางด้านสุขภาพ อาจสังเกตได้หรือสังเกต ไม่ได้

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2546, หน้า 15) ได้สรุปไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนมีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตด้วยโรคต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพุทธิพิสัย ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยต่าง ๆ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันโรคไม่ให้

เจ็บป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นมีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้องกล่าว คือ ถ้าบุคคลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องก็เป็นประโยชน์ต่อตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนแล้วแต่กรณี

2. พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเจตพิสัย ได้แก่เจตคติ ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดและท่าทีที่บุคคลแสดงออกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความตั้งใจ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว ของชุมชน เช่น การแสดงออกของเจตคติ ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด และการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมชุมชนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน พฤติกรรมนี้มีทั้งพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและพฤติกรรมที่ถูกต้อง พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องจะทำให้เกิดการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

3. พฤติกรรมที่เป็นทักษะพิสัย ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว ของบุคคลอื่น ๆ หรือมีทั้งการกระทำหรือการปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน และการกระทำหรือการปฏิบัติที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 หลักมโนทัศน์ของ Pender (1996, pp. 66 - 73)

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristic and experience) ประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคนมีผลกระทบต่อการกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลที่เกิดขึ้นทั้งหลายจะส่งผลต่อพฤติกรรมเป้าหมายโดยผ่านการพิจารณาซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูง พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะและในกลุ่มเป้าหมายประชากรเฉพาะ แต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (prior related) มีผลโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงอาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัยซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ โดยให้ความสนใจหรือใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น และจะยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ และความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะได้เท่า ๆ กับอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ปัจจัยทางชีวภาพ (personal biologic factor) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว วัยเจริญพันธุ์ วัยหมดระดู ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉงหรือความสมดุลของร่างกาย (2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (personal psycho factor) เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจ ความสามารถ

การรับรู้ภาวะสุขภาพและคำจำกัดความของสุขภาพ (3) ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคม (personal sociocultural factor) เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (behaviors specific cognitions an affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากที่สุดที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceive benefits of action) การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใด ๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการกระทำเป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในได้แก่ การเพิ่มการตื่นตัว ความรู้สึกเหนื่อยล้าลดลง ประโยชน์ภายนอกได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในช่วงแรกประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจในการเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพ ประโยชน์ภายในอาจเป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่าประโยชน์ภายนอก รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพันธสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำเพื่อนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่คาดหวังจะเกิดประโยชน์

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceive barriers to action) เป็นการรับรู้สิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเน ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากในการกระทำ การเสียเวลา การมีความพร้อมในการกระทำต่ำและมีอุปสรรคมาก การกระทำก็ไม่เกิดขึ้นการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำและมีผลทางอ้อมต่อการลดพันธสัญญาในการวางแผนการกระทำ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถกระทำสำเร็จในระดับใดโดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ตาม ในขณะที่ความหวังในผลลัพธ์เป็นตัวตัดสินว่าผลอันใดที่จะเกิดจากกระทำนั้น เช่น เกิดประโยชน์หรือมีความสูญเสียเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลเข้าสู่พฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าจะไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะการรับรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐาน 4 ประการคือ (1) การกระทำนั้นสามารถบรรลุตามมาตรฐานที่ตนตั้งไว้ (2) ประสบการณ์จากการสังเกตเห็นการกระทำของผู้อื่นและนำมาใช้เป็นแบบแผนในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ (3) การชักจูงของผู้อื่นทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถของตนเองมาใช้ในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ (4) สภาพทางด้านร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ เป็นต้น บุคคลนำมาตัดสินความสามารถของตนเอง

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมปฏิบัติ (activity-related affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการกระทำพฤติกรรมเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางอารมณ์อาจเป็นในระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง และจะถูกตัดสินด้วยความคิดเก็บไว้ในความจำ และนำมาเป็นกระบวนการติดต่อการกระทำ

พฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ (1) อารมณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำในขณะนั้น (activity-related) (2) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (self-related) และ (3) อารมณ์ที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (context-related) อารมณ์ความรู้สึกอาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก และถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมปฏิบัติมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมผ่านความสามารถในตนเอง และความตั้งใจในการวางแผนที่จะทำพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (interpersonal influences) เป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคลอื่น แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลด้านสัมพันธภาพในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว เพื่อน บุตร บุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม รูปแบบอย่างที่คุณคนับถือ ซึ่งบุคคลจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะที่น่าชื่นชมยินดีและสังคมยกย่อง อิทธิพลด้านสัมพันธภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันต่อสังคมหรือส่งเสริมให้มีการวางแผนในการปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้คิดที่จะปฏิบัติหรือกระตุ้นให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situation influence) เป็นการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ใด ๆ สามารถทำให้เกิดหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมได้ อิทธิพลของสถานการณ์ที่มีต่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์ที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ต้องแสดงความต้องการพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral outcome) หรือผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมนั้นเอง จุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมจากการกำหนดความตั้งใจ เพื่อวางแผนการกระทำตามตั้งใจจะเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพทำได้สำเร็จดังพฤติกรรมที่แสดงออก

3.1 พันธสัญญาเพื่อวางแผนพฤติกรรม (commitment to plan action) เป็นการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่กำหนด ซึ่งอยู่ภายใต้กระบวนการด้านความคิด 2 ประการคือ (1) ความตกลงใจที่มีต่อการกระทำเฉพาะในเวลา สถานที่ที่กำหนด กับบุคคลที่เฉพาะหรือทำเพียงลำพังคนเดียวโดยไม่คำนึงถึงสิ่งใด ๆ ที่มาแทรก (2) ลักษณะหรือรูปแบบวิธีที่เฉพาะในการปฏิบัติและทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การวางแผนเพื่อการกระทำนี้ทำร่วมกัน

3.2 ความต้องการและความพอใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) หมายถึงพฤติกรรมทางเลือกที่แทรกเข้ามาในความคิดอย่างทันทีทันใด สามารถกระทำได้ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ ความต้องการทันทีทันใดเป็นเหตุที่เกิดขึ้นแล้วบุคคลจะสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ ส่วนความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเป็นทางเลือกที่บุคคลเลือก เพราะจะให้ผลตอบแทนซึ่งสามารถทำให้เลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) หรือการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะอยู่ยั่งยืนต่อไปแก่ผู้รับบริการ และ

เพื่อผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวกต่อผู้รับบริการโดยตรง ทั้งยังนำไปใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตลอดช่วงชีวิตประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้านคือ

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพของตนเองโดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูล และความรู้ที่เป็นประโยชน์มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.3.2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย (physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงาน การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ละวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ ประเมินถึงการกระทำและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

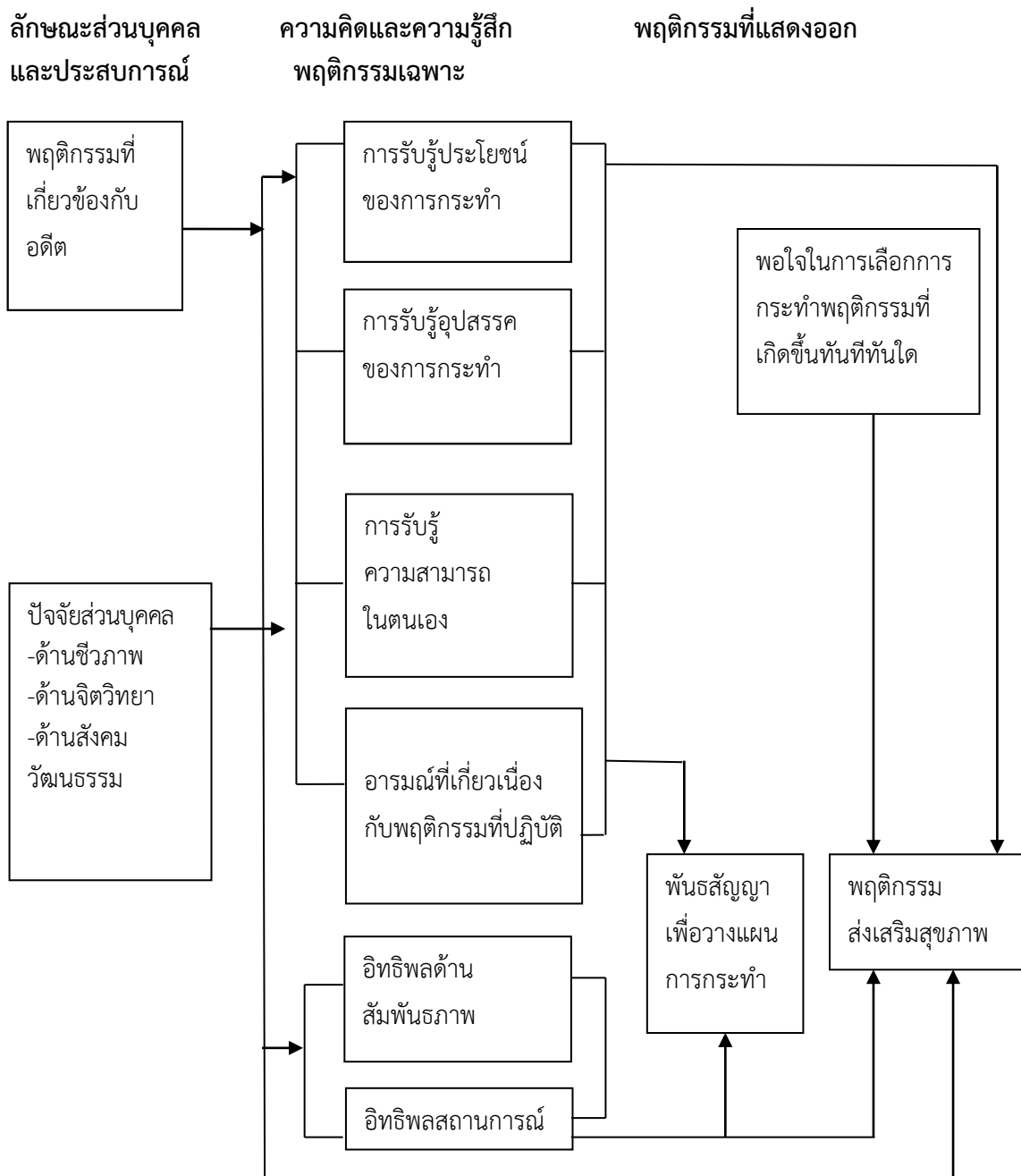
3.3.3 โภชนาการ (nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลควรปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารและการเลือกในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายเพื่อให้ได้การรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

3.3.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

3.3.5 การพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ได้เสนอไว้ในภาพประกอบมีดังนี้
(Pender, 1996, pp. 67)



ภาพที่ 2.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender
ที่มา: Pender (1996, pp. 67)

สรุปความได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน มีทั้งพฤติกรรมที่ถูกต้องหรือการกระทำที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องหรือการกระทำที่ไม่ส่งผลดีผลส่งต่อสุขภาพทั้งตนเอง ครอบครัว และชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านให้รายละเอียดดังนี้

อรชร โวทวี (2548, หน้า 19 - 32) ได้ข้อสรุปว่า การแนะนำและการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สามารถกระทำได้โดย งดสูบบุหรี่ จำกัดการดื่มสุราเพียงเท่าที่จำเป็น มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมาก ๆ ความร้อนจัด เย็นจัด หรือป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน มีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิค ครั้งละ 20 - 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง พักผ่อนเพียงพอ มีกิจกรรมนันทนาการ หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ โยคะ เทคนิคไบโอฟีดแบคและการออกกำลังกาย เป็นต้น มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองและมีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย หรือซื้อยากินเอง การทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีมีหลัก 4 ประการดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินสภาพการกิน ประเมินได้จากความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานทางอายุและส่วนสูงของผู้สูงอายุ

2. นอนเป็น หมายถึง การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนขึ้นอยู่กับจิตใจสิ่งแวดล้อม และท่านอน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคนไม่มีกำหนดมาตรฐานไปว่า 8 หรือ 10 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุต้องนอนกลางวันบ้างจะช่วยให้กระปรี้กระเปร่าและร่างกายมีความพร้อม

3. อยู่เป็น หมายถึง การรู้จักรักษาสุขวิทยาที่ดี ยังหมายถึงการรู้จักออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักลดความเครียดทางจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสังคม มีการใช้เหตุผลเข้าใจการยอมรับทำให้ปรับตัวได้ดีขึ้นและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังกับสังคมมากเกินไปถ้าไม่เป็นไปตามที่หวังแล้วจะทำให้ท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดต้องแยกตัวออกจากสังคมหรืออยู่ในสังคมได้อย่างไม่มีความสุขเลย

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2556) ได้เสนอหลัก 11 อ. เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. อาหาร ความต้องการพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรลดอาหารประเภท ไขมันจากน้ำมันจากพืชและสัตว์ ไข่แดง เนย คาร์โบไฮเดรต

พวกข้าว แป้ง และน้ำตาล โปรตีนเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้มาก ๆ แต่ควรเลือกรับประทานผลไม้ที่รสไม่หวานจัด

2. ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายมีความคล่องตัว แข็งแรง จะทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย

3. อนามัย คือ การดูแลตนเองโดยเฉพาะให้พยายาม ลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ สังเกตการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การขับถ่าย เป็นต้น และควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีตั้งแต่อายุประมาณ 65 ปี

4. อัจฉริยะ ปัสสาวะ คือ ต้องให้ความสนใจในการขับถ่ายของผู้สูงอายุด้วยว่ามีปัญหาหรือไม่ บางรายอาจเกิดปัญหาถ่ายยาก ถ่ายลำบาก ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเรื่องกลั้นการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งแต่ละปัญหาจะต้องได้รับการดูแลแก้ไขตามสาเหตุ

5. อากาศและแสงอาทิตย์ เน้นให้อยู่ในสถานที่ที่มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสม

6. อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุ่น เป็น 4 อ. ที่เน้นทางด้านความรู้สึกนึกคิดและจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้การมีชีวิตอยู่ในแต่ละวันมีความสุข มีความรื่นรมย์กับการมีชีวิตอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรเข้าใจธรรมชาติของสิ่งต่าง ๆ และปรับความรู้สึกนึกคิดไปตามนั้น ไม่ยึดแต่ลักษณะเก่า ๆ ดั้งเดิมที่เคยเป็นมา ควรมีงานอดิเรกที่น่าสนใจ แต่ไม่ควรเป็นสิ่งที่เป็นการระมากรมาก มีเข้าร่วมสังคมกลุ่มต่าง ๆ ตามสมควร การมีเพื่อนรุ่นเดียวกันหรือต่างรุ่นทำให้เกิดความอบอุ่นและรู้สึกถึงคุณค่าของตน

7. อุบัติเหตุ เกิดขึ้นได้ทุกขณะและอาจทำให้เกิดความบาดเจ็บและความพิการต่าง ๆ ควรพยายามดูแลสภาพบ้านเรือนให้ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเหมาะ พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น

ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมในด้านอื่น ๆ อีกหลายด้านเช่น พฤติกรรมความเครียดจะมีทำให้อส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ บางคนมีความเครียดมากทำให้ความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดในสมองแตกหรือบางคนอาจเกิดจากภาวะที่ถูกหลอนแยกไปอยู่ที่อื่น จึงมีความจำเป็นและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2.4 การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันมาก มีการใช้เครื่องอำนวยความสะดวกในการผ่อนแรง ทำให้คนมีการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ คือ การเสื่อมสภาพของร่างกายที่เกิดขึ้นก่อนวัยที่ควรจะเป็น จากการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุปกติและผู้สูงอายุเจ็บป่วย พบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยสร้างเสริมให้สุขภาพร่างกาย มีความแข็งแรงกับการใช้ชีวิตประจำวัน มีภูมิคุ้มกันโรค นอนหลับง่าย ลดความเครียด พัฒนาสุขภาพจิตให้ดีขึ้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2545, หน้า 1 - 8) ได้ให้ข้อสรุปว่า การมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจเป็นสิ่งพึงปรารถนาของทุก ๆ คน และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจากการทำกิจวัตรประจำวันให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายมีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 องค์ประกอบของการมีสุขภาพแข็งแรงประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ มีความทนทานของหัวใจและปอด มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ และมีสัดส่วนของร่างกายดังนี้

1) ความทนทานของหัวใจและปอด การออกกำลังกายทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากขึ้น ทำให้เกิดความทนทานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด สามารถช่วยป้องกันและควบคุมการไม่ให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันเลือดสูง โรคอ้วน ความเครียด ทำให้ความจำดี ช่วยชะลอความชราทำให้ดูอ่อนกว่าวัย การออกกำลังกายที่จะทำให้เกิดความแข็งแรงในอวัยวะดังกล่าวต้องทำเป็นตารางมีการจัดความเหมาะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน มีการทำทุกวันหรือประมาณ 3 – 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ รูปแบบการออกกำลังกายควรเป็นแบบแอโรบิค คือ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน มีการเคลื่อนไหวช้า ๆ เป็นจังหวะมีความต่อเนื่อง เช่น วิ่งเหยาะ เดินเร็ว เดินขึ้นบันได ว่ายน้ำ ชีจักรยาน การฝึกชก หรือไทเก๊ก เป็นต้น การออกกำลังกายจะทำให้เกิดความทนทานและเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจและปอด สามารถวัดด้วยการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย ของคนที่อายุมากและอายุน้อยจะแตกต่างกันไป อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมขณะออกกำลังกาย คือ ร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ มีวิธีคำนวณจากสูตรของ American College of Sport Medicine คือ เอาอายุของผู้ที่ต้องการทดสอบลบออกจาก 220 ผลลัพธ์ที่ได้เป็นความสามารถของหัวใจที่เต้นสูงสุดของคนในหนึ่งนาที ดังข้อมูลในตารางที่ 2. 1

ตารางที่ 2.1 ร้อยละของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจต่อนาทีในแต่ละอายุ (ปี)

อายุ (ปี)	อัตราการเต้นสูงสุด/ นาที	ร้อยละ 65/ นาที	ร้อยละ 70/ นาที	ร้อยละ 75/ นาที	ร้อยละ 80/ นาที
20	200	130	140	150	160
30	190	123	133	142	152
40	180	117	126	135	144
50	170	110	119	127	136
55	165	107	116	124	132
60	160	104	112	120	128
65	155	101	109	116	124
70	150	98	105	112	120

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, (2545 หน้า 3)

2) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หมายถึง แรงสูงสุดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของหรือเกร็งของกล้ามเนื้อที่จำเป็นในการออกแรงดึง ดัน ยก แบกหามสิ่งของ

3) ความทนทานของกล้ามเนื้อ หมายถึง ความสามารถที่จะหดตัวซ้ำ ๆ กันของกล้ามเนื้อในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การทำกิจวัตรประจำวันต้องใช้ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ถ้ามีความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อไม่เพียงพอ จะเกิดการเสียดสมดุผล มีผลทำให้ผู้สูงอายุหกล้มหรือตกบันไดได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนจะยังมีการแตกหักของกระดูกง่ายเมื่อล้ม การออกกำลังกายเพื่อ ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและมวลกระดูก ยังช่วยลดไขมันในร่างกายและไขมันในเลือด ลดความดันเลือด ควบคุมเบาหวาน

4) ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ หมายถึง การเคลื่อนไหวของข้อต่อหรือกลุ่มข้อต่อที่มีผลต่อความอ่อนตัว คือ กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อ ความยาวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและเนื้อเยื่อรอบข้อต่อ การฝึกความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อทำได้ง่าย ๆ คือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อค่อย ๆ ทำอย่างช้า ๆ จนถึงจุดที่รู้สึกตึง แต่ไม่เจ็บปวดค้างไว้ประมาณ 10 - 30 วินาที ถ้ามีการเกร็งกล้ามเนื้อให้ค้างประมาณ 3 - 6 วินาที ขณะที่ยืดเหยียดให้หายใจเข้าออกตามปกติ ไม่กลั้นหายใจ การอ่อนตัวของกล้ามเนื้อสามารถทำให้การเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นไปอย่างคล่องแคล่ว

5) สัดส่วนของร่างกาย หมายถึง สัดส่วนระหว่างไขมันและสัดส่วนที่ไม่ใช่ไขมัน กระดูก กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อ คนผอมจะมีสัดส่วนของร่างกายต่ำ คนอ้วนจะมีสัดส่วนของร่างกายสูง การออกกำลังกาย ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานจากไขมัน ส่งผลให้สัดส่วนของร่างกายดีขึ้น

2.4.2 ขั้นตอนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุมีดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความร้อนสามารถยืดและหดตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การอบอุ่นร่างกายใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที ได้แก่ การเหยียด การสลับแขนและขา การวิ่งเหยาะ และการแกว่งแขน เป็นต้น

2) ขั้นตอนที่ 2 เป็นการออกกำลังกายอย่างจริงจัง เพื่อให้ร่างกายเกิดการเผาไหม้อาหารที่รับประทานมีการใช้ออกซิเจนในอากาศ เพื่อทำให้เกิดพลังงาน ในขณะที่มีการออกกำลังกาย การเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ อายุของบุคคลที่ออกกำลังกาย และร่างกายจะได้ประโยชน์สามารถ คำนวณจากสูตรของ American College of Sport Medicine คือ การใช้ 220 ลบด้วยอายุของบุคคล และจะได้อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมตามปกติ คือ ประมาณร้อยละ 65 - 80

3) ขั้นตอนที่ 3 เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ภายหลังจากออกกำลังกายตามขั้นตอนที่ 2 ให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละน้อย เพื่อให้เลือดไหลเวียนตามร่างกายกลับเข้าสู่หัวใจ

2.4.3 หลักการออกกำลังกายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ ให้ถูกวิธีมีหลักปฏิบัติดังนี้

1) ความถี่ในการออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนวันในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 - 2 วันแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่จะเกิดผลดีต้องทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

2) ความหนักในการออกกำลังกาย หมายถึง การเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติในการออกกำลังกาย ขึ้นกับประเภทและวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายเพื่อให้เกิดผลกำลั้มากขึ้นต้องเพิ่มความหนัก โดยการยกน้ำหนักมากขึ้น บ่อยขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความทนทานของกล้ามเนื้อต้องเพิ่มจำนวนครั้งให้มากขึ้น การเพิ่มผลกำลั้มของผู้สูงอายุต้องทำด้วยความระมัดระวัง ไม่หักโหมเพราะกล้ามเนื้ออาจฉีกขาดได้ การยกน้ำหนักแต่ละครั้ง ห้ามเบ่งหรือกลั้มหายใจ ต้องหายใจตามปกติ เพราะการกลั้มหายใจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีเส้นเลือดสมองเปราะบางอาจแตกเกิดอัมพาตได้ สำหรับผู้สูงอายุการออกกำลังกายเพื่อความทนทานของระบบไหลเวียนเลือดเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับเลือดอย่างเพียงพอ

3) ระยะเวลาของการออกกำลังกาย แต่ละครั้งควรนานติดต่อกันครั้งละ 20 - 30 นาที แต่ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มทำครั้งละน้อย ๆ เท่าที่ทำได้อาจเป็น 5 - 10 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนสามารถทำได้นานติดต่อกัน 20 - 30 นาที

2.4.4 ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

1) การเดิน เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ยกเว้นผู้สูงอายุมีความพิการของเท้าและข้อ ต้องเดินให้เร็วเพื่อให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม ขณะเดินควรเดินในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และปลอดภัย ควรเดินในตอนเช้าและมีเพื่อนหรือกลุ่มร่วมในการเดิน จะช่วยให้เกิดความสนุกสนานยิ่งขึ้น

2) การวิ่งช้า ๆ ผู้สูงอายุถ้าสามารถวิ่งได้ ก็ไม่มีข้อห้าม แต่จะต้องมีข้อเท้าที่ดี เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อมากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้ และควรมีรองเท้าที่เหมาะสม

3) กายบริหารท่าต่าง ๆ มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ควรระวังให้เกิดผลถึงระดับหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

4) การรำมวยจีน หลักการของการรำมวยจีนคือ การเคลื่อนไหวช้า ๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิด้วย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่ต้องมีครูผู้ฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสมและต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

5) โยคะเป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะ ต้องมีครูผู้ฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะได้ประโยชน์สูง

2.4.5 ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น สรุปประโยชน์ของการออกกำลังกาย ได้ดังนี้

- 1) ช่วยชะลอความชรา ในผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้ดูเป็นหนุ่มเป็นสาว กระฉับกระเฉง ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกายลดลงและประสิทธิภาพในการทำงานเกิดช้ากว่าที่ควรเป็น ช่วยยืดอายุให้ยืนนาน
- 2) การทรงตัวและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีการประสานกันดีขึ้น ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่ดี ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้
- 3) ลดน้ำหนักควบคุมไม่ให้อ้วน รูปร่างสมส่วน
- 4) ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ทำให้จิตใจแจ่มใส
- 5) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือลดความดันเลือด

2.4.6 ข้อควรระวังการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ถ้ามีการปฏิบัติไม่เหมาะสมกับวัย หักโหมมากเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายได้ มีข้อควรระวังดังนี้

- 1) ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรง เกร็งหรือเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก กระโดดหรือวิ่งด้วยความเร็วสูง เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ
- 2) ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงกระแทก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ข้อเข่า เช่น การกระโดด ไม่ควรขึ้นลงบันไดสูงมาก ๆ บ่อย ๆ หรือนั่งยอง ๆ เนื่องจากมีการเสียดของข้อตามวัย
- 3) ไม่ควรบริหารร่างกายที่ใช้ความเร็วสูง เช่น การเปลี่ยนทิศทางอย่างฉับพลันหรือเดินทางลาด จากกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีการหดตัวช้า ทำให้การรักษาสมดุลร่างกายช้า และจะทำให้เกิดการเคล็ดขัดยอกของกล้ามเนื้อบริเวณต่าง ๆ ได้
- 4) การประมาณตน สภาพร่างกายและความเหมาะสมกับกีฬาชนิดต่าง ๆ ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บุคคลคนเดียวก็ในช่วงเวลาหนึ่งกับอีกช่วงเวลาหนึ่งอาจแตกต่างกันได้
- 5) ไม่ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อนอบอ้าว หรือ แดดจัด จะทำให้ร่างกายเสียน้ำและเกลือแร่ได้มาก เพราะประสิทธิภาพในการระบายความร้อนและการขับถ่ายของเสียลดลง ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงระหว่างออกกำลังกายได้
- 6) เลือกเวลาในการออกกำลังกายควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เพราะมีผลต่อการปรับตัวของร่างกาย
- 7) สภาพของกระเพาะอาหาร ภายหลังจากรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรออกกำลังกาย ทำให้เกิดผลเสียคือ ปวดขยายตัวได้ไม่เต็มที่และการไหลเวียนของเลือดใช้ในการย่อยและดูดซึมอาหาร สำหรับการดื่มน้ำควรดื่มในปริมาณที่พอเหมาะ
- 8) ผู้สูงอายุมีสายตาพร่ามัว สมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาทเสื่อม สมองสิ่งงานช้าลง ไม่ควรเข้าแข่งขัน เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายจากการแข่งขันได้
- 9) ไม่ควรสูบบุหรี่ในขณะที่ออกกำลังกาย หรือระหว่างพักเหนื่อยไม่ควรออกกำลังกายในขณะที่ร่างกายรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่สบาย

10) อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อ เอาแพ้ เอาชนะ เพราะทำให้เกิดการหักโหมและเป็นอันตราย ควรออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของตนเอง

11) ออกกำลังกายสม่ำเสมออาทิตย์ละ 3 - 4 ครั้ง ควรระวังอุบัติเหตุหรือความผิดปกติในขณะที่ออกกำลังกาย เช่น เวียนศีรษะ ตามัว หน้ามืด ใจสั่น เหนื่อยผิดปกติ แขนหน้าอกคลื่นไส้ เหงื่อออก ตัวเย็น แขนขาอ่อนแรง หรือควบคุมลำตัว แขนขาไม่ได้ พุดไม่ชัด หรือชัก ต้องหยุดออกกำลังกายทันที ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะหรือมีเพื่อนร่วมออกกำลังกาย

2.4.7 ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย

1) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป การออกกำลังกายครั้งแรกควรคำนึงถึงโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ หรือเคยมีความผิดปกติของร่างกายมาก่อน ควรปรึกษาแพทย์ถึงประสิทธิภาพในการออกกำลังกาย

2) การออกกำลังกาย ควรพิจารณาถึง สถานที่ต้องมีสภาพที่อากาศถ่ายเทดี ชุดที่สวมใส่ในการออกกำลังกาย รองเท้าที่ใช้ใส่ออกกำลังกาย ควรให้เหมาะสม

3) ชนิดของการออกกำลังกายควรเป็นแบบแอโรบิค คือ มีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เช่น เดิน วิ่งเหยาะ วิ่ง ว่ายน้ำ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน ถีบจักรยานอยู่กับที่ เต้นแอโรบิค เป็นต้น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรทำตามความสามารถและสภาพของร่างกายและควรเลิกสูบบุหรี่

4) การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดอาหารหวานหรืออาหารที่มีไขมันมาก หลีกเลี่ยงการใช้ยาลดน้ำหนัก เพราะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การฝึกความอดทนและฝึกให้ร่างกายแข็งแรงอาจใช้เวลาประมาณ 6 - 12 สัปดาห์ขึ้นไป

5) พยายามใช้ประโยชน์จากกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เช่น ทำงานที่เคลื่อนไหวตลอดเวลา ทำงานที่ออกแรงให้เป็นกิจวัตรเพื่อให้ออกกำลังกายและข้อต่อต่าง ๆ ยืดตัว ควรกำหนดเวลาให้แน่นอน

6) ควรรับการตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง เพราะการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรงภายหลังได้

สรุปได้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ แต่เลือกประเภทของการออกกำลังกายให้ตรงตามสภาพร่างกาย ความพร้อมและความสนใจชื่นชอบ

2.5 อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

อาหารมีความสำคัญยิ่งในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายแข็งแรง การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างถูกหลักโภชนา คือ การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สามารถรักษา น้ำหนักให้อยู่ได้ในเกณฑ์เฉลี่ย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ควรมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้บริโภคดังนี้ (สุพัตรา แสงรุจิ, 2555, หน้า 1-2)

2.5.1 อาหารถูกตามหลักโภชนาการ คือ อาหารหลัก 5 หมู่

1) หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ อาหารหมู่นี้ ช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกาย สร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง ควรเลือกเนื้อปลาเหมาะสำหรับผู้สูงวัย เพราะย่อยง่าย สำหรับไข่ไก่หรือไข่เป็ดควรต้มจนสุก ให้รับประทานนมพร่องมันเนยเป็นอาหารที่ให้แคลเซียมและโปรตีน ถั่วเมล็ดแห้งเป็นอาหารที่ให้โปรตีนสูงและมีราคาถูก ใช้แทนอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ได้ เช่น เต้าหู้ โปรตีนเกษตร เป็นต้น

2) หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน สารอาหารหมู่นี้เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงวัยควรกินในปริมาณที่พอเหมาะไม่กินมากเกินไป

3) หมู่ที่ 3 ผักต่าง ๆ ผักเป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ ผู้สูงวัยควรเลือกกินผักหลาย ๆ ชนิดสลับกัน ควรนึ่ง หรือต้มจนสุกไม่ควรบริโภคผักดิบ เพราะย่อยยากทำให้ท้องอืดได้

4) หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่าง ๆ ผู้สูงวัยสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิดและควรกินผลไม้ทุกวัน เพื่อให้ได้วิตามินซีและเส้นใยอาหาร ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย ได้แก่ มะละกอสุก กล้วยสุก ส้ม เป็นต้น

5) หมู่ที่ 5 ไขมันและน้ำมันพืช ควรใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันจากสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิดเช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว

2.5.2 จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ต้องมีการคำนึงและระมัดระวังในการจัดอาหารด้วย โดย

- 1) จัดให้ครบ 5 หมู่ทั้งปริมาณและคุณภาพ
- 2) อาหารควรสับหรือบดให้ละเอียดนำไปตุ๋นหรือนึ่งให้อาหารอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย
- 3) ควรมีน้ำชุป้อน ๆ ก่อนรับประทานอาหารกระตุ้นน้ำย่อย
- 4) ควรปรับปรุงให้มีรสชาติชวนรับประทาน
- 5) ควรจัดอาหารว่างให้ มีรายละเอียดการจัดอาหารดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผน, 2544, หน้า 3)

(1) อาหารควรมีปริมาณและคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยจัดให้ครบทั้ง 5 หมู่ ลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานลง คือ ข้าว แป้ง น้ำตาล ไขมัน ควรเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีใยอาหาร เพื่อให้ระบบขับถ่ายดี

(2) แบ่งอาหารออกเป็น 4 - 5 มื้อ โดยเพิ่มอาหารว่างเช้าและบ่าย ให้อาหารกลางวันเป็นอาหารหลัก เพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องภายหลังรับประทานอาหาร ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร เพราะทำให้ท้องอืด ถ้ามีการบริโภคควรบริโภคปริมาณที่น้อย ๆ แล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มให้เคยชิน เช่น นมสด ถั่วต่าง ๆ เป็นต้น

(3) ดัดแปลงอาหารให้เคี้ยวง่าย รสไม่จัดมาก จัดแต่งอาหารรับประทานและจัดเสิร์ฟอาหารในขณะร้อนจะช่วยกระตุ้นให้อยากอาหาร

มีการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุใน 1 วัน โดยมี ทั้งปริมาณและคำแนะนำที่ควรปฏิบัติตามตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุควรกินใน 1 วัน

อาหาร	ปริมาณ/วัน	ข้อเสนอแนะ
เนื้อสัตว์	4 - 5 ช้อนโต๊ะ	ควรกินปลาเป็นประจำ
นมสด	240 มิลลิลิตร	นมพร่องมันเนย 1 แก้วทุกวัน
ไข่	3 - 4 ฟองต่อสัปดาห์	แต่ถ้ามีปัญหาด้านไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ควรเลือกบริโภคเฉพาะไข่ขาว
ถั่วและผลิตภัณฑ์	รับประทานเป็นประจำ	ใช้ประกอบเป็นอาหารคาวหวาน
ข้าวและอาหารประเภทแป้งอื่น ๆ	6 - 8 ทัพพี	ควรเลือกข้าวหรืออาหารประเภทแป้งอื่น ๆ ที่ผ่านการขัดสีน้อย
ผักใบเขียวสด/ต้ม	2 ทัพพี	ตำลึง คื่นช่าย ผักบุ้ง เป็นต้น
ผักสีเหลือง, ส้ม	1 ทัพพี	ฟักทอง แครอท มะเขือเทศ เป็นต้น
ผลไม้/ผลไม้สุก	มือละ 1 ส่วน	หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด เช่น ขนุน ลำไย องุ่น เป็นต้น
ไขมัน/น้ำมันพืช	2 ช้อนโต๊ะ	หลีกเลี่ยงไขมันสัตว์ เนย
น้ำดื่ม	6 - 8 แก้ว	น้ำบริสุทธิ์หรือน้ำผลไม้คั้นสดได้บ้าง ควรหลีกเลี่ยง น้ำอัดลม ชา กาแฟ

ที่มา: สุพัตรา แสงรุจิ (2555, หน้า2)

สรุปได้ว่า อาหารสำหรับผู้สูงอายุต้องเหมาะสมทั้งชนิดปริมาณและคุณค่าของอาหารที่ได้รับ คำนึงถึงรสชาติของอาหาร เพราะผู้สูงอายุมีความอยากอาหารน้อยลง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับปริมาณสารอาหารที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การจัดอาหารของผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงอาหารเฉพาะโรค อาหารที่เหมาะสมกับวัยและมีคุณค่าทางโภชนาการสูงจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพดีและชะลอการเกิดพยาธิสภาพของร่างกายผู้สูงอายุ

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การพัฒนาเป็นกิจกรรมหลักในการพัฒนาของหน่วยงานต่าง ๆ การพัฒนาเป็นการดำเนินการที่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการพัฒนาองค์กรหรือหน่วยงาน การพัฒนา หรือ คำว่า เจริญ ไม่ได้แปลว่าทำให้มากขึ้นเพิ่มพูนขึ้นอย่างเดียว แต่มีความหมายว่า ตัดหรือทิ้ง เช่น เจริญพระเกศา คือตัดผม มีความหมายว่า รก เช่น นุสยาโลกวทมน แปลว่า อย่าเป็นคนรกโลกอีกด้วย ดังนั้นการพัฒนาจึงเป็นสิ่งที่ทำแล้วมีความเจริญจริงๆ คือ ต้องไม่เกิดปัญหาติดตามมาหรือไม่เสื่อมลงกว่าเดิม ถ้าเกิดปัญหาหรือเสื่อมลง ไม่ใช่เป็นการพัฒนา แต่เป็นหายนะ ตรงกันข้ามกับการพัฒนา (พระราชวรมนู 2530, หน้า 16-18)

3.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542, หน้า 779) ให้ความหมายของพัฒนาว่า หมายถึง ความเจริญ ทำให้เจริญ

Good (1973, pp. 157) ให้ความหมายของหลักสูตรว่า การพัฒนาหลักสูตรเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือการปรับปรุงและการเปลี่ยนแปลงหลักสูตร การปรับปรุงหลักสูตรเป็นวิธีการพัฒนาหลักสูตรอย่างหนึ่ง เพื่อให้เหมาะสมกับโรงเรียนหรือระบบโรงเรียน จุดมุ่งหมายของการสอน วัสดุ อุปกรณ์ วิธีสอนรวมทั้งการประเมินผล ส่วนคำว่า การเปลี่ยนแปลงหลักสูตร หมายถึงการแก้ไขหลักสูตรให้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นโอกาสการสร้างทางการเรียนขึ้นใหม่

วิชัย วงษ์ใหญ่ (2554, หน้า 6) ได้วิเคราะห์ความหมายหลักสูตรว่า ความหมายแคบของหลักสูตรคือ วิชาที่สอน ความหมายกว้างของหลักสูตรคือ มวลประสบการณ์ทั้งหลายที่จัดให้กับผู้เรียนทั้งภายในและภายนอกสถานศึกษา

สรุปความหมายของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพคือ กระบวนการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์และนำมาเป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เรียนรู้และครอบคลุมตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

ความสำคัญของการพัฒนารูปแบบ สงัด อุทรานันท์ (2532, หน้า 244) ได้เสนอว่า ส่วนประกอบของหลักสูตรที่ดีควรประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้คือ

1. เหตุผลและความจำเป็นของหลักสูตร
2. จุดมุ่งหมายของหลักสูตร
3. เนื้อหาและประสบการณ์
4. วิธีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน
5. ข้อเสนอแนะในการใช้สื่อการเรียนการสอนและแหล่งวิทยาการ
6. การประเมินผล
7. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการช่วยเหลือและส่งเสริมผู้เรียน

วิชัย ดิสสระ (2535, หน้า 39 - 40) ให้ข้อคิดเกี่ยวกับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาหลักสูตร ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากประเทศ ทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีมีผลกระทบต่อทัศนคติและการดำเนินชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพเศรษฐกิจของไทยมีแนวโน้มที่จะพัฒนาจากประเทศเกษตรกรรมไปสู่ประเทศอุตสาหกรรม จากแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงจึงจำเป็นต้องปรับปรุงหลักสูตรเพื่อเป็นการเตรียมประชากรประเทศให้สอดคล้องกัน โดยเฉพาะการเตรียมประชากรให้พร้อมจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดำเนินชีวิตได้อย่างสงบสุข

2. ความคิดเห็นจากนักวิชาการและสื่อมวลชน ข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยข้อคิดเห็นและข้อวิจารณ์ที่ได้จากการประชุมสัมมนาทางวิชาการและสื่อมวลชนชี้ให้เห็นว่า หลักสูตรปัจจุบันควรสนอง ความต้องการของท้องถิ่นให้มากขึ้นและควรให้ท้องถิ่นมีโอกาสและมีส่วนร่วมในการพัฒนา

หลักสูตรมากขึ้นเพราะผู้เรียนที่จบหลักสูตรส่วนมากยังไม่สามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการประกอบอาชีพให้สอดคล้องและสนองความต้องการของท้องถิ่นได้อย่างเต็มที่

3. กระบวนการพัฒนาหลักสูตร ตามแนวทางการพัฒนาหลักสูตรภายหลังที่ใช้หลักสูตรไปแล้วจำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ มาพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรในบางด้านที่เป็นปัญหาตามความเหมาะสมและความจำเป็นให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจสังคม การเมืองการปกครองและความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วิชัย วงษ์ใหญ่ (2554, หน้า 7) ได้ให้ความสำคัญของการจัดการศึกษาของประเทศในระดับประเภทต่าง ๆ ทั้งระดับการประถมศึกษา มัธยมศึกษา การศึกษานอกระบบ การศึกษาระดับอาชีวศึกษา การศึกษาระดับอุดมศึกษา รวมทั้งการฝึกอบรมระยะสั้นระยะยาวมีนักวิชาการได้ให้แนวคิดของการพัฒนาหลักสูตรมีรายละเอียด ดังนี้

1. หลักสูตรเป็นแผนและแนวทางในการจัดการศึกษาของชาติให้บรรลุตามความมุ่งหมายและนโยบาย

2. หลักสูตรเป็นหลักและเป็นแนวทางในการวางแผนวิชาการ การจัดการ การบริหาร การศึกษา การสรรหาและการพัฒนาบุคลากร การจัดวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือนวัตกรรมการเรียน การสอน งบประมาณ อาคารสถานที่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความคาดหวังของหลักสูตร

3. หลักสูตรเป็นเครื่องมือในการควบคุมมาตรฐานการศึกษาของสถานศึกษาและคุณภาพของผู้เรียนให้เป็นไปตามนโยบายและแผนการศึกษาชาติ และสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละท้องถิ่น

4. ระบบหลักสูตรจะกำหนด ความมุ่งหมาย ขอบข่ายเนื้อหาสาระ แนวทางการจัดประสบการณ์ การเรียนการสอน แหล่งทรัพยากรและการประเมินผล สำหรับการจัดการศึกษาของผู้สอนและผู้บริหาร

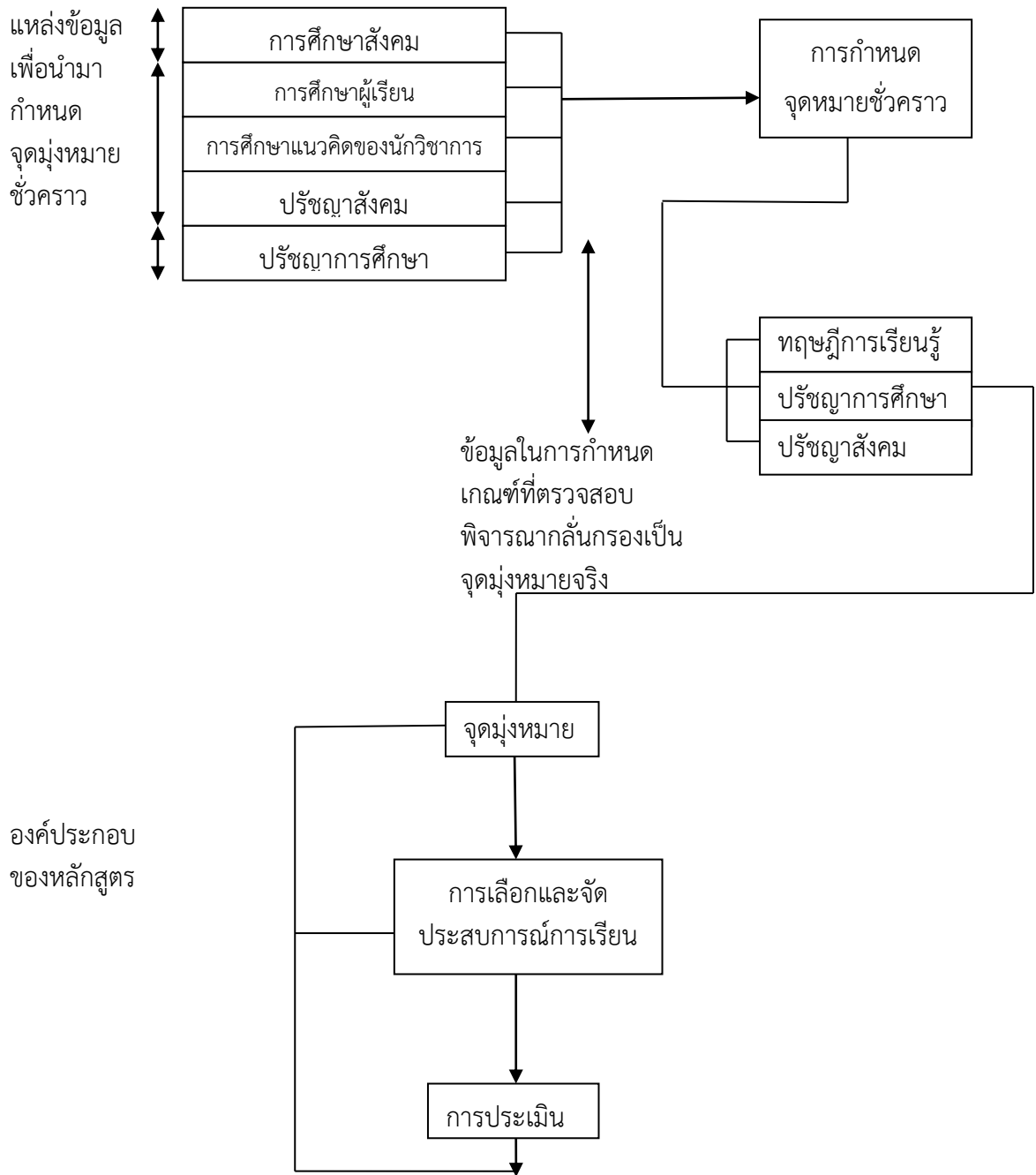
5. หลักสูตรจะเป็นเครื่องบ่งชี้ทิศทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนาสังคมของประเทศ

รูปแบบของการพัฒนา มีนักศึกษานำเสนอแนวคิดและหลักการในการพัฒนาดังนี้

1. รูปแบบการพัฒนาหลักสูตร Ralph Tyler เป็นแนวคิดในการวางกรอบโครงสร้างหลักสูตร โดยใช้วิธีการที่เรียกว่า เทคนิควิธีการทางวิทยาศาสตร์ (technical - scientific models) คือ หลักการและเหตุผลในการพัฒนาหลักสูตรและการสอนเริ่มด้วยการหาคำตอบจากคำถามพื้นฐาน 4 ประการคือ (Tyler, 1949, pp. 68)

- 1.1 มีความมุ่งหมายทางการศึกษาอะไรที่โรงเรียนต้องการให้ผู้เรียนได้รับรู้
- 1.2 ประสบการณ์ทางการศึกษาอะไรที่ควรจัดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด
- 1.3 จัดประสบการณ์ทางการศึกษาอย่างไรจึงทำให้การสอนมีประสิทธิภาพ
- 1.4 จะประเมินผลประสิทธิภาพของการจัดประสบการณ์ในการเรียนอย่างไร จึงจะ

บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ดังรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของ Tyler



ภาพที่ 2.2 กระบวนการพัฒนาหลักสูตรของ Tyler

ที่มา: Tyler (1949, pp. 68)

2. รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของ Tabá (1962, pp. 267) มีแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรเรียกว่า วิธีการจากล่างขึ้นสู่บน (grass- roots approach) เป็นการพัฒนาหลักสูตรจากระดับปฏิบัติการเสนอขึ้นไปสู่ระดับผู้บริหาร ครูเป็นผู้นำหลักสูตรไปสู่การปฏิบัติจึงควรเป็นผู้มีส่วนร่วม ในการพัฒนาหลักสูตร ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรมี 7 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 วินิจฉัยความต้องการ (diagnosis of need) ผู้สร้างหลักสูตร ต้องสำรวจความต้องการจำเป็นของผู้เรียนและสังคม

2.2 การกำหนดวัตถุประสงค์การศึกษา (formulation of objectives) เมื่อใดความต้องการและความจำเป็นของผู้เรียนนำมากำหนดวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกัน

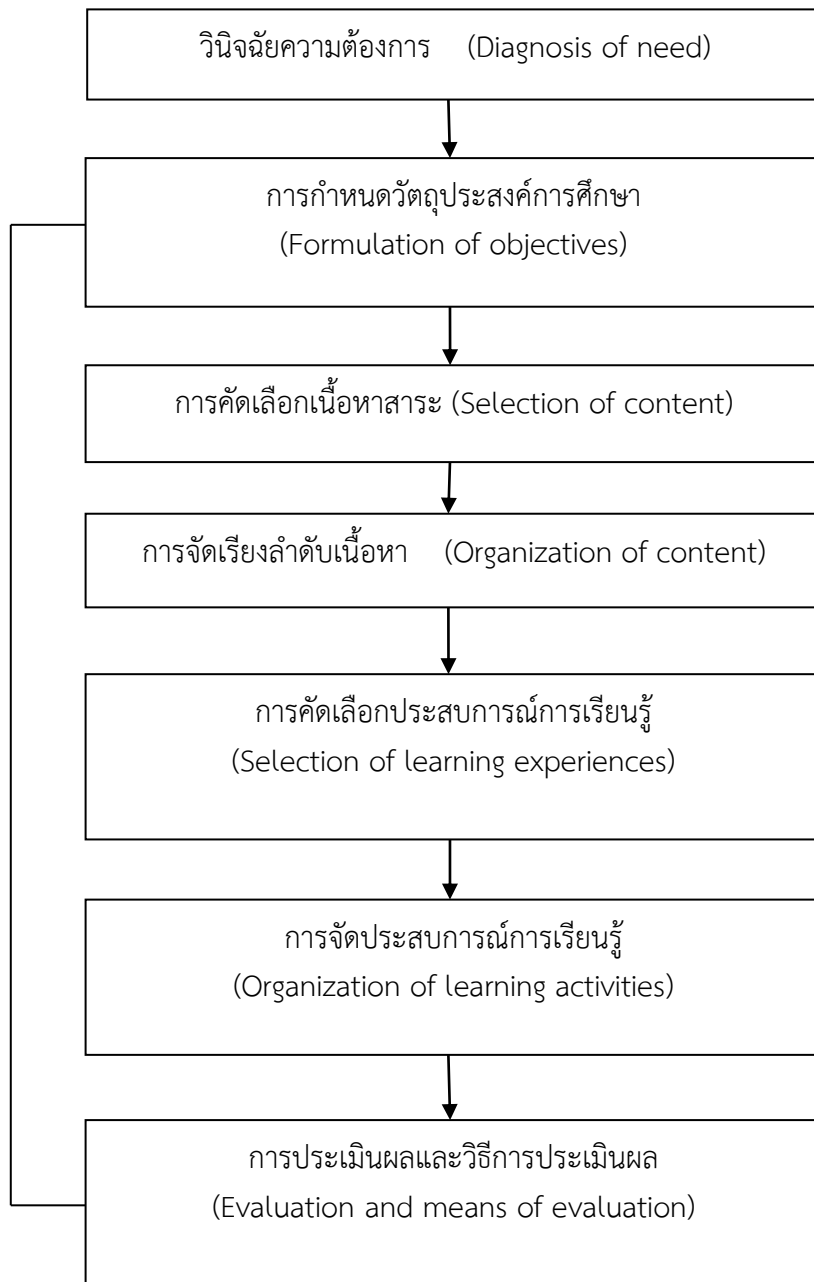
2.3 การคัดเลือกเนื้อหาสาระ (selection of content) การคัดเลือกเนื้อหาสาระที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์มีความถูกต้อง เทียบตรง และมีความน่าเชื่อถือ

2.4 การจัดเรียงลำดับเนื้อหา (organization of content) การจัดเนื้อหาในหลักสูตรให้สอดคล้องกับลำดับการเรียนรู้พัฒนา ความสามารถในการเรียนรู้และความต้องการของผู้เรียน

2.5 การคัดเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ (selection of learning experiences) เมื่อคัดเลือกเนื้อหาแล้ว นักพัฒนาหลักสูตรจะต้องสรรหาวิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่สัมพันธ์กับเนื้อหาและผู้เรียน

2.6 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (organization of learning activities) เป็นการจัดเรียงลำดับประสบการณ์การเรียนรู้จัดลำดับกิจกรรมการเรียนการสอน ให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้เรียน

2.7 การประเมินผลและวิธีการประเมินผล (Evaluation and means of evaluation) นักพัฒนาหลักสูตรและครูจะเป็นผู้เลือกประเมินหลักสูตรว่า บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ทั้งครูและผู้เรียนควรจะร่วมกันกำหนดวิธีการประเมินผลและตรวจสอบความเหมาะสมของหลักสูตร (checking for balance and sequence) เป็นการตรวจสอบว่า กรอบโครงร่างหลักสูตรมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันระหว่างจุดประสงค์เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน และการวัดผลประเมินผล หรือไม่รูปแบบการพัฒนาหลักสูตร สรุปลงเป็นภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 2.3 กระบวนการพัฒนาหลักสูตรของ Taba

ที่มา: Hid (1962, pp. 267)

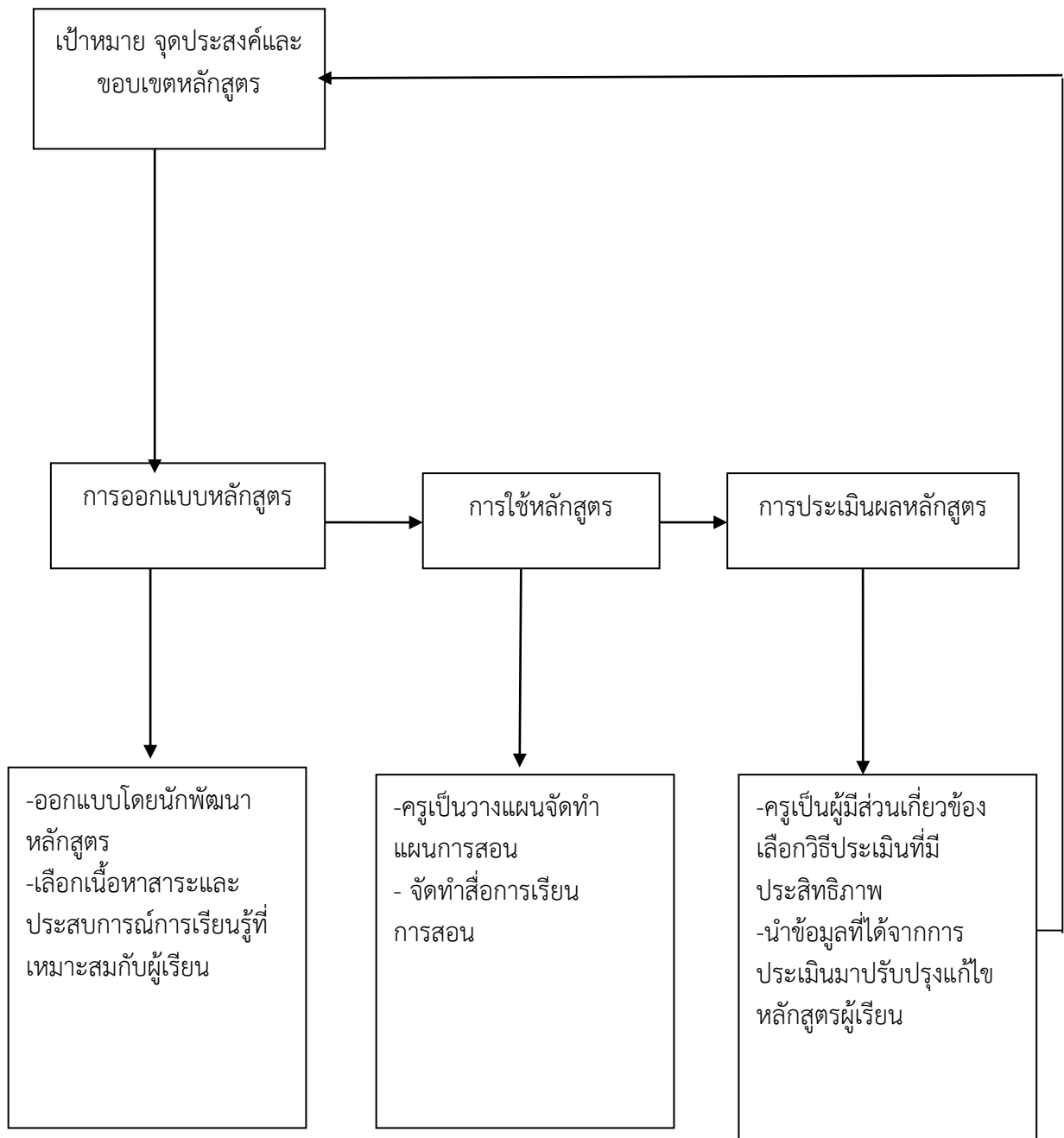
3. รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของ Saylor Alexander and Lewis (1974, pp. 168-172) ได้เสนอรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรเป็นขั้นตอนดังนี้

3.1 เป้าหมาย จุดประสงค์และขอบเขตหลักสูตร (Goals, Objectives and Domains) การกำหนดเป้าหมาย และจุดประสงค์ของหลักสูตรต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐาน 4 ด้าน คือ พัฒนาการของมนุษย์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทักษะการเรียนรู้และความชำนาญพิเศษ ตลอดจนการพิจารณาปัจจัยอื่นประกอบ เช่น ความต้องการของชุมชน ผลการวิจัย แนวคิดทางปรัชญาการศึกษาของนักการศึกษา

3.2 การออกแบบหลักสูตร (Curriculum Design) คือ การคัดเลือกเนื้อหาสาระ จัดเรียงลำดับเนื้อหา และจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้มีความสอดคล้องกัน รูปแบบหลักสูตรสอดคล้องกับเป้าหมายและจุดประสงค์ของหลักสูตร ความต้องการของผู้เรียน ลักษณะของสังคม ตลอดจนข้อกำหนดต่าง ๆ ของสังคมและปรัชญาทางการศึกษา

3.3 การใช้หลักสูตร (Curriculum Implementation) ครูผู้สอนจะต้องวางแผนและจัดทำแผนการสอน ตลอดจนคัดเลือกวิธีการสอนและสื่อการเรียนการสอน เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามที่กำหนดไว้

3.4 การประเมินผลหลักสูตร (Curriculum Evaluation) นักพัฒนาหลักสูตรและครูผู้สอนจะต้องตัดสินใจ เลือกเทคนิคการประเมินผลที่สามารถประเมินผลได้ว่าหลักสูตรบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินผลควรเน้นที่การประเมินตัวหลักสูตร คุณภาพการสอน และพฤติกรรมการเรียนของผู้เรียน ผลจากการประเมินจะช่วยให้นักพัฒนาหลักสูตรตัดสินใจว่าจะยังคงใช้หลักสูตรต่อไป ควรปรับปรุงแก้ไขหรือควรยกเลิกหลักสูตรดังกล่าวรูปแบบการพัฒนาหลักสูตร สรุปเป็นภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 2.4 กระบวนการพัฒนาหลักสูตรของ Saylor and Alexander

ที่มา: Saylor & William (1974, pp.169)

4. รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของ วิชัย วงษ์ใหญ่ (2554, หน้า 34-35) ได้กล่าวถึง กระบวนการพัฒนาหลักสูตรมีขั้นตอนดังนี้

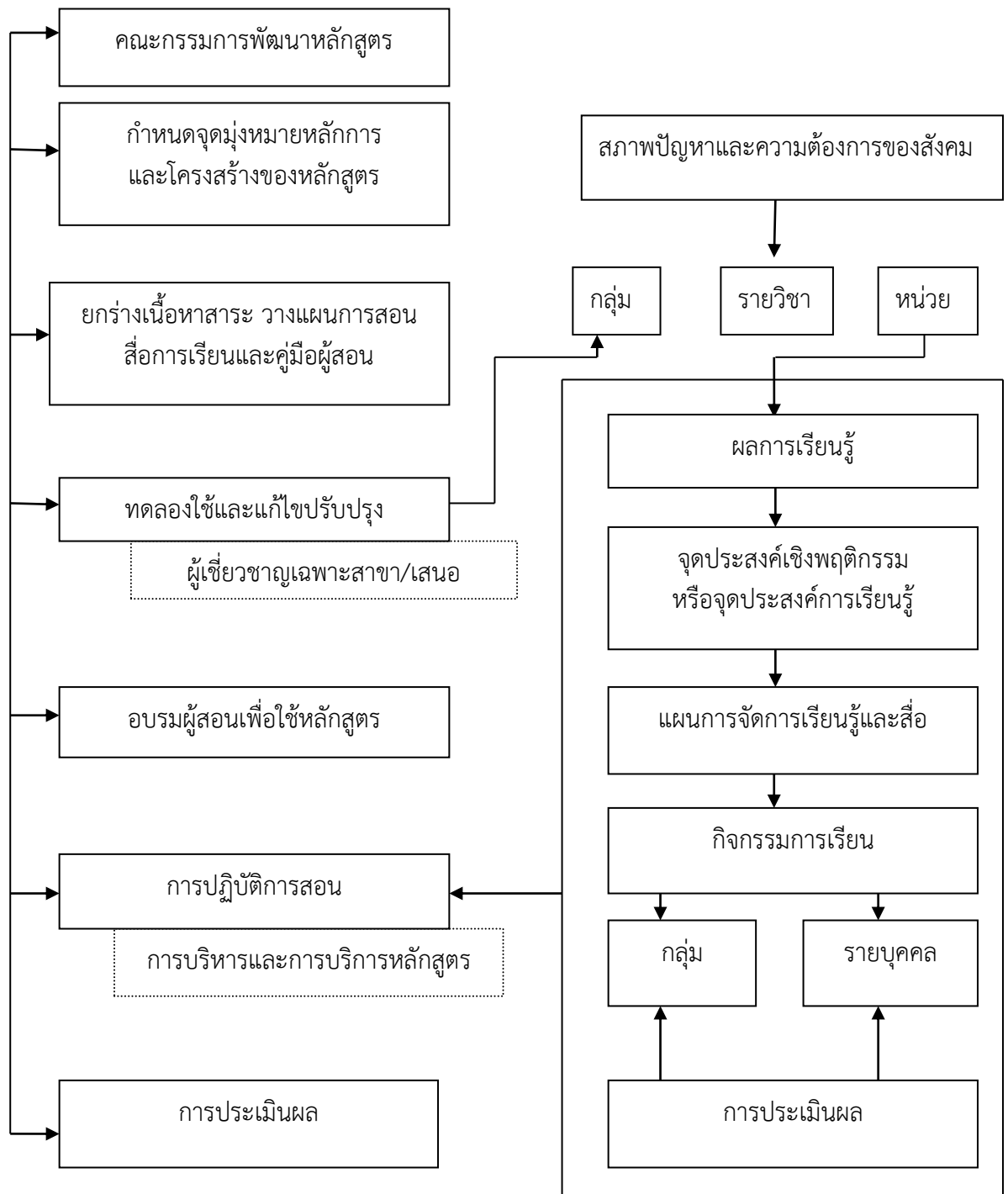
4.1 คณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรกำหนดจุดมุ่งหมาย หลักการและโครงสร้างและการ ออกแบบหลักสูตรขึ้นมา โดยอาศัยข้อมูลจากสภาพปัญหาและความต้องการของสังคมปัจจุบัน โดย ปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาวิชาอย่างสม่ำเสมอ กำหนดเป็นจุดหมายของการศึกษา

4.2 ยกร่างเนื้อหาสาระแต่ละกลุ่มประสบการณ์ และหน่วยการเรียนรู้ และแต่ละรายวิชา โดยปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาวิชา คณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ แต่ละสาขาวิชา เป็นผู้กำหนดผลการเรียนรู้ จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม หรือจุดประสงค์การเรียนรู้ วางแผนการสอน ทำบันทึกการสอน ผลิตสื่อการสอน จัดกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นกลุ่มหรือ รายบุคคล

4.3 นำหลักสูตรที่พัฒนาได้แล้วไปทดลองใช้ในสถานศึกษานำร่อง (สถานศึกษาทดลอง ใช้หลักสูตรใหม่) โดยคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรกำหนดไว้ ถ้ามีข้อบกพร่องก็ทำการแก้ไข ปรับปรุง โดยปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาวิชาอยู่ตลอดเวลา

4.4 อบรมผู้สอน ผู้บริหารทุกระดับและบุคลากรทางการศึกษาให้เข้าใจในหลักสูตรใหม่ เพื่อใช้หลักสูตรใหม่ได้ถูกต้องเหมาะสม ตามจุดมุ่งหมายของหลักสูตร รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ หลักสูตรให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

4.5 นำหลักสูตรไปใช้ปฏิบัติการสอนที่สถานศึกษาก่อนประกาศใช้หลักสูตร สนับสนุน ให้ผู้บริหารและผู้สอนนำหลักสูตรไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ในสถานศึกษาต่อไป กิจกรรมการใช้ หลักสูตรใหม่มี 4 การสอนประการคือ (1) การแปลงหลักสูตรไปสู่การสอน คือการจัดทำวัสดุหลักสูตร ได้แก่ เอกสารหลักสูตร สื่อและอุปกรณ์การสอนที่จำเป็นที่ต้องใช้ประกอบการเรียนการสอน (2) ผู้บริหารจัดเตรียมสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคลากร วัสดุหลักสูตร และบริการต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่อบรมผู้สอน บุคลากรฝ่ายสนับสนุนการใช้หลักสูตร จัดห้องสมุดห้องเรียน ห้องปฏิบัติการ แหล่งเรียนรู้ และสื่อ การสอนทุกชนิด รวมทั้งจัดงบประมาณการบริหารหลักสูตร (3) การสอนเป็นหน้าที่ของผู้สอน ประจำการทั่วไปที่จะต้องดำเนินการจัดการเรียนการสอนให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของ หลักสูตร (4) การประเมินผลเพื่อให้ทราบข้อบกพร่องของหลักสูตร แล้วดำเนินการแก้ไขปรับปรุง ต่อไป การประเมินมี 2 ประเภท คือ การประเมินผลการเรียนของผู้เรียน และการประเมินผลของ หลักสูตร สำหรับการประเมินผลของหลักสูตรได้แก่ การประเมินเอกสารหลักสูตร ประเมินผลการ นำหลักสูตรไปใช้ ประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียน ประเมินผลการใช้หลักสูตรจะต้องประเมินผล อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพราะทุกสิ่งทุกอย่างในสังคมปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทั้งทางด้านเศรษฐกิจการเมือง การปกครอง สังคม วัฒนธรรม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครื่องมือ สื่อสาร เครื่องอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพแต่ละสาขาวิชา มีการ เปลี่ยนแปลงและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา รูปแบบการพัฒนาสรุปเป็นภาพ ได้ดังนี้



ภาพที่ 2.5 รูปแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและการสอนของ วิชัย วงษ์ใหญ่

ที่มา: วิชัย วงษ์ใหญ่ (2554, หน้า 59)

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย การพัฒนารูปแบบต้องมี การวางแผนการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานการศึกษาหลักเกณฑ์และ ขั้นตอนการเลือกรูปแบบหลักสูตรที่เหมาะสม นับตั้งแต่การกำหนดจุดมุ่งหมาย เนื้อหาสาระของ รูปแบบ การนำรูปแบบใช้โดยสอดคล้องกับการพัฒนาของผู้เรียนที่สามารถพัฒนาให้ผู้เรียนได้มีความรู้ ความคิด สติปัญญา และสามารถรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมได้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แนวคิด เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบจากทฤษฎีต่าง ๆ มาเป็นแนวทางในการสร้าง เรื่อง “การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑล ” มีแนวคิดในการประเมินรูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

3.2 การประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพ

การประเมินจึงเปรียบเสมือนการสะท้อนให้เห็นภาพทุกขั้นตอนของการพัฒนาอย่างชัดเจน ว่า สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายหรือประสบความล้มเหลวหรือมีข้อบกพร่อง มีปัญหาและอุปสรรค อะไรต้องพยายามหาทางแก้ไข การประเมินเป็นงานสำคัญที่ต้องการผู้มีความรู้เรื่องของการ ประเมินผล และดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ความหมายของการประเมินได้มีนักการศึกษาหลายท่านให้ความหมายของการประเมินรูปแบบไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้คือ

Good (1973, pp. 209) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การประเมิน คือ การประเมินผลของ กิจกรรมการเรียนรู้ภายในขอบข่ายของการสอนที่เน้นเฉพาะจุดประสงค์ของการตัดสินใจในความถูกต้องของจุดมุ่งหมาย ความสัมพันธ์และความต่อเนื่องของเนื้อหาและผลสัมฤทธิ์ของวัตถุประสงค์ เฉพาะนำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนจัดโครงการและการหมุนเวียนของกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ที่จะจัดให้มีขึ้น

สุจริต เพียรชอบ (2548, หน้า 64) กล่าวถึงการประเมินไว้ว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญ เพราะเป็นการหาคำตอบว่า หลักสูตรสัมฤทธิ์ผลตามที่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด อะไรเป็นสาเหตุผู้ประเมินหลักสูตรจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ดีทั้งทางด้าน หลักสูตรและด้านการ ประเมินผล ซึ่งจะต้องเน้นการประเมินทั้งโปรแกรมการศึกษา มิใช่แต่เพียงผลการเรียนสุดท้ายเท่านั้น แต่ควรประเมินแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนด้วย

วิชัย วงษ์ใหญ่. (2554, หน้า 123) ให้ความหมายของการประเมินว่า การประเมินหลักสูตร เป็นการพัฒนาเกี่ยวกับคุณค่าของหลักสูตรโดยใช้ผลจากวัดในแง่มุมต่าง ๆ ของสิ่งที่ประเมินเพื่อนำมา พิจารณารวมกัน และสรุปว่าจะให้คุณค่าของหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมากนั้นเป็นอย่างไร มีคุณภาพดี หรือไม่เพียงใดหรือได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่มีส่วนใดที่จะต้องปรับปรุงแก้ไข

สรุปได้ว่า การประเมินมีจุดประสงค์เพื่อพิจารณาทบทวนเกี่ยวกับคุณภาพของรูปแบบ โดยใช้ผลการวัดของสิ่งที่จะประเมินนำมาพิจารณาประกอบด้วย เอกสาร วัสดุ กระบวนการเรียนการสอน ตัวผู้เรียน ความคิดเห็นของผู้ใช้และความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและสังคม เป็นต้น

สิ่งที่ต้องประเมิน Taba (1962, pp. 310) กล่าวว่า การประเมินผลหลักสูตรทำขึ้นเพื่อ ศึกษากระบวนการต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ว่าการเปลี่ยนแปลงใดบางที่สอดคล้องหรือขัดแย้งกับ วัตถุประสงค์ทางการศึกษา ซึ่งการประเมิน ดังกล่าวจะครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดของหลักสูตรและ กระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จุดประสงค์ ขอบเขตของเนื้อหาสาระ คุณภาพของผู้บริหารและ ผู้ใช้หลักสูตร สมรรถภาพของผู้เรียนความสัมพันธ์ของวิชาต่าง ๆ การใช้สื่อและวัสดุการสอน เป็นต้น

Beauchamp (1975, pp. 170 - 171) กล่าวว่า การประเมินหลักสูตรอย่างน้อยที่สุดจะตั้งองค์ประกอบใน 4 ด้าน คือ ประเมินผลการใช้หลักสูตรของครู ประเมินรูปแบบของหลักสูตร ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับนักเรียน ประเมินระบบหลักสูตร

สจัต อุทรานันท์ (2527, หน้า 277 - 278) ได้สรุปว่าการประเมินหลักสูตรประกอบด้วยสิ่งที่ต้องประเมินคือ การประเมินเอกสารหลักสูตร การประเมินการใช้หลักสูตรการประเมินสัมฤทธิ์ผลของหลักสูตร การประเมินระบบหลักสูตร การประเมินไม่ว่าจะเป็นการประเมินผลความก้าวหน้า (Formative Evaluation) เป็นการประเมินผลในระหว่างการทำงานพัฒนาหลักสูตร เพื่อมุ่งการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตร หรือเป็นการประเมินผลสรุป (Summation Evaluation) ซึ่งจะประเมินเมื่อการพัฒนาหลักสูตรครบวงจรหรือใช้หลักสูตรมาเป็นเวลานานพอสมควร เพื่อมุ่งการตัดสินใจว่าหลักสูตรนั้นควรดำเนินการต่อไปหรือยกเลิก ควรมีการประเมินให้ต่อเนื่องกันและการประเมินสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การประเมินเอกสาร เป็นการตรวจสอบคุณภาพของเอกสารหลักสูตรว่า จุดหมาย จุดประสงค์ โครงสร้าง เนื้อหาสาระและวิธีการวัดและประเมินผล มีความสอดคล้องเหมาะสมครอบคลุมและถูกต้องตามหลักการพัฒนาหลักสูตร มีการใช้ภาษาที่สามารถใช้สื่อสารให้เข้าใจและมีความชัดเจนในการนำไปสู่การปฏิบัติ หลักสูตรที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับผู้เรียนหรือกลุ่มเป้าหมาย และสามารถสนองความต้องการของสังคม และผู้เรียนตามจุดมุ่งหมาย การประเมินเอกสารหลักสูตรจะใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. การประเมินการใช้หลักสูตร เป็นการตรวจสอบว่า หลักสูตรสามารถนำไปใช้ได้กับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นได้อย่างไร เมื่อมีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตร พบว่า มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไร จะได้ทำการแก้ไขการใช้หลักสูตรและนำไปปรับปรุงให้ดีขึ้น ทำให้สามารถใช้หลักสูตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับวิธีการประเมินมีหลายวิธีการ อาจใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถามให้ผู้ใช่ คือ ผู้สอน ผู้เรียน ผู้ปกครอง เป็นต้น สำหรับการประเมินโดยใช้การนิเทศการศึกษาอาจประเมินได้เพียงบางส่วนของการใช้หลักสูตร เช่น ประเมินประสิทธิภาพการสอนของอาจารย์ หรือการสร้างบรรยากาศการเรียนการสอนในชั้นเรียน

3. การประเมินสัมฤทธิ์ผลของหลักสูตร เป็นการตรวจสอบสัมฤทธิ์ผลของผู้เรียนซึ่งคือ ความรู้ความสามารถในวิชาการเรียน บุคลิกภาพ ความรับผิดชอบ ความสามัคคีความซื่อสัตย์ เป็นต้น การประเมินสัมฤทธิ์ผลของหลักสูตรสามารถประเมินผู้เรียนขณะศึกษาโดยใช้ ประเมินติดตามผลความก้าวหน้าของผู้สำเร็จการศึกษาว่า สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ใน การปฏิบัติงานและประสบผลสำเร็จในการทำงานหรือศึกษาต่อหรือไม่และสามารถสอบถามจากผู้เรียน ผู้สำเร็จการศึกษา ผู้ว่าจ้างหรือเจ้าของสถานที่ประกอบการและใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การสัมภาษณ์ การศึกษาจากเอกสาร

4. การประเมินระบบหลักสูตร ควรมีการประเมินหลักสูตรทั้งระบบพร้อมกันเพราะรูปแบบของการประเมินระบบหลักสูตรมีหลายรูปแบบ จะเห็นได้ว่าการประเมินหลักสูตรจำเป็นต้องพิจารณาตัดสินหลายสิ่งหลายอย่างที่เกิดขึ้น จากการนำหลักสูตรไปใช้บางเรื่อง บางองค์ประกอบ สามารถหาเครื่องมือหรือวิธีการต่าง ๆ ทำการประเมินได้โดยง่าย ดังนั้นการประเมินจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับคำตอบได้ข้อมูลที่ชัดเจน

3.3 รูปแบบที่ใช้ในการประเมิน

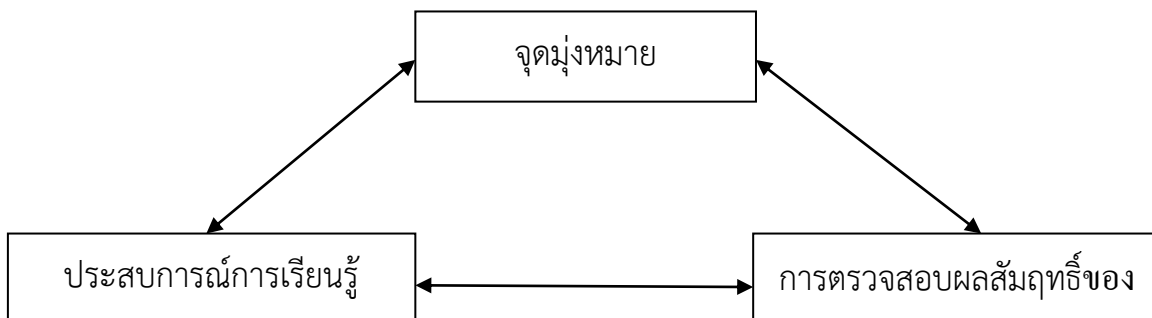
รูปแบบของการประเมินได้มีนักวิชาการซึ่งเชี่ยวชาญทางด้านรูปแบบและการประเมินผลเสนอแนะหลายรูปแบบด้วยกัน สามารถนำมาศึกษาเพื่อเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการในปัจจุบันรูปแบบของการประเมินหลักสูตรสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (บุญเลี้ยง พุ่มทอง ,2553, หน้า 302 - 303)

1. รูปแบบของการประเมินหลักสูตรที่สร้างเสร็จใหม่ ๆ เป็นการประเมินผลก่อนนำหลักสูตรไปใช้ซึ่งในกลุ่มนี้จะเสนอรูปแบบเดิม ๆ คือ รูปแบบการประเมินหลักสูตรด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบ Puissance Analysis Technique

2. รูปแบบการประเมินหลักสูตรในระหว่างหรือหลังการใช้หลักสูตร สามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ ได้ 4 กลุ่มดังนี้ (1) รูปแบบการประเมินหลักสูตรที่ยึดจุดมุ่งหมายเป็นหลัก (Goal Attainment Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่ประเมินว่าหลักสูตรมีคุณค่ามากน้อยเพียงใดโดยพิจารณาจุดมุ่งหมายเป็นหลัก กล่าวคือ พิจารณาว่าผลที่ได้รับเป็นไปตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ เช่น รูปแบบประเมินหลักสูตรของ Tyler และรูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Hammond (2) รูปแบบการประเมินหลักสูตรที่ไม่ยึดเป้าหมาย (Goal Free Evaluation Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่ไม่นำความคิดเห็นของผู้ประเมินเป็นตัวกำหนดความคิดในโครงการประเมิน ผู้ประเมินเหตุการณ์ตามสภาพความเป็นจริง มีความเป็นอิสระในการประเมินและต้องไม่มีความลำเอียง เช่น รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Scriven (3) รูปแบบการประเมินหลักสูตรที่ยึดเกณฑ์เป็นหลัก (Criterion Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่ต้องอาศัย ผู้เชี่ยวชาญในการตัดสินคุณค่าของหลักสูตร โดยใช้เกณฑ์เป็นหลักเช่น รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Stake (4) รูปแบบการประเมินหลักสูตรที่ช่วยในการตัดสินใจ (Decision Making Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่เน้นการทำงานอย่างมีระบบเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการเสนอผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Provus รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Stufflebeam รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Doris T. Gow

จึงกล่าวได้ว่าวิธีการประเมินมีหลายรูปแบบผู้ประเมินจะต้องเลือก ให้เหมาะสมกับสิ่งที่ประเมินและคำตอบที่ต้องการทราบ จึงจะได้ข้อมูลที่มีความเชื่อมั่นในการนำข้อมูลไปพัฒนาหลักสูตรให้มีคุณค่า และเหมาะสมกับความต้องการรูปแบบการประเมินมีดังนี้

1. รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Tyler (1949, pp. 248) ได้ให้หลักในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตร โดยพิจารณาตัดสินจากการบรรลุผลสำเร็จ ของจุดมุ่งหมายทางการศึกษาที่ตั้งไว้ การประเมินหลักสูตรตามรูปแบบนี้จึงควรตอบคำถาม 4 ข้อ ให้ได้ชัดเจนคือ (1) มีจุดมุ่งหมายทางการศึกษาใดบางที่โรงเรียนต้องการ (2) มีประสบการณ์ทางการศึกษาใดบาง ที่จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมาย (3) ควรจัดประสบการณ์ทางการศึกษาเหล่านั้นอย่างไร จึงจะเกิดประสิทธิภาพ (4) จะตัดสินใจได้โดยวิธีใด ว่าจุดมุ่งหมายเหล่านั้นบรรลุผลตามต้องการ รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Tyler เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลต่อกันขององค์ประกอบหลักสูตร 3 ส่วน คือ จุดมุ่งหมายทางการศึกษา ประสบการณ์การเรียนรู้และสัมฤทธิ์ผลของการเรียนดังภาพ



ภาพที่ 2.6 รูปแบบการประเมินของ Tyler

ที่มา: สุนีย์ ภูพันธ์ (2546, หน้า 15)

Tyler มีความเห็นว่า จุดมุ่งหมายของการประเมินเพื่อตัดสินว่า จุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมที่ตั้งไว้นั้นประสบผลสำเร็จหรือไม่ ส่วนใดที่ประสบผลสำเร็จก็อาจเก็บไว้ใช้ได้ต่อไป แต่ส่วนใดไม่ประสบความสำเร็จก็ควรปรับปรุงแก้ไข ซึ่ง Tyler ได้เน้นการประเมินผลทางการศึกษาโดยได้จัดลำดับขั้นในการเรียนการสอนและการประเมินผลดังนี้

1. ตั้งจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมด้วยข้อความที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจง โดยบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ต้องการวัดในภายหลังด้วย
2. การกำหนดเนื้อหา หรือประสบการณ์ทางการศึกษาที่ต้องการให้บรรลุตามความมุ่งหมายที่ตั้งไว้
3. เลือกวิธีการเรียนการสอนที่เหมาะสมในการที่จะทำให้เนื้อหาที่วางไว้ประสบผลสำเร็จ โดยมีการระบุถึงเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในโครงการ
4. ประเมินผลโครงการ โดยการตัดสินด้วยการวัดผลทางการศึกษา หรือการทดสอบสัมฤทธิ์ผลในการเรียน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และสรุปรวบรวมเพื่อนำไปปรับปรุง

Tyler คิดว่า การประเมินผลโครงการเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน การประเมินอาศัยแบบทดสอบสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา การวิเคราะห์และการสังเกตเป็นพื้นฐาน การประเมินคุณค่าของโครงการต้องยึดความสำเร็จของคนส่วนใหญ่เป็นเกณฑ์ โดยมีเกณฑ์กำหนดไว้ล่วงหน้าถึงระดับของความสำเร็จ ซึ่งการประเมินผลตามแนวคิดนี้เหมาะสำหรับการประเมินผลสรุป (Summative Evaluation) มากกว่าการประเมินผลความก้าวหน้า ถ้าผู้ประเมินต้องการประเมินโครงการเกี่ยวกับการเรียนการสอนตามแนวคิดของ Tyler สามารถดำเนินการตามขั้นตอนโดย (1) กำหนดจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์อย่างกว้าง ๆ (2) จำแนกวัตถุประสงค์ออกเป็นประเภท ๆ (3) นิยาม วัตถุประสงค์ต่าง ๆ ในรูปวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (4) กำหนดสถานการณ์ที่แสดงความสำเร็จของวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (5) พัฒนาหรือเลือกเทคนิคในการวัด (6) รวบรวมข้อมูลที่เป็นผลงานของนักเรียน (7) เปรียบเทียบข้อมูลกับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้

2. รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick. (1998, pp. 19 - 66) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการฝึกอบรมและการประเมินผลการฝึกอบรมว่า การฝึกอบรม ควรจัดให้มีการประเมินผลการฝึกอบรม ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้รู้ว่าการจัดโปรแกรมการฝึกอบรมมีประสิทธิภาพเพียงใด การฝึกอบรมเป็นกิจกรรมปกติที่เกิดขึ้นในทุกโครงการ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน โดยมุ่งหวังให้ผู้ผ่านการอบรมได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การประเมินผลการอบรมจะทำให้ได้ความรู้อย่างน้อย 3 ประการ คือ (1) การฝึกอบรมนั้นได้ให้อะไรบ้าง หรือเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานในลักษณะใดบ้าง (2) ควรยุติโครงการชั่วคราวก่อน หรือควรดำเนินการต่อไปเรื่อย ๆ (3) ควรปรับปรุงหรือพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมในส่วนใดบ้างอย่างไร

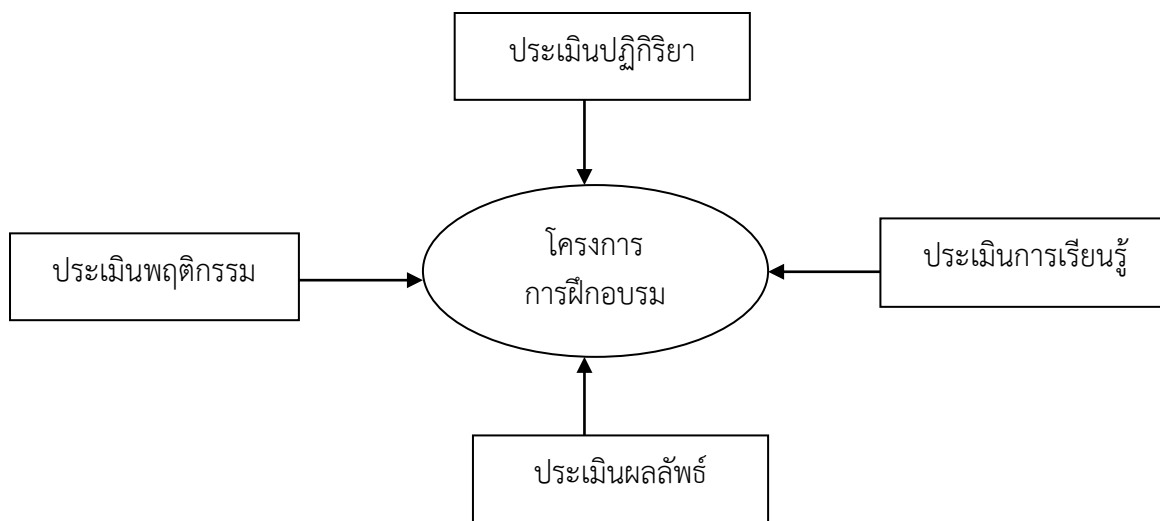
การประเมินผลโครงการฝึกอบรมได้กำหนดให้มีการประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรม 4 ลักษณะ คือ

1. การประเมินปฏิกิริยา (Reaction Evaluation) ตอบสนองของผู้เข้ารับการอบรม โครงการว่า มีความรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับโครงการ เช่น หลักสูตร เนื้อหาสาระตรงกับความต้องการความคิดเห็นต่อเอกสาร สถานที่ โสตทัศนูปกรณ์ ระยะเวลาการอบรมมีความเหมาะสม ได้รับความรู้ทักษะในระดับใด มีความคาดหวังต่อการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติงาน

2. การประเมินการเรียนรู้ (Learning Evaluation) เช่น การเพิ่มขึ้นของการเรียนรู้ก่อน-หลังการฝึกอบรม ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และเจตคติ (Attitude)

3. การประเมินพฤติกรรม (Behavior Evaluation) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อกลับไปปฏิบัติงาน เช่น การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนและหลังการฝึกอบรมว่า เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์หรือไม่ มีการนำความรู้และทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และการที่ผู้เข้ารับการอบรมจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานได้นั้น มีเงื่อนไข 5 ประการคือ (1) ผู้เข้ารับการอบรมต้องปรับปรุงตนเอง (2) ผู้เข้ารับการอบรมต้องรู้จักจุดอ่อนของตนเอง (3) ต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (4) ต้องมีผู้ชำนาญที่น่าสนใจให้ความช่วยเหลือ (5) ต้องมีโอกาสที่จะทำตามความคิดที่เกิดขึ้นใหม่

4. การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดต่อองค์กร (result) หรือผลกระทบที่เกิดต่อองค์กรเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรม เช่น ลด การเพิ่มกำไรประโยชน์ต่อผู้ร่วมงานหรือผู้เกี่ยวข้อง หน่วยงาน หรือองค์กร เป็นต้น Kirkpatrick ได้นำเสนอความสัมพันธ์ของสิ่งที่ประเมินเป็นแผนภูมิดังนี้



ภาพที่ 2.7 รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick

ที่มา: New York (1998, pp. 19-66)

3. รูปแบบการประเมินของ Stufflebeam (1971, pp. 41) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบประเมิน เรียกว่า รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่สำคัญคือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการ เพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์การประเมิน คือ การให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ คำว่า CIPP เป็นคำย่อมาจากคำว่า Context Input Process และ Product Stufflebeam ได้ให้ความหมายว่า การประเมินเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ข่าวสาร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม มีลักษณะแบ่งแยกบทบาทของการทำงานระหว่างฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างเด่นชัด กล่าวคือ ฝ่ายประเมินมีหน้าที่ ระบุ จัดหา และนำเสนอสารสนเทศให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหา และนำผลการประเมินที่ได้ใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องตามควรแก่กรณี รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้านคือ ประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) ประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และประเมินผลผลิต (Product Evaluation) แนวทางการประเมินในด้านต่าง ๆ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (วิชัย วงษ์ใหญ่, หน้า 150 - 153)

1. การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation: C) จะช่วยให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนในการกำหนดวัตถุประสงค์ โดยเน้นในด้านความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ความต้องการและความจำเป็น กระแสทิศทางของสังคมและการเมือง สภาพเศรษฐกิจและปัญหาของชุมชน ตลอดจนนโยบายของหน่วยงานระดับบนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยวินิจฉัยปัญหาเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ การบรรยายและการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ยังช่วยให้ทราบถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญสำหรับการบรรลุเป้าหมาย ทำให้ได้มาซึ่ง

การเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ โดยอาศัยการวินิจฉัยและการจัดเรียงลำดับปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการ

2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation: I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน เป็นต้น

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการประเมินระหว่างการทำโครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไขปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น หรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ซึ่งไม่สามารถศึกษาได้ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการ การประเมินกระบวนการมีบทบาทสำคัญในเรื่องการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะเพื่อตรวจสอบการดำเนินโครงการโดยทั่วไปการประเมินกระบวนการมีจุดมุ่งหมาย คือ

3.1 เพื่อการหาข้อบกพร่องของโครงการ ในระหว่างที่มีการปฏิบัติการ หรือการดำเนินการตามแผนนั้น

3.2 เพื่อหาข้อมูลต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินการโครงการ

3.3 เพื่อการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินงานของโครงการ

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือความต้องการ/เป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ และการประเมินผลเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินสถานะแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้น

การประเมินแบบ CIPP เป็นการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบ ผู้ประเมินต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กำหนดประเด็นตัวแปรหรือตัวชี้วัด กำหนดแหล่งข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล กำหนดเครื่องมือการประเมิน วิธีการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล กำหนดแนวทางวิเคราะห์ข้อมูล และเกณฑ์ประเมินที่ชัดเจน การประเมินผลโครงการโดยละเอียดสามารถจำแนกได้ว่าการประเมินผลโครงการ มี 4 ระยะดังต่อไปนี้

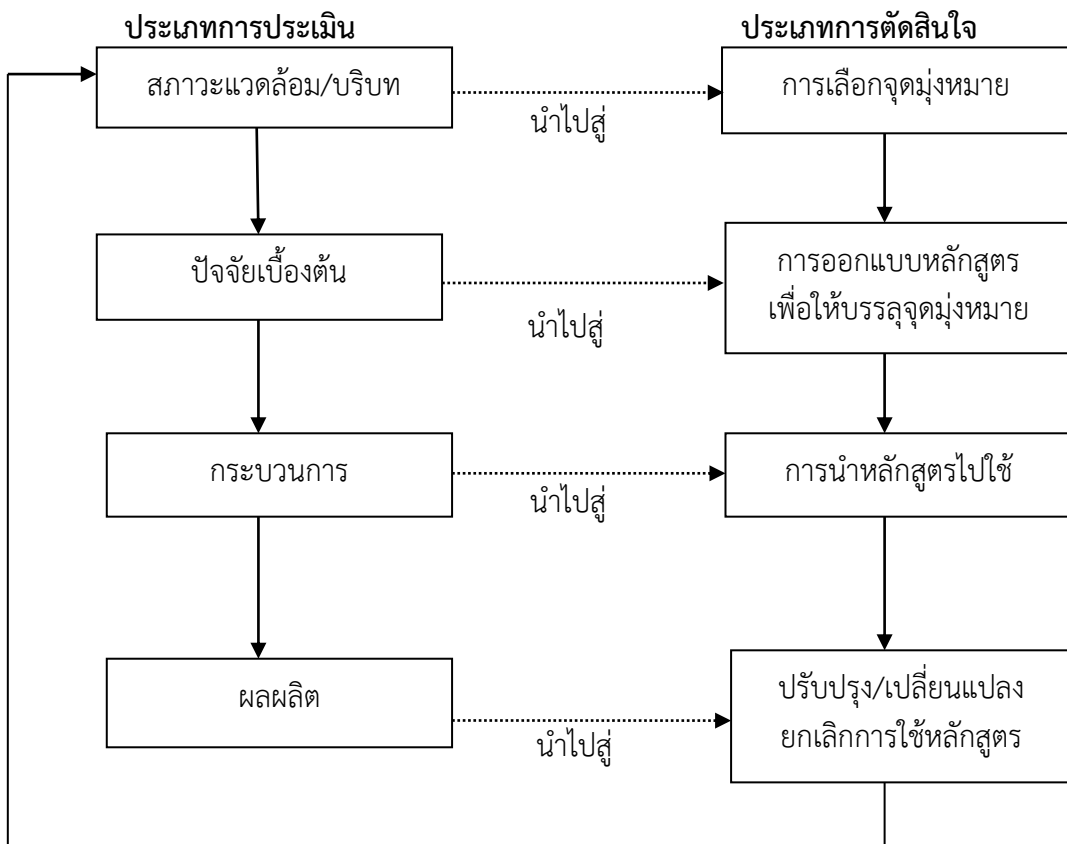
1. การประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงาน (Pre - evaluation) เป็นการประเมินความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการกำหนดให้มีโครงการหรือแผนงานนั้น ๆ หรือไม่บางครั้ง เรียกการประเมินผลประเภทนี้ว่า การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility Study) หรือ การประเมินความต้องการจำเป็น (Need Assessment)

2. การประเมินผลโครงการขณะดำเนินโครงการ (On-going Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน (Monitoring) และการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ

3. การประเมินผลโครงการเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน (Post-evaluation) เป็นการประเมินว่า ผลของการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่วางไว้หรือไม่

4. การประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการ (Impact Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการ ภายหลังจากการสิ้นสุดการดำเนินโครงการหรือแผนงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

สรุปความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการประเมินกับการตัดสินใจของการประเมินแบบ CIPP ทั้ง 4 ประการดังภาพ



ภาพที่ 2.8 รูปแบบการประเมินและการตัดสินใจของ Stufflebeam

ที่มา: วิชัย วงษ์ใหญ่ (2554, หน้า 152)

ลักษณะของการประเมินตามแผนภาพข้างต้น จะเห็นได้ชัดเจนว่าการประเมิน CIPP Mode เน้นการตัดสินใจควบคู่ไปกับกิจกรรมการประเมินในทุกขั้นตอน สำหรับขั้นตอนของการประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) และการประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจก่อนนำโครงการไปปฏิบัติ การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจในขณะที่กำลังดำเนินการโครงการ

ส่วนการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

3.4 รูปแบบการฝึกอบรม

การฝึกอบรมบุคลากรเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรในองค์กรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความอยู่รอดและความสำเร็จขององค์กรเพราะความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรนั้น ขึ้นอยู่กับ “คน” หรือบุคลากร ดังนั้นการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงการพัฒนาคน เพราะคนในองค์กรสามารถพัฒนาได้ด้วยการฝึกอบรม และเป็นผู้ดำเนินการและผลักดันให้แผนปฏิบัติการทั้งหลายเป็นจริง องค์กรใดมีบุคลากรซึ่งพร้อมไปด้วยความรู้ ทักษะและความสามารถที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานช่วยให้การดำเนินงานภายในเป็นไปอย่างค่อนข้างราบรื่น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคลากรขององค์กรขาดความพร้อมในการปฏิบัติงานอาจทำให้องค์กรนั้นประสบกับปัญหาและอุปสรรคได้ ดังนั้นการฝึกอบรมบุคลากรจึงมีบทบาทสำคัญประการหนึ่ง ในการเพิ่มพูน ปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะและความสามารถของบุคลากรเพื่อให้สามารถตอบสนองเป้าหมายและนโยบายการดำเนินงานขององค์กรได้

ความหมายของการฝึกอบรม

จกกลนี ชูติมาเทวินทร์ (2544, หน้า 1) กล่าวว่า การฝึกอบรม หมายถึงการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเป็นการเพิ่มความสามารถในการทำงานของคน ทั้งในเรื่องของความรู้ ทักษะ ทศนคติความชำนาญในการปฏิบัติงาน รวมทั้งความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่บุคคลพึงมีต่อหน่วยงานและสิ่งอื่น ๆ ที่แวดล้อมเกี่ยวข้องกับตัวผู้ปฏิบัติงาน

เพ็ญจันทร์ สังข์แก้ว (2544, หน้า 8) กล่าวว่า การฝึกอบรม หมายถึงยุทธวิธีหรือเครื่องมือที่องค์กรนำมาใช้พัฒนาบุคลากรให้ปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด โดยจัดกิจกรรมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะและเจตคติอย่างเป็นระบบ

สมคิด บางโม (2549, หน้า 14) กล่าวว่า การฝึกอบรม หมายถึงกระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเฉพาะด้านของบุคคลโดยมุ่งเพิ่มพูนความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และทัศนคติ (attitude) อันจะนำไปสู่การยกมาตรฐานการทำงานให้สูงขึ้น ทำให้บุคคลมีความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และองค์การบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

สรุปได้ว่า การฝึกอบรม หมายถึงกระบวนการที่ถูกจัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยใ้บุคลากรเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำงานโดยมุ่งเพิ่มพูนความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และทัศนคติ (attitude) อันจะนำไปสู่การยกมาตรฐานการทำงานให้สูงขึ้น ทำให้บุคคลมีความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และองค์การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ความสำคัญและความจำเป็นของการฝึกอบรม

เพ็ญจันทร์ สังข์แก้ว (2544, หน้า 18) สรุปเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องมีการอบรม ได้ดังต่อไปนี้

1. บุคลากรใหม่ที่เข้ามาทำงาน โดยได้รับการศึกษามาจากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ มักได้รับความรู้มาในระดับพื้นฐานในวงกว้างยังไม่ลึกพอที่จะทำงานในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพได้ จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมทั้งในรูปของการปฐมนิเทศ และด้านการปฏิบัติงาน

2. ความเจริญทางด้านวิทยาการและเทคโนโลยีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเครื่องจักรเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ จำเป็นต้องฝึกอบรมเจ้าหน้าที่พนักงานให้สามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ

3. องค์กรอยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ผู้บริโภคต้องการบริการหรือสินค้าแปลกใหม่ที่มีคุณภาพและมีทางเลือกมากขึ้น จำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรให้ทันเหตุการณ์อยู่เสมอเพื่อตอบสนองและสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า หรือผู้รับบริการเพื่อความอยู่รอดขององค์กร

4. ธรรมชาติขององค์กรจะต้องมีการเติบโตขยายกิจการ มีการเลื่อนตำแหน่ง มีการย้ายและลาออกของบุคลากรจึงมีความจำเป็นต้องสร้างและพัฒนาคนให้มีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ใหม่

5. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเช่นเดิมมาเป็นเวลานาน ๆ มักเกิดความเฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นทำงานไม่เต็มความสามารถ หากได้รับการฝึกอบรมเป็นครั้งคราวจะทำให้มีพลังกระฉับกระเฉงขึ้นสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกัน

6. ศาสตร์และศิลป์ทางการบริหารการจัดการ มีการพัฒนาให้ก้าวหน้าอยู่เสมอ ถ้ามีการฝึกอบรมเพื่อนำเทคนิควิธีการใหม่ ๆ มาใช้ก็จะเกิดผลดีต่อองค์กร

สุภาพร พิศาลบุตร (2547, หน้า 17-18) กล่าวถึงความจำเป็นในการฝึกอบรม พิจารณาได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1. ความจำเป็นภายในองค์กร สามารถแบ่งออกได้ดังนี้คือ

1.1 การเตรียมบุคลากรให้เหมาะสมกับงานและองค์กร

1.2 การวางแผนอาชีพในองค์กรที่มีการทำงานอย่างเป็นระบบ และคำนึงถึงความก้าวหน้าของบุคลากรในองค์กร

1.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรหรือหน่วยงานมีความยุ่งยากซับซ้อน

1.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการทางด้านต่าง ๆ

1.5 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการเมือง

2. ความจำเป็นจากภายนอกองค์กร มูลเหตุสำคัญทำให้มีการฝึกอบรม คือสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรได้แก่ ระบบเศรษฐกิจ ระบบสังคม ระบบการเมือง ดังนั้นเพื่อความอยู่รอดขององค์กร จำเป็นต้องปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อมต่างๆเหล่านั้น เพื่อบุคลากรจะได้มีทิศทางที่ถูกต้องเกี่ยวกับนโยบายขององค์กรและเป็นการเตรียมการเกี่ยวกับบุคลากร เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่สังคมโลกได้เปลี่ยนแปลงไปจากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าองค์กรต่าง ๆ จำเป็นต้องจัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้าง

กำลังใจแก่คนปฏิบัติ งานสามารถป้องกันปัญหา ลดภาวะการเสี่ยง ประหยัดเวลาและแรงงาน รวมถึง การเสริมสร้างความรู้และประสบการณ์ที่จะช่วยให้ก้าวหน้าไปในอนาคต ช่วยให้เกิดการพัฒนาตนเอง ลงไปสู่การพัฒนางานและหน่วยงานตามต้องการ

สมคิด บางโม (2549, หน้า 15) กล่าวว่าองค์การต่าง ๆ จำเป็นต้องจัดให้มีการฝึกอบรม เพราะสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้

1. เพื่อความอยู่รอดขององค์การเอง เพราะปัจจุบันมีสภาพการแข่งขันระหว่างองค์การ รุนแรงมากการฝึกอบรมช่วยให้องค์การเข้มแข็งและช่วยให้พนักงานมีประสิทธิภาพในการทำงาน ยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้องค์การเจริญเติบโต มีการขยายการผลิต การขายและการขยายงานด้านต่าง ๆ ออกไป จำเป็นต้องสร้างบุคคลที่มีความสามารถเพื่อที่จะรองรับงานเหล่านั้น
3. เมื่อรับพนักงานใหม่จำเป็นต้องให้เขารู้จักองค์การเป็นอย่างดีในทุก ๆ ด้าน และต้อง ฝึกอบรมให้รู้วิธีทำงานขององค์การแม้จะมีประสบการณ์มาจากที่อื่นแล้วก็ตาม เพราะสภาพ การทำงานในแต่ละองค์การย่อมแตกต่างกัน
4. ปัจจุบันเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้าไปรวดเร็วมากจึงจำเป็นต้องฝึกอบรมพนักงานให้มีความรู้ทันสมัยเสมอถ้าพนักงานมีความคิดล้าหลังองค์การก็จะล้าหลังตามไปด้วย
5. เมื่อพนักงานเขามาทำงานเป็นเวลานานจะทำให้เฉื่อยชาเบื่อหน่ายไม่กระตือรือร้น การฝึกอบรมและช่วยกระตุ้นให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
6. เพื่อเตรียมพนักงานสำหรับรับตำแหน่งใหม่ที่สูงขึ้น โยกย้ายงาน หรือแทนคนลาออกไป

วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม

สุภาพร พิศาลบุตร (2547, หน้า 16 - 17) ได้แบ่งวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับงาน (Technical Know-how) เมื่องานเปลี่ยนแปลงไป กฎ ระเบียบ นโยบายวิธีการปฏิบัติหรือเทคโนโลยีได้เข้ามาพัฒนางานจนทำให้พนักงานไม่สามารถ ตามทันสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้องค์การต่าง ๆ อาจจัดให้มีการทบทวนเพิ่มเติมหรือฝึกอบรมให้พนักงาน เหล่านั้นใหม่มีความรู้ความสามารถ ความเข้าใจเกี่ยวกับ กฎ ระเบียบ หรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ นำมาใช้ใน องค์การ
2. การพัฒนาทักษะหรือประสบการณ์ (Skill of Experiences) พนักงานในแต่ละตำแหน่ง จะมีทักษะไม่เหมือนกัน เช่น พนักงานระดับต้นอาจต้องการทักษะเทคนิค หรือวิธีปฏิบัติงานโดยตรง ผู้บริหารระดับสูงต้องการทักษะเกี่ยวกับการบริหารการจัดการแก้ไขปัญหา เป็นต้น ทั้งนี้จะรวม ไปถึงผู้ที่มีประสบการณ์ คือการให้โอกาสพนักงานฝึกปฏิบัติทั้งในของจริงและแบบฝึกหัด หรืออาจให้ พนักงานมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลในหน่วยงานอื่น
3. การพัฒนาเจตคติ (Attitude) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าเจตคติของคนมีบทบาทในการ ทำงานเป็นอย่างมาก ถ้าพนักงานเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือเข้าใจสภาพแวดล้อมการ ทำงาน ผลงานก็จะออกมาดี แต่ถ้าพวกเขาไม่เข้าใจ ผิดหวัง หรือท้อแท้ใจก็จะทำให้ไม่ยอมทำงาน และผลงานที่ออกมาจะไม่ดี ดังนั้นการพัฒนาเจตคติจึงเป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าเขาจะรู้งานดีอย่างไร

ก็ตาม มีประสบการณ์สูงเพียงใดก็ตาม ถ้าเจตคติของเขามีเจตคติไม่ถูกต้อง ผลงานของเขาก็จะออกมาไม่ดีเท่าที่ควร

สมคิด บางโม (2549, หน้า 14 - 15) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมจำแนกได้ 4 ประการเรียกย่อ ๆ ว่า KUSA ดังนี้

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ (Knowledge) ให้มีความรู้ หลักการ ทฤษฎีแนวคิดในเรื่องที่อบรม เพื่อนำไปใช้ในการทำงาน
2. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ (Understand) เป็นลักษณะที่ต่อเนื่องจากความรู้ กล่าวคือ เมื่อรู้ในหลักการและทฤษฎีแล้วสามารถตีความ แปลความ ขยายความ และอธิบายให้คนอื่นทราบได้รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ได้
3. เพื่อเพิ่มพูนทักษะ (Skill) ทักษะ คือ ความชำนาญหรือความคล่องแคล่วในการปฏิบัติ อย่างใดอย่างหนึ่งโดยอัตโนมัติ
4. เพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติ (Attitude) เจตคติหรือทัศนคติคือความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ต่อสิ่งต่าง ๆ การฝึกอบรมมุ่งให้เกิดหรือเพิ่มความรู้สึกที่ดี ๆ ต่อองค์กร ต่อผู้บังคับบัญชา ต่อเพื่อนร่วมงานและต่องานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

ประเภทของการฝึกอบรม

การฝึกอบรมที่หน่วยงานต่าง ๆ จัดขึ้น จะมีลักษณะแตกต่างกันมาก ทั้งในด้านเนื้อหา หลักสูตรและวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ดังนั้น ประเภทของการฝึกอบรมจึงแบ่งได้แตกต่างกันอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่ง มีดังนี้

ซูชัย สมิทธิไกร (2544, หน้า 7 - 10) กล่าวว่า การฝึกอบรมบุคลากรมีอยู่ด้วยกันหลายประเภทและสามารถจำแนกตามเกณฑ์ต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. แหล่งของการฝึกอบรม เกณฑ์ประเภทนี้แบ่งถึงแหล่งของผู้รับผิดชอบการฝึกอบรม ซึ่งแบ่งได้เป็นสองลักษณะ คือ

- 1.1 การฝึกอบรมภายในองค์การ (In-house training) การฝึกอบรมแบบนี้เป็นสิ่งที่ยังคงการจัดขึ้นเองภายในสถานที่ทำงาน โดยหน่วยฝึกอบรมขององค์การจะเป็นผู้ออกแบบและพัฒนา หลักสูตรกำหนดตารางเวลา และเชิญผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกองค์การมาเป็นวิทยากร

- 1.2 การซื้อการฝึกอบรมจากภายนอกการฝึกอบรม ประเภทนี้มีได้เป็นสิ่งที่องค์การ จัดขึ้นเอง แต่เป็นการจ้างองค์การฝึกอบรมภายนอกให้เป็นผู้จัดการฝึกอบรมแทน หรืออาจจะเป็นผู้ส่งพนักงานเข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งจัดขึ้นโดยองค์การภายนอก การซื้อการฝึกอบรมจากภายนอก มักจะเป็นที่นิยมขององค์การที่มีขนาดเล็ก มีพนักงานไม่มากและไม่มีหน่วยฝึกอบรมเป็นของตนเอง

2. การจัดประสบการณ์การฝึกอบรม เกณฑ์นี้บอกว่าการฝึกอบรมได้รับการจัดขึ้นในขณะที่ผู้รับการอบรมกำลังปฏิบัติงานอยู่หรือหยุดพักการปฏิบัติงานไว้ชั่วคราวเพื่อรับการอบรมในห้องเรียน

- 2.1 การฝึกอบรมในงาน (On-the-job training) การฝึกอบรมประเภทนี้จะกระทำโดยการให้ผู้รับการอบรมลงมือปฏิบัติงานจริง ๆ ในสถานที่ทำงานจริง ภายใต้การดูแลเอาใจใส่ของพนักงานที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยงโดยการแสดงวิธีการปฏิบัติงานพร้อมทั้งอธิบายประกอบ จากนั้นจึงให้ผู้รับการอบรม พี่เลี้ยงคอยดูแลให้คำแนะนำและช่วยเหลือหากมีปัญหาเกิดขึ้น

2.2 การฝึกอบรมนอกงาน (off-the-job training) ผู้รับการฝึกอบรมประเภทนี้จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ในสถานที่ฝึกอบรมโดยเฉพาะและต้องหยุดพักการปฏิบัติงานภายในองค์การชั่วคราว จนกว่าการฝึกอบรมจะเสร็จสิ้น

3. ทักษะที่ต้องฝึก หมายถึง สิ่งที่การฝึกอบรมต้องการเพิ่มพูนหรือสร้างขึ้นในตัวผู้รับการอบรม

3.1 การฝึกอบรมทักษะด้านเทคนิค (Technical skills training) คือ การฝึกอบรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านเทคนิค

3.2 การฝึกอบรมทักษะด้านการจัดการ (Managerial skills training) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการจัดการและบริหารงานโดยส่วนใหญ่ ผู้รับการอบรมมักจะมีตำแหน่งเป็นผู้จัดการ หรือหัวหน้างานขององค์การ

3.3 การฝึกอบรมทักษะด้านการติดต่อสัมพันธ์ (Interpersonal skills training) การฝึกอบรมประเภทนี้มุ่งเน้นให้ผู้รับการฝึกอบรมมีการพัฒนาทักษะในด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่นรวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน

4. ระดับชั้นของพนักงานที่เข้ารับการฝึกอบรม หมายถึงระดับความรับผิดชอบในงานของผู้เข้ารับการอบรม

4.1 การฝึกอบรมระดับพนักงานปฏิบัติการ (Employee training) คือ การฝึกอบรมที่จัดให้แก่พนักงานระดับปฏิบัติการโดยมักจะเป็นการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะและขั้นตอนของการปฏิบัติงาน

4.2 การฝึกอบรมระดับหัวหน้างาน (Supervisory training) คือ การฝึกอบรมที่มุ่งเน้นกลุ่มพนักงานที่ดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารระดับต้นขององค์การ การฝึกอบรมประเภทนี้มักจะมีหลักสูตรที่ให้ความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารงาน

4.3 การฝึกอบรมระดับผู้จัดการ (Managerial training) กลุ่มเป้าหมายของการฝึกอบรมประเภทนี้คือ กลุ่มพนักงานระดับผู้จัดการฝ่ายหรือ ผู้จัดการระดับกลางขององค์การ เนื้อหาของการฝึกอบรมแบบนี้จะมุ่งเน้นให้ผู้รับการฝึกอบรม มีความรู้ความเข้าใจในหลักการจัดการและบริหารงานลึกซึ้งมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้สามารถบริหารงานและจัดการคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4 การฝึกอบรมระดับผู้บริหารระดับสูง (Executive training) การฝึกอบรมประเภทนี้มุ่งเน้นให้ผู้รับการอบรมซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงขององค์การ เช่น ผู้อำนวยการฝ่ายกรรมการบริหาร ประธาน และรองประธาน มีความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการบริหารองค์การ เช่น การวางแผนและการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์หรือการพัฒนาองค์การ

จังกุลณี ชูติมาเทวินทร์ (2544, หน้า 10 - 11) ได้แบ่งประเภทของการฝึกอบรมออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. การฝึกอบรมก่อนประจำการ (Pre-entry Training) เป็นการฝึกอบรมให้กับผู้เข้างานใหม่หรือเพิ่งเริ่มโครงการใหม่ ๆ โดยทั่วไปผู้เข้าอบรมมักจะอยู่ในระยะทดลองงาน ซึ่งเนื้อหาของการอบรมจะเน้นในเรื่องของภารกิจแรกเริ่ม และภารกิจทั่วไปขององค์กร เนื้อหาโดยทั่วไปจะมีลักษณะผสมผสานคือ มีทั้งการฝึกอบรมในหองและการฝึกอบรมภาคสนาม ปกติมีช่วงเวลาที่ไม่นานนัก ตั้งแต่ 2 - 3 วันหรือบางกรณีอาจใช้เวลาเป็นเดือน

2. การฝึกอบรมระหว่างประจำการ (In-Service Training) เป็นการอบรมในช่วงที่เข้าไปทำงานแล้วหรือผ่านระยะทดลองงานแล้ว การฝึกอบรมจะจัดให้เป็นระยะ ๆ ให้กับระดับบุคลากรที่แตกต่างกัน มีทั้งในเรื่องของการบริหารทั่วไป การอบรมการจัดการอบรมเฉพาะหน้าที่คล้าย ๆ กับ On The Job Training ซึ่งระยะเวลายืดหยุ่นได้ตามต้องการ ส่วนใหญ่จะใช้เวลาไม่นานนักประมาณ 1-3 สัปดาห์

3. การฝึกอบรมในโครงการ (Project-Related Training) เป็นการอบรมที่จัดให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโครงการเป็นการอบรมเฉพาะเรื่อง หรือเฉพาะประเภทบุคลากรมีทั้งการอบรมทางด้านเทคนิค และการอบรมในเชิงการจัดการจัดอบรมโดยผู้ใหญ่ ปกติระยะสั้น คือ 1 - 3 เดือน หรือขึ้นอยู่กับความจำเป็นของโครงการ

4. การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาตนเอง (Self-Development Training) กรณีบุคคลที่ทำงานมานานและความรู้เริ่มตื้นตัน ไม่ทันกับข้อมูลหรือวิทยาการสมัยใหม่ก็จะเริ่มคิดถึงการพัฒนาตนเอง อาจจะเป็นการอบรม เพื่อฟื้นความรู้ใหม่ โดยหน่วยงานต้นสังกัดจะให้การอนุมัติและสนับสนุนด้านการเงินซึ่งส่วนใหญ่เป็นการออกไปอบรมนอกสถานที่ บางคนอาจลาไปศึกษาต่อ ซึ่งการศึกษาต่อคือการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ

เพ็ญจันทร์ สังข์แก้ว (2544, หน้า 15) เสนอเกณฑ์ในการแบ่งประเภทของการฝึกอบรมโดยยึดช่วงระยะเวลาการเข้าทำงานเป็นเกณฑ์แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. การฝึกอบรมก่อนการทำงาน (Pre-Service Training) หมายถึงการฝึกอบรมก่อนที่จะบรรจุหรือแต่งตั้งให้ทำงานในตำแหน่งหน้าที่ใด ๆ ซึ่งอาจเป็นการเขาทำงานใหม่หรือทำงานอยู่แล้วแต่เลื่อนตำแหน่งใหม่ที่สูงขึ้น หรืออาจเปลี่ยนหน้าที่ใหม่ในหน่วยงานเดิม ทั้งนี้เป็นการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถสำหรับเตรียมตัวล่วงหน้าในการทำงานในตำแหน่งหน้าที่ใหม่ที่คาดว่า จะเข้าไปทำในอนาคตอันใกล้

2. การฝึกอบรมเมื่อเข้ามาทำงาน (In-Service Training) หมายถึง การฝึกอบรมหลังจากที่บุคคลนั้น ๆ ได้เข้าทำงานในตำแหน่ง หรือหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งแล้วซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะคือ

2.1 การปฐมนิเทศ (Orientation) เป็นการแนะนำชี้แจงแก่บุคลากรเข้ามาทำงานใหม่เพื่อใหทราบเกี่ยวกับนโยบายของหน่วยงาน ประวัติ ความเป็นมาโครงสร้าง บุคคลสำคัญหน้าที่ความรับผิดชอบ สิทธิ สวัสดิการ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นในการทำงาน มีความรู้สึกที่ดีต่อหน่วยงาน เกิดความอบอุ่น มีขวัญกำลังใจในการทำงาน สามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาอันสั้น โดยปกติการปฐมนิเทศจะใช้เวลา 1-3 วัน

2.2 การฝึกอบรมในขณะที่ทำงาน (On the job Training) เป็นการฝึกอบรมที่ไม่เป็นทางการเน้นการปฏิบัติจริงในงานที่ต้องรับผิดชอบ ไม่มีวิทยากรอาศัยผู้บังคับบัญชา หัวหน้างานหรือผู้ร่วมงานที่มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้คอยสอน อาจฝึกอบรมเพียงคนเดียวหรือฝึกอบรมเป็นรายกลุ่มก็ได้

2.3 การฝึกอบรมนอกเวลาทำงาน (Off the job Training) เป็นการฝึกอบรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นทางการโดยหน่วยงาน หรือสถาบันที่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการโดยเฉพาะผู้เข้าอบรมจะต้องหยุดพักการทำงานเป็นการชั่วคราว เพื่อไปเขารับการฝึกอบรมตามระยะเวลาที่กำหนด และต้องนำทักษะความรู้จากการอบรมมาประยุกต์ใช้ในงาน

3. การฝึกอบรมเมื่อพ้นการทำงาน (Retirement Training) เป็นการฝึกอบรมแก่บุคลากรที่พ้นจากการปฏิบัติงานของหน่วยงานไปแล้วถ้าเป็นข้าราชการคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีหน่วยงาน ที่จัดฝึกอบรมประเภทนี้เป็นหน่วยงานขนาดใหญ่มีบุคลากรที่พ้นจากการทำงานในแต่ละปีจำนวนค่อนข้างมาก หลักสูตร เนื้อหาสาระเป็นเรื่องของการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพทางกาย จิตใจ การพักผ่อน การปรับตัวให้เข้ากับสภาพใหม่ การจัดอบรมประเภทนี้ถือเป็นการตอบแทนบุญคุณที่บุคคลเหล่านี้ได้ทำคุณประโยชน์ให้แก่หน่วยงานมาเป็นเวลานาน

นงนุช วงษ์สุวรรณ (2550, หน้า 190 - 191) ได้แบ่งประเภทของการฝึกอบรมออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การฝึกอบรมขณะทำงาน หมายถึงการจัดการฝึกอบรมขณะที่บุคลากรขององค์การปฏิบัติงานในองค์การซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือแบบไม่เป็นทางการและแบบเป็นทางการ

1.1 แบบไม่เป็นทางการ (Informal) เป็นการให้ความรู้และการปฏิบัติงานการสอบถาม การสังเกตการณ์ทำงาน เป็นต้น ในองค์การขนาดเล็กจะใช้วิธีการฝึกอบรมแบบไม่เป็นทางการมากกว่า องค์การขนาดใหญ่

1.2 แบบเป็นทางการ (Formal) หมายถึงการฝึกอบรมที่มีรูปแบบและการวางแผน ซึ่งรวมไปถึงสิ่งต่อไปนี้ (1) การเปลี่ยนงาน (Job Rotation) เป็นการย้ายพนักงานจากงานหนึ่งไปยังอีกงานหนึ่งเพื่อให้เหมาะสมกับความสามารถและทักษะมากขึ้น (2) การเป็นที่ปรึกษา (Mentoring) พนักงานที่มีความรู้ความสามารถยังไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการฝึกอบรมภายใต้การดูแลของที่ปรึกษา (3) การฝึกหัด (Internship) การฝึกหัดเป็นการเพิ่มเติมความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบ (4) การมอบหมายงานพิเศษ (Special Assignment) จะช่วยเพิ่มเติมความรู้และทักษะ เช่น การมอบหมายให้แก้ไขปัญหาการตัดสินใจและทักษะการสร้างทีมงาน เป็นต้น

2. การฝึกอบรมนอกที่ทำงาน เป็นการฝึกอบรมนอกสถานที่ทำงาน ซึ่งอาจดำเนินการฝึกอบรมโดยทีมงานฝึกอบรมจากภายนอก หรือจากฝ่ายบุคคลขององค์การเองก็ได้

สรุปประเภทของการฝึกอบรมสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ (1) การฝึกอบรมก่อนการทำงาน เป็นการฝึกอบรมให้กับผู้เข้าทำงานใหม่หรือ ทำงานอยู่แล้วแต่เลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้น (2) การอบรมเมื่อเข้ามาทำงานแล้ว มี 2 ลักษณะ คือการฝึกอบรมในขณะทำงาน เป็นการอบรมที่ไม่เป็นทางการ เน้นการปฏิบัติจริงในงานที่รับผิดชอบ และการฝึกอบรมนอกเวลาทำงาน เป็นการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ ดำเนินการฝึกอบรมโดยทีมงานจากภายนอก หรือจากฝ่ายบุคคลขององค์การผู้เข้าอบรมต้องหยุดพักการทำงานชั่วคราวเพื่อไปเข้ารับการฝึกอบรมตามระยะเวลาที่กำหนด

กระบวนการฝึกอบรม

สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน (2532, หน้า 1) กล่าวว่ากระบวนการฝึกอบรมมีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ซึ่งผู้รับผิดชอบจัดโครงการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรแต่ละโครงการควรจะต้องดำเนินการในแต่ละขั้นตอนอย่างครบถ้วน เพื่อให้เป็นการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบมีความสมบูรณ์และเกิดผลสำเร็จตรงตามเป้าหมายให้ความหมายและคำอธิบายย่อๆ สำหรับแต่ละขั้นตอนของกระบวนการฝึกอบรมได้ดังนี้

1. การหาความจำเป็นในการฝึกอบรม หมายถึงการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กรหรือในหน่วยงาน ว่ามีปัญหาเรื่องใดบ้าง ที่สามารถแก้ไขให้หมดไปหรืออาจทำให้ทุเลาลงได้ด้วยการฝึกอบรม โดยรวมไปถึงการพยายามหาข้อมูลด้วยว่า กลุ่มบุคลากรเป้าหมายที่จะต้องเข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มใด ตำแหน่งงานอะไร มีจำนวนมากน้อยเพียงใด ควรจะต้องจัดเป็นโครงการฝึกอบรมให้ หรือเพียงแต่ส่งไปเข้ารับการอบรมภายนอกองค์กรเท่านั้น มีภารกิจใดบ้างที่ควรจะต้องแก้ไขปรับปรุงด้วยการฝึกอบรม พฤติกรรมประเภทใดบ้างที่ควร ต้องเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ทักษะทัศนคติหรือประสบการณ์ครั้งนี้ สภาพการณ์ที่เป็นปัญหาและแสดงถึงความจำเป็นในการฝึกอบรม อาจมีทั้งที่ปรากฏชัดแจ้งและเป็นสภาพการณ์ที่ซับซ้อนจำเป็น ต้องวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาเพื่อค้นหาวิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์หาความจำเป็นในการฝึกอบรมมีหลายหลายวิธี เช่น การสำรวจการสังเกตการณ์ การทดสอบ การประชุม เป็นต้น

2. การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม หมายถึง การนำเอาความจำเป็นในการฝึกอบรมซึ่งมีอยู่ชัดเจนแล้วว่า ปัญหาใดบ้างที่จะสามารถแก้ไขได้ด้วยการฝึกอบรม กลุ่มเป้าหมายเป็นใครและพฤติกรรมเรียนรู้ที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงเป็นด้านใดนั้นมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นหลักสูตรโดยประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม หมวดวิชา หัวข้อวิชา วัตถุประสงค์ของแต่ละหัวข้อวิชา เนื้อหาสาระหรือแนวการอบรม เทคนิคหรือวิธีการอบรม ระยะเวลาการเรียงลำดับหัวข้อวิชาที่ควรจะเป็น ตลอดจนการกำหนดลักษณะของวิทยากรผู้ดำเนินการฝึกอบรม ทั้งนี้เพื่อจะทำให้ผู้เข้าอบรมได้เกิดการเรียนรู้อย่างมีขั้นตอน และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนทำให้สิ่งที่ปัญหาได้รับการแก้ไขลุล่วงไปได้หรืออาจทำให้ผู้เข้ารับการอบรมทำงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและเต็มใจยิ่งขึ้น

3. การกำหนดโครงการฝึกอบรม คือ การวางแผนการดำเนินการฝึกอบรมอย่างเป็นขั้นตอนด้วยการเขียนออกมาเป็นสายลักษณะอักษร ดังที่เรียกว่า “โครงการฝึกอบรม” เป็นการระบุรายละเอียดที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ตั้งแต่เหตุผลความเป็นมาหรือความจำเป็นในการฝึกอบรม หลักสูตร หัวข้อวิชาต่าง ๆ วิทยากร คุณสมบัติของผู้ที่จะเข้ารับการอบรม วันเวลา สถานที่อบรม ประมาณการค่าใช้จ่าย ตลอดจนรายละเอียดด้านการบริหารและธุรการต่าง ๆ ของการฝึกอบรม เนื่องจากการฝึกอบรม เป็นกิจกรรมที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย นับตั้งแต่ผู้ที่เข้ารับการฝึกอบรม ผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เข้ารับการฝึกอบรม วิทยากรและที่สำคัญคือ ผู้บริหารมีอำนาจอนุมัติโครงการและค่าใช้จ่ายจำเป็นจะต้องเข้าใจถึงรายละเอียดต่าง ๆ ของการฝึกอบรม โดยใช้โครงการฝึกอบรมที่เขียนขึ้นเป็นสื่อตนเอง

4. การบริหารโครงการฝึกอบรม ขั้นตอนนี้คือการบริหารงานฝึกอบรมบางเล่มระบุเป็นขั้นของ “การดำเนินการฝึกอบรม” แท้จริงการดำเนินการฝึกอบรมเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการบริหารโครงการฝึกอบรม เพราะการดำเนินการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพ และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ นอกจากได้วิทยากรที่มีความรู้ความสามารถและหลักสูตรฝึกอบรมที่เหมาะสม ต้องได้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดการฝึกอบรม เขาใจหลักการบริหารงานฝึกอบรม สามารถวางแผนและดำเนินงานธุรการ ทั้งก่อน ระหว่างและหลังการอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดขั้นตอนนี้เป็นการบริหารโครงการฝึกอบรมเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้จัดโครงการฝึกอบรมควรทราบทั้งหมด

กระบวนการฝึกอบรม หมายถึงกระบวนการหรือขั้นตอนการปฏิบัติทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม เกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ทักษะ หรือความชำนาญตลอดจน ประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด Leonard Nadler ได้สร้างระบบหรือกระบวนการฝึกอบรม 9 ขั้นตอน เรียกว่า “The Critical Events Model” ดังนี้ (สุภาพร พิศาลบุตร. 2547, หน้า 76 - 77)

1. กำหนดความจำเป็นในการฝึกอบรม
2. กำหนดงานเฉพาะที่ต้องปฏิบัติ
3. กำหนดคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม
4. ตั้งจุดประสงค์ในการฝึกอบรม
5. สร้างหลักสูตรฝึกอบรม
6. เลือกเทคนิคการฝึกอบรม
7. เลือกอุปกรณ์ฝึกอบรม
8. ดำเนินการฝึกอบรม
9. ประเมินผลและติดตามผล

สรุปได้ว่า กระบวนการฝึกอบรมดำเนินการเพื่อพัฒนาบุคลากรโดยมีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนอย่างครบถ้วน เพื่อให้เป็นการฝึกอบรมที่เป็นระบบมีความสมบูรณ์และเกิดผลสำเร็จตามเป้าหมาย

3.5 รูปแบบการเรียนการสอน

รูปแบบการเรียนการสอนหมายถึง สภาพหรือลักษณะของการจัดการเรียนการสอนที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบระเบียบตามหลักปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิด หรือความเชื่อต่าง ๆ โดยมีการจัดกระบวนการหรือขั้นตอนในการเรียนการสอนโดยอาศัยวิธีสอนและเทคนิคการสอนต่าง ๆ เข้าช่วยทำให้สภาพที่เรียนนั้นเป็นไปตามหลักการที่ยึดถือ จากการสังเกตและวิเคราะห์ผลงานของนักการศึกษา ผู้ค้นคิดระบบและรูปแบบการจัดการเรียนการสอนต่าง ๆ พบว่า นักศึกษานิยมใช้คำว่า “ระบบ” กับความหมายเป็นระบบใหญ่ ๆ เช่นระบบการศึกษาหรือถ้าเป็นระบบการเรียนการสอนจะครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ๆ ของการเรียนการสอนในภาพรวม และนิยมใช้คำว่า “รูปแบบ” กับระบบที่ย่อยกว่า โดยเฉพาะกับ “วิธีสอน” ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยที่สำคัญของระบบการเรียนการสอน ดังนั้นการนำวิธีสอนใด ๆ มาจัดทำอย่างเป็นระบบตามหลักและวิธีการจัดระบบ วิธีสอนจะกลายเป็น “ระบบวิธีสอน” หรือที่นิยมเรียกว่า “รูปแบบการเรียนการสอน” ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนที่เป็นสากลมีผู้นิยมนำไปใช้ในการเรียนการสอนโดยทั่วไป เพื่อความสะดวกในการศึกษาและการนำไปใช้ จึงได้จัดหมวดหมู่ของรูปแบบตามวัตถุประสงค์เฉพาะหรือเจตนารมณ์ของรูปแบบจัดกลุ่มได้เป็น 5 หมวดดังนี้ (ทิศนา แคมมณี, 2551, หน้า 5 - 9)

1. รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) รูปแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาสาระต่าง ๆ เนื้อหาสาระอาจอยู่ในรูปข้อมูลข้อเท็จจริง มโนทัศน์ หรือความคิดรวบยอด รูปแบบที่เสนอมี 5 รูปแบบ เป็นรูปแบบการเรียนการสอนมโนทัศน์ รูปแบบการเรียนการสอนตาม

แนวคิดของกานิเย รูปแบบการเรียนการสอนโดยการนำเสนอโมโนทัศน์กว้างล่วงหน้า รูปแบบการเรียนการสอนเน้นความจำ และรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผังกราฟิก

2. รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านจิตพิสัย (Affective Domain) รูปแบบการเรียนการสอนในหมวดนี้เป็นรูปแบบที่มุ่งช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม คุณธรรม และจริยธรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากแก่การพัฒนาหรือปลูกฝัง การจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการสอนที่เพียงให้เกิดความรู้ความเข้าใจ มักไม่เพียงพอต่อการให้ผู้เรียนเกิดเจตคติที่ดีได้ จำเป็นต้องอาศัยหลักการและวิธีการอื่น ๆ เพิ่มเติม

3. รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาด้านทักษะพิสัย (Psycho-Motor Domain) รูปแบบการเรียนการสอนในหมวดนี้เป็นรูปแบบที่มุ่งช่วยพัฒนาความสามารถของผู้เรียนในด้านการปฏิบัติ การกระทำ หรือการแสดงออกต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลักการ วิธีการ ที่แตกต่างไปจากการพัฒนาทางด้านจิตพิสัยหรือพุทธิพิสัย รูปแบบที่สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนามี 3 รูปแบบคือ รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการพัฒนาทักษะปฏิบัติซิมป์สัน (Simpson) รูปแบบการเรียนการสอนทักษะปฏิบัติของแฮร์โรว์ (Harrow) รูปแบบการเรียนการสอนทักษะปฏิบัติของเดวิส (Davies)

4. รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาทักษะกระบวนการ (Process Skill) ทักษะกระบวนการ เป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับวิธีดำเนินการต่าง ๆ อาจเป็นกระบวนการทางสติปัญญา เช่น กระบวนการสืบสอบแสวงหาความรู้ หรือกระบวนการคิดต่าง ๆ เช่น การคิดวิเคราะห์ การอุปนัย การนิรนัย การใช้เหตุผล การสืบสอบ การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ หรือเป็นกระบวนการทางสังคม เช่น กระบวนการทำงานร่วมกัน เป็นต้น ปัจจุบันการศึกษาให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาก เพราะเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำรงชีวิต รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาผู้เรียนด้านทักษะกระบวนการ 4 รูปแบบคือ รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการสืบสอบและแสวงหาความรู้เป็นกลุ่ม รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิดอุปนัย รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิดสร้างสรรค์ รูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิดแก้ปัญหาอนาคต

5. รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการบูรณาการ (Integration) รูปแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบที่พยายามพัฒนาการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ของผู้เรียนไปพร้อม ๆ กัน โดยใช้การบูรณาการทั้งทางด้านเนื้อหาสาระและวิธีการ รูปแบบในลักษณะนี้กำลังได้รับความนิยมอย่างมาก เพราะมีความสอดคล้องกับหลักทฤษฎีทางการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนารอบด้าน หรือการพัฒนาเป็นองค์รวม รูปแบบลักษณะดังกล่าวมี 4 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ รูปแบบการเรียนการสอนทางตรง รูปแบบการเรียนการสอนโดยการสร้างเรื่อง รูปแบบการเรียนการสอนตามวัฏจักรการเรียนรู้ 4 MAT และรูปแบบการเรียนการสอนของการเรียนรู้แบบร่วมมือมี 8 รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับ อรรถีย์ มูลคำ, สุวิทย์ มูลคำ, นุกูล คชฤทธิ์ และ นพดล เจนอักษร (2542 หน้า 34-35) (1) การเรียนรู้ที่ดีควรมีลักษณะบูรณาการ หรือเป็นสหวิทยาการคือเป็นการเรียนรู้ที่ผสมผสานศาสตร์หลาย ๆ อย่างเข้าด้วยกัน ชีวิตประจำวัน (2) การเรียนรู้ที่ดีเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นผ่านทางประสบการณ์ตรงหรือการกระทำหรือการมีส่วนร่วมของผู้เรียนเอง (3) ความคงทนของผลการเรียนรู้ ขึ้นอยู่กับวิธีการเรียนรู้หรือการที่ได้ความรู้มา (4) ผู้เรียนสามารถเรียนรู้คุณค่าและสร้างผลงานที่ดีได้ หากมีโอกาสได้ลงมือกระทำ

นอกจากความเชื่อดังกล่าวแล้ว การเรียนการสอนโดยวิธีการสร้างเรื่องนี้ยังใช้หลักการเรียนรู้และการสอนอีกหลายประการ เช่น การเรียนรู้จากสิ่งใกล้ตัวไปสู่ชีวิตจริง การสร้างองค์

ความรู้ด้วยตนเอง และการเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับ ศูนย์ สิ่งแวดล้อมศึกษาและโลกศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2542, หน้า 4) ได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่มีลักษณะบูรณาการเนื้อหาหลักสูตรและทักษะการเรียนรู้จากหลายสาขาวิชาเข้าด้วยกัน โดยให้ผู้เรียนได้สร้างสรรค์เรื่องขึ้นด้วยตนเอง โดยผู้สอนทำหน้าที่วางเส้นทางการเดินเรื่องให้ การดำเนินเรื่องแบ่งเป็นตอน ๆ แต่ละตอนประกอบด้วยกิจกรรมย่อยที่เชื่อมโยงกันด้วยคำถามหลัก (keyquestion) ลักษณะของคำถามหลักที่เชื่อมโยงเรื่องราวให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง มี 4 คำถามได้แก่ ที่ไหน ใคร ทำอะไร/อย่างไร และมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น ผู้สอนจะใช้คำถามหลักเหล่านี้เปิดประเด็น ให้ผู้เรียนคิดร้อยเรียงเรื่องราวด้วยตนเอง รวมทั้งสร้างสรรค์ชิ้นงานประกอบกันไป การเรียนการสอนด้วยวิธีการดังกล่าวจึงช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสได้ใช้ประสบการณ์และความคิดของตนเองอย่างเต็มที่ และมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดกัน อภิปรายร่วมกัน และเกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง

3.6 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการนำเอาแบบอย่างการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีของสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุประเภทให้สถานที่นอนพักทั้งแบบเสียค่าบริการและแบบไม่เสียค่าบริการ โดยมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบที่สามารถใช้ได้ในทุกสถานบริการดังนี้

3.6.1 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันซึ่งมี 4 ลักษณะประกอบด้วย การดูแลสุขภาพและความฟิตของร่างกาย การออกกำลังกายบนเตียงหรือเก้าอี้มีพนักพิงตามความสามารถของตน การโภชนาการ การดูแลตนเองป้องกันความผิดปกติของร่างกายและศิลปะ

3.6.2 ความสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมี 3 ลักษณะประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง ทักษะติดต่อสังคม

การประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. ประเมินการดูแลสุขภาพและความฟิตของร่างกายตามค่าของ BMI (Body Mass Index) และวัดความดันโลหิตเทียบเกณฑ์ปกติ
2. ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (MBAI) Modified Barthel Activity of Daily Index ของกรมอนามัย
3. ประเมินการดูแลตนเองของการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันและความสัมพันธ์กับผู้อื่น พร้อมคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหน่วยงานบริการด้านผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจากทดสอบความรู้ก่อนและหลังการทำโครงการ

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้ในการประเมิน

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุหมายถึง กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 ขั้นตอนมีดังนี้

1.1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย ระดับของผู้สูงอายุ สภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปกำหนดกรอบแนวคิดการวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุหมายถึง การนำกรอบแนวคิดที่สำคัญและจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑล จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุมากำหนดความสำคัญให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ประกอบด้วย การวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.3 การทดลองใช้การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุหมายถึง การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest - posttest design) วัดผลจาก (1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) (2) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพพฤติกรรมดูแลตนเอง (3) แบบวัดระดับความคิดเห็นความสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้สูงอายุ (4) ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการเพื่อหาค่าน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามค่าของ BMI (Body Mass Index) (5) วัดความดันโลหิตของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์

1.4 การประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยนำผลการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขเพื่อหาข้อบกพร่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและตรวจสอบว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย

2.1 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุของการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันซึ่งมี 4 ลักษณะประกอบด้วย

2.1.1 ดูแลสุขภาพและความฟิตของร่างกาย หมายถึง มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามค่าของ BMI (Body Mass Index) ตามสูตร น้ำหนัก(กก.)/ความสูง (เมตร)² มีค่าความดันโลหิตตามเกณฑ์ปกติ

2.1.2 การออกกำลังกาย หมายถึง ใช้การออกกำลังกายด้วยท่าออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 7 ท่าโดยออกกำลังกายบนเตียงหรือเก้าอี้มีพนักพิงตามความสามารถของตนเองอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2.1.3 โภชนาการ หมายถึง การรับประทานอาหารได้สัดส่วนของสารอาหารครบประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ และเสริมด้วยอาหารว่าง โดยให้ผู้สูงอายุที่พอช่วยตัวเองได้หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ทำและดื่ม น้ำใบเตย น้ำเต้าหู้ น้ำมะละกอ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ

2.1.4 การดูแลตนเองป้องกันความผิดปกติของร่างกายและศิลปะ หมายถึง การดูแลให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีความยืดหยุ่นตามการเคลื่อนไหว มีการประสานสัมพันธ์ของอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีมีการทรงตัวที่ดี และสอนให้ผู้สูงอายุจัดวางดอกไม้แห้งที่เตรียมให้ใส่กรอบรูป หรือเป็น

ส.ค.ส. หรือที่คั่นหนังสือ ให้ได้ชิ้นงาน 1 ชิ้น และให้ผู้สูงอายุฝึกเล่นเกมสัจจิกซอร์อย่างง่ายที่มีแผ่นจิกซอร์ไม่เกิน 15 ชิ้น ในช่วงแรกจับเวลาในการเล่นและลดเวลาในการเล่นลดลงเรื่อย ๆ จำนวน 3 ครั้ง และต่อมาเพิ่มเกมสัจจิกซอร์เกิน 15 ชิ้น พร้อมจับเวลาให้เวลาลดลงเรื่อย ๆ จำนวน 3 ครั้ง

2.2. ความสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมี 3 ลักษณะประกอบด้วย

2.2.1 ความสัมพันธ์กับครอบครัว หมายถึง สภาพและบรรยากาศการอยู่ร่วมในครอบครัวที่ส่งผลต่อทางจิตใจ

2.2.2 ความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง หมายถึง มิตรภาพกับบุคคลอื่นทั้งเพื่อนรุ่นเดียวกันหรือเพื่อนที่อ่อนกว่า

2.2.3 ทักษะติดต่อสังคม หมายถึง ทักษะที่เป็ความพรอมที่จะกระทำ ปฏิบัติ หรือมีปฏิริยาต่อบุคคล สิ่งของ และสภาพการณ์ใด ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ

3. ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3)

4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามแบบ Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) ของกรมอนามัยได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL index) เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวและครอบครัวกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพดังนี้

4.1 ผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพาหรือ กลุ่ม 3

4.2 ผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาระดับรุนแรง ถึงปานกลาง หรือ กลุ่มที่ 2

4.3 ผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่ต้องการการพึ่งพาหรือ กลุ่มที่ 1

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตปริมณฑล ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาตามกระบวนการโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้าง ความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและทางจิตใจสามารถดำเนินชีวิตปกติในชีวิตประจำวันได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องงานวิจัยในประเทศและงานวิจัยต่างประเทศ ดังนี้

งานวิจัยในประเทศ

ระพีพรรณ คำหอม (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบททั่วประเทศ พบว่า ผลการวิจัยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในเขตชนบทเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นอายุระหว่าง 60 - 69 ปี โดยผู้สูงอายุมี

อายุระหว่าง 60 - 74 ปี พบมากที่สุดในภาคกลาง รองคือ เป็นวัยคนชราอายุระหว่าง 75 - 90 ปี และเป็นวัยคนชราอายุ 90 ปีขึ้นไปพบมากที่สุดในภาคใต้ สถานภาพสมรสผู้สูงอายุในเขตชนบทยังอยู่กับคู่สมรส ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้สูงอายุในภาคใต้ไม่ได้เรียนมากที่สุดขณะที่อีก 3 ภาคจะจบการศึกษาระดับประถมศึกษา

ด้านอาชีพและรายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ผู้สูงอายุภาคเหนือทำงานรับจ้างสูงกว่าภาคอื่น ๆ ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องเฝ้าบ้านและเลี้ยงหลานมากกว่าภาคอื่น ๆ ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยก็ยังต้องทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองโดยมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม ขณะเดียวกันมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งทำงานช่วยครอบครัวแต่ไม่มีรายได้ คือ เฝ้าบ้านและทำงานบ้าน ภาระสำคัญคือการเลี้ยงหลาน โดยเฉพาะภาคเหนือ มีเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวนมาก ข้อสังเกตจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุน่าจะจนบางส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้ชีวิตเร่ร่อน มีที่อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง ยังชีพโดยการขอทาน ด้านรายได้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ประจำ สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุมาจากลูกหลานให้ประจำ ส่วนผู้สูงอายุที่ยากจนจะมีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพ เดือนละ 300 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุในชนบทเท่ากับ 2,642.54 บาท รายได้ต่ำสุดต่อเดือนเท่ากับ 50 บาทรายได้สูงสุดต่อเดือนเท่ากับ 200,000 บาท

ด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุในเขตชนบทส่วนใหญ่มีบ้านเป็นของตนเอง บ้านมีลักษณะกลางเก่ากลางใหม่สภาพยังดีพออยู่ได้ ระยะทางจากบ้านกับสถานพยาบาลไม่ไกลมากนัก การเดินทางไปพบแพทย์ผู้สูงอายุใช้รถจักรยานยนต์และรถประจำทาง ด้านครอบครัว ภาพรวมขนาดของครอบครัวผู้สูงอายุในชนบทมีจำนวนเฉลี่ย 1 - 4 คน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่มีขนาดครอบครัว 5 คน ขณะที่ขนาดครอบครัวของภาคเหนือและภาคใต้เท่ากันคือเฉลี่ยมีจำนวน 2 คน สำหรับภาคกลางมีขนาดครอบครัวเท่ากับ 4 คน และบุคคลที่ผู้สูงอายุสนิทสนมมากที่สุดคือ คู่สมรส ลูก หลาน

การดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลเป็นประจำและดูแลขณะเจ็บป่วย ส่วนใหญ่คือ ลูกและคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว พบว่า ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวอยู่ในลักษณะปานกลางค่อนข้างสูง คนในครอบครัวห่วงใยผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งยังให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุในบ้าน

กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุทำมากที่สุดคือการเฝ้าบ้าน รองลงมาคือ ไปปฏิบัติศาสนกิจ/ทำบุญ / ช่วยงานในชุมชนและทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ชอบด้านการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่เคยออกกำลังกายหรือมีการออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวสำคัญคือ โรคปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาโรคสายตา ผู้สูงอายุภาคเหนือมีปัญหาโรคข้อเสื่อม โรคความดันโลหิตพบมากในภาคกลางและปริมณฑล

ข้อสังเกตจากการวิจัยคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาฟันหน้าและฟันล่างไม่มีไม่นิยมใส่ฟันปลอมและมีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมชาติไม่ได้สนใจดูแลสุขภาพฟัน ผู้สูงอายุภาคเหนือมีปัญหาโรคฟันมากกว่าภาคอื่น ๆ

สำหรับการตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ตรวจสุขภาพ การดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยคือไปรับบริการที่สถานีนามัยและโรงพยาบาล

ความคิดเห็นต่อชุมชนของผู้สูงอายุ ชุมชนตามความเห็นของผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุในภาคเหนือเห็นว่า ชุมชนของตนมีความเข้มแข็งเฉลี่ยสูงสุด และภาคกลางมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

ความรู้สึกต่อการสูงอายุ ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องมีคนเลี้ยง รู้สึกท้อแท้กับชีวิต รู้สึกเบื่อความวุ่นวาย

ด้านบริการสวัสดิการสังคมในชุมชน ที่ผู้สูงอายุได้ใช้บริการและมีความพึงพอใจมากที่สุดคือ บริการบัตรทอง 30 บาท สถานีนามัย ฅาปนกิจสงเคราะห์ ผู้สูงอายุในกลุ่มด้อยโอกาสส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสได้ใช้บริการเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุหรือสถานที่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้สูงอายุทุกภาคระบุว่า ต้องทำมาหากินไม่มีเวลาไปร่วมกิจกรรมดังกล่าว หรือบางส่วนที่อายุมากไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมได้

ด้านความต้องการพื้นฐาน ด้านสังคมและ ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการระดับปานกลางค่อนข้างสูง คือต้องการคนดูแลยามเจ็บป่วยต้องการการยอมรับจากครอบครัว การได้รับอาหารที่เหมาะสม

ความต้องการด้านเศรษฐกิจคือต้องการมีงานทำและมีรายได้เป็นของตนเอง

ความต้องการด้านสังคมคือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ต้องการมีเพื่อน และการทำประโยชน์ต่อชุมชน เมื่อจำแนกรายภาค พบว่า ผู้สูงอายุในภาคเหนือมีความต้องการพื้นฐานมากกว่าภาคอื่น ทั้งเสื้อผ้าอาหารและที่อยู่อาศัย

ส่วนความต้องการด้านจิตใจ คนดูแลยามเจ็บป่วยและการยอมรับจากครอบครัว ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความต้องการด้านจิตใจเฉลี่ยสูงกว่าภาคอื่น ๆ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ มีความมั่นคงในชีวิตมีความต้องการด้านสังคมสูง ต้องการทำกิจกรรมต่าง ๆ ยกเว้นผู้สูงอายุที่ยากจนขาดแคลน มีความต้องการด้านเศรษฐกิจเฉพาะรายได้เพียงอย่างเดียวและมีความต้องการร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยมาก

ด้านความรู้สึกต่อความปลอดภัยในชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกลัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความกลัวเฉลี่ยสูงที่สุด คือ มีความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตน้อย ขณะที่ผู้สูงอายุภาคใต้มีความกลัวน้อย คือ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตสูง

ความต้องการบริการสวัสดิการสังคมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า บริการที่ผู้สูงอายุต้องการระดับสูงคือ บริการเบี้ยยังชีพและหน่วยดูแลสุขภาพเคลื่อนที่ บริการที่ผู้สูงอายุต้องการในระดับค่อนข้างสูงคือ บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บริการที่ผู้สูงอายุต้องการในระดับปานกลางคือ การช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเดือดร้อน บัตรทอง 30 บาท บริการฅาปนกิจสงเคราะห์บริการข้อมูลข่าวสาร สำหรับผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด ที่พบปะพูดคุยในชุมชน กลุ่มออมทรัพย์ บริการถ่ายทอดภูมิปัญญาในชุมชน และงานที่สร้างรายได้บริการที่ผู้สูงอายุต้องการระดับน้อย ได้แก่ สถานที่ออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ การศึกษาเรียนรู้ บ้านพักคนชราและที่พักชั่วคราว ข้อเสนอแนะ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทไม่ต้องการบริการบ้านพักคนชรา แต่ต้องการอาศัยอยู่ในชุมชนเดิมกับเพื่อนบ้าน

เตือนใจ ทองคำ (2549) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกายและสังคมอยู่ในระดับสูงส่วนด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันและ ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ขวัญฤทัย อิมสมโภช (2549) ศึกษาเรื่อง ผลของศิลปะเพื่อการบำบัดต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยสรุปว่า กิจกรรมศิลปะเพื่อการบำบัดสามารถนำไปใช้เพื่อประโยชน์ ในการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

สิริพร สุธัญญา (2550) ศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับสูง และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ และสภาพการเป็นอยู่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่วนเพศ และสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และสภาพการเป็นอยู่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกัน และพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

สายฤดี วรกิจโกคาทร, ประภาพรรณ จุเจริญ, กมลพรรณ พันพ็อง, สาวิตรีชยานศิลป์ และดวงใจ บรรทัด (2550) ศึกษาเรื่อง การกำหนดมาตรการแผนงาน และนโยบายต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว ตั้งแต่การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล บริการประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลของราชการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประกันกับบริษัทเอกชน สวัสดิการด้านการศึกษา อาชีพ และบริการสังคม การศึกษานอกโรงเรียน การศึกษาระดับอุดมศึกษา การฝึกอาชีพ การกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพศูนย์บริการผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการในที่สาธารณะ การลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งมวลชน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุ ตามระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535

ทวีศักดิ์ รูปสิงห์ (2550) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อสร้างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ (2) เพื่อตรวจสอบและประเมินหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ (3) เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะและปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ การพัฒนาหลักสูตรเป็นการดำเนินการตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา มี 4 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเป็นการศึกษาเพื่อจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็น ประกอบด้วย การศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และการสำรวจความต้องการจำเป็นในการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ของบุคลากรที่มีสุขภาพ ตลอดจนถึงองค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม

ตอนที่ 2 การสร้างหลักสูตรจำลองเป็นการสร้างหลักสูตรฝึกอบรมประกอบด้วยสภาพปัญหาและความจำเป็นของหลักสูตร วัตถุประสงค์ของหลักสูตร โครงสร้างของหลักสูตร กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อการฝึกอบรม และการวัดและการประเมินผลการฝึกอบรม หลักสูตรฝึกอบรมในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 หน่วย ได้แก่ (1) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (2) โภชนาการในผู้สูงอายุ (3) การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (4) การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ (5) จิตวิทยาผู้สูงอายุและ (6) รูปแบบการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุในแต่ละหน่วยประกอบด้วย คำอธิบายหน่วยการฝึกอบรม วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อการฝึกอบรม และการวัดและประเมินหน่วยการฝึกอบรม จากประเมินโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.20 - 4.60 มีความเหมาะสมอยู่ในมากที่สุดและค่าดัชนีความสอดคล้องขององค์ประกอบของโครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 ซึ่งมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบและการประเมินหน่วยการอบรมมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.80 - 4.80 มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดและค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 ซึ่งมีความสอดคล้องทุกองค์ประกอบ

ตอนที่ 3 การทดลองใช้หลักสูตร เป็นการนำหลักสูตรฝึกอบรมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน รูปแบบการทดลองเป็นแบบ One group pretest-posttest design มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบทดสอบและแบบวัดเจตคติระหว่างการทดลองมีการทดสอบผู้เข้ารับการอบรม และสิ้นสุดการอบรมในแต่ละหน่วย ผลการทดลองใช้หลักสูตรพบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (80/80) ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ความเข้าใจ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีเจตคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยัง พบว่า จากการอภิปรายกลุ่มตามใบงานในแต่ละหน่วยทุกกลุ่มได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทุกกลุ่ม และทุกหน่วยการอบรมซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ตอนที่ 4 การประเมินผลและการปรับปรุงหลักสูตรเป็นการศึกษาความสัมพันธ์และความสอดคล้องของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรตั้งแต่ บริบท ตัวป้อนกระบวนการและผลผลิตตามรูปแบบการประเมิน CIPP model โดยผู้เข้าอบรมและผู้เชี่ยวชาญที่เข้าอบรม ผลการประเมินพบว่า ทุกด้านผ่านเกณฑ์ประเมินทุกประเด็นและการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรมดำเนินตามคำแนะนำของวิทยากร ผู้เข้ารับการอบรมและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้หลักสูตรมีความเหมาะสมยิ่ง

พรศิริ พุกกะศรี วิชาวี คงอินทร์ และปิยะนุช จิตตุนนท์ (2551) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม พบว่าการออกกำลังกายด้วยลีลาศช่วยพัฒนาการทรงตัวและความเชื่อมั่นในการทรงตัวนับเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้โดยควรมีการเลือกใช้จังหวะและลวดลายในการลีลาศให้เหมาะสมตามสภาพผู้สูงอายุ

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง (2552) ที่ศึกษาเรื่องโครงการการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ(1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (low care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์แต่เน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น บ้านพักคนชรา และสถานดูแลช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิต บุคลากรประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่านอกจากนี้อาจมีนักกายภาพบำบัด นักอาชีพบำบัด และนักโภชนาการ (2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีภาวะเปราะบาง ต้องการการช่วยเหลือดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลและการรักษาจากแพทย์ เช่น สถานะบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้าย การดูแลจึงเน้นการดูแลความสุขสบายทั่วไป การฟื้นฟูสภาพ การทูลาจากความทุกข์ทรมาน และการดูแลแบบองค์รวมที่มีความมุ่งเน้นที่การดูแลจิตวิญญาณ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลยังต้องประกอบ ด้วยปรัชญาการดูแล และการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการดูแล จากการศึกษาเห็นว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลทางสังคมให้เห็นว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นมีคุณค่า

อาชัญญา รัตนอุบล และคนอื่น ๆ (2552) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการและรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน พบว่า ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงานในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า สังคมไทยมีอัตราผู้สูงอายุสูงขึ้น ทุกฝ่ายควรเตรียมความพร้อมเรื่องนี้ไว้ และจากการสอบถามพบปัญหาและความต้องการการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงานในเขตเมืองและเขตชนบทในแต่ละกลุ่มที่ศึกษามีความแตกต่างกัน

ตอนที่ 2 ผลการนำเสนอรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน ประกอบด้วยหลักการและกระบวนการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (2) การกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (3) การกำหนดเนื้อหาสาระการเรียนรู้ (4) การกำหนดกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ด้านกิจกรรมการศึกษานอกระบบ และกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน ต้องคำนึงถึงปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยภายนอก

ตอนที่ 3 ผลการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการนำรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัย

ผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงานไปสู่การปฏิบัติ มี 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการกำหนดนโยบาย 2) ด้านกระบวนการมีส่วนร่วม 3) ด้านการบูรณาการสู่การจัดการศึกษา 4) ด้านงบประมาณ

อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ, ปัทมา ว่าพัฒน์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ ขาม และวิชัย เอกพลากร (2552) ศึกษาเรื่อง ภาวะทุพพลภาพ และปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพพลภาพ ในประชากรสูงอายุไทย พบว่า ความชุกของภาวะทุพพลภาพในด้านความจำกัดในการทำกิจกรรม พื้นฐานประจำวัน ร้อยละ 5.5 ในขณะที่ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 56.3 มีความจำกัดในการทำงานบ้าน และผู้สูงอายุร้อยละ 24.8 กลับปีสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ โดยผู้สูงอายุหญิงมีความชุกของภาวะทุพพลภาพทุกประเภทสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพพลภาพด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณโลจิสติกส์พบว่า เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น โอกาสที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพจะเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย และผู้ที่อยู่อาศัยในเขตชนบท มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมือง และยังพบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาในระดับที่สูงกว่า นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่มีประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง และมีประวัติการหกล้ม มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยดังกล่าว

ชญานี ไมเออร์ (2552) ที่ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนามากที่สุดรองลงมาคือ กิจกรรมทางการเมือง กิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชน กิจกรรมทางการศึกษาและศิลปวัฒนธรรม และกิจกรรมทางกีฬาและนันทนาการตามลำดับ นอกจากนี้ยัง พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านตนเอง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านบทบาทเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเสนอว่าควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคมและส่งเสริมให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ

ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา (2553) ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้ พบว่า ขั้นตอนจัดทำกรอบคุณลักษณะผู้เรียนรู้และกรอบรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ สรุปว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องด้วยองค์ประกอบเกี่ยวกับลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มี 4 องค์ประกอบ คือ ระบุประเด็นการเรียนรู้ การควบคุมตนเอง วิธีการเรียนรู้ และการนำความรู้ไปใช้

ขั้นตอนสร้างรูปแบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกรอบรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาคุณลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาวิจัยได้รูปแบบการเรียนรู้ 2 แบบคือ 1. รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มกลาง “รูปแบบเอสดีแอลเคเอ็ม (SDL & KM Model)” ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ 6 ขั้นตอน ดังนี้ คือ (1) ระบุประเด็นการเรียนรู้ (2) การวางแผนการเรียนรู้ (3) ดำเนินการค้นคว้า (4) สะท้อนคิด (5) แบ่งปัน แลกเปลี่ยนความรู้ และ (6) สังเคราะห์ห้องค์

ความรู้ใหม่ 2. รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มสูง “รูปแบบเอสดีแอล-เคเอ็ม (SD-KM Model)” ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ (1) ระบุประเด็นการเรียนรู้ (2) วางแผนการเรียนรู้ (3) ดำเนินการค้นคว้า (4) แบ่งปัน แลกเปลี่ยนความรู้ และ (5) สังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่

ขั้นตอนประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ดัชนีประสิทธิผลทุกครั้งที่การเรียนรู้สูงกว่าเกณฑ์ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ และวิเคราะห์คะแนนลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโครงการด้วยสถิติ Paired samples t-test ผลการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับคะแนนความรู้ภายหลังการเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนความรู้ก่อนการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยวิธีเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เกิดลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ได้

สมร พรหมพิทักษ์กุล (2553) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการติดตามโรคอาการด้วยตนเอง ด้านจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ กับความรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายลำดับแรก คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม เพศ และอายุ สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 39.0 ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความรู้ด้านสุขภาพดี มีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

รัชณี นามจันทรา (2553) ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (reality orientation therapy; ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation therapy; CST) แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านรู้คิด (cognitive ability) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ การบำบัดด้วยวิธีการเหล่านี้เป็นการฟื้นฟูสภาพและป้องกันสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ปณณวีร์ ประเสริฐไทย, จอม สุวรรณโณ และจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ (2553) ศึกษาเรื่องผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง พบว่า ภาวะความดันโลหิตเกือบสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงของการเกิดความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้ผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตและลดความเสี่ยง การออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางเป็นวิธีการที่เหมาะสมและนำไปใช้ได้ผลในการป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้ใหญ่ในชุมชนที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง

เพ็ญศิริ สิริกุล, ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม และเสริม ทศศรี (2553) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา 2 วิธี ดังนี้การ ชักจูงด้วยคำพูด และประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ป่วย และใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็มมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดความสามารถในการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกำหนดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งหมด 4 ครั้ง แต่ละครึ่งห่างกัน 1 สัปดาห์ และผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จากการเปรียบเทียบความรู้การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการรับรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01, และ .05 ตามลำดับ และจากการประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริม ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรม อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.33

เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติศิริศักดิ์ (2553) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 15 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้สุขภาพ จำนวนบุตร การสนับสนุนจากครอบครัวการสนับสนุนเพื่อนและเพื่อนบ้าน การสนับสนุนจากสังคม ขนาดที่อยู่อาศัย ความหนาแน่นของสมาชิกในบ้าน ความสะอาดของบ้าน กลิ่นส้วม แสงสว่างของห้องส้วม ตัวแปรตามมี 1 ตัวแปร ได้แก่การดูแลตนเอง ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามคือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 43.5 ($R^2 = .435$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีจำนวน 5 ตัวแปร คือ เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อายุยิ่งมากขึ้นการดูแลตนเองยิ่งน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สุขภาพที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองดีขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและสังคมยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คานธีชา บุญยิว (2554) ศึกษาเรื่อง การออกแบบกิจกรรมศิลปะเพื่อเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยผลการวิจัย พบว่า กิจกรรมศิลปะเพื่อเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา (2554) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้านจิตใจร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 62.6

ตามลำดับ และ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสมณท์ คุ่มทวีพรและวัฒนา พันธุ์ศักดิ์ (2554) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านน้ำหนักเกินและอ้วน อ้วนลงพุง และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 67.5, 46.3 และ 23.6 ตามลำดับ และ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพยกเว้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านสุขภาพจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การลดน้ำหนัก เพื่อลดภาวะโรคที่ผู้สูงอายุเป็น

สกุลรัตน์ อัครโกสินชัย จารุวรรณ แสงเพชร และวราภรณ์ รุ่งสาย (2554) ศึกษาเรื่อง ผลของการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อการทรงตัว และการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ พบว่า การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านทานด้วยยางยืดมีผลทำให้การทรงตัวในผู้สูงอายุดีขึ้นเช่นเดียวกับยางแผ่น ซึ่งมีราคาถูกลงกว่าและมีความสะดวกต่อการใช้งานมากกว่าจากการติดตามผล เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด พบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การยืนขาเดียวการยืนตัวไปข้างหน้าและคะแนนการทรงตัวยังคงมีการดีอยู่ แต่ผลของการลุกเดิน 8 ฟุต และความเร็วในการเดินกลับไม่คงอยู่ในช่วงติดตามผล ดังนั้นควรหารูปแบบการออกกำลังกายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านการเคลื่อนไหว ให้เหมาะสมเข้าไปในโปรแกรม

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, วิภาวี คงอินทร์ และบุศรา หมั่นศรี (2555) ศึกษาเรื่อง การพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความจำแบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุ พบว่า 9 กิจกรรมสามารถพัฒนาทักษะทางด้านความจำของผู้สูงอายุ ได้แก่ การร้องเพลง เกมส่นักร้องพินหน้า สุภาชิตทรรษา ละครชีวิต สถานที่สำคัญไฉน กล้องปริศนา เกมส่ชูโตกุ กลิ่นสื่อสัมพันธ์ และเล่าเรื่องจากการอ่าน กิจกรรมที่พัฒนาทักษะความจำได้แก่ (1) การคิดคำนวณโจทย์คณิตศาสตร์แบบง่าย ใช้เทคนิคและทักษะกระบวนการทางคณิตศาสตร์ในการเล่น เช่น การบวก ลบ ตัวเลขช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมอง (2) การจัดระเบียบของข้อมูลผ่านขบวนการกลุ่มขณะทำกิจกรรมช่วยให้คิดเป็นระบบ จะทำให้จำได้ง่ายขึ้น (3) กิจกรรมส่งเสริมการเชื่อมโยงและการหาความสัมพันธ์ เช่นการนึกถึงสถานที่หรือบุคคล (4) การสร้างจินตนาการและความเกี่ยวข้องเพื่อเสริมสร้างความเป็นการอธิบายเรื่องราวด้วยภาพหรือการแสดงละครในกิจกรรมละครชีวิต การฝึกฝนทักษะการจดจำภาพพร้อมเรื่องราว เป็นการฝึกให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่เป็นสมาธิ มีความสุขในสิ่งที่เล่น ฝึกจิตใจละเอียดอ่อนและฝึกประสาทสัมผัสให้เชื่อมโยงระหว่างประสาทสัมผัสทั้ง 5 กับความคิด และใช้กิจกรรมสุภาชิตเป็นเทคนิคการใช้รหัสช่วยจำ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงเพื่อช่วยในการลำดับกระบวนการจำให้จดจำข้อมูลได้ง่ายขึ้นและสะดวก กิจกรรมส่งเสริมความจำ ทำให้เกิดการทำงานประสานงานกันระหว่าง

สมองซีกซ้ายและขวา การใช้สมองทั้งสองซีกเป็นประจำ ทำให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของความจำมากขึ้น

วรรณภรณ์ พัฒนิบูลย์, จีรพันธ์ ประทุมอ่อน, จุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ (2555) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ ระยะสุดท้ายจนถึงหลังการสูญเสีย ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ การดูแล ด้านร่างกาย สังคมวัฒนธรรม สุขภาพจิตและจิตเวชจิตวิญญาณ กฎหมายและจริยธรรม ผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากร้อยละ 77.7 ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล แบบประคับประคองระดับดีมากร้อยละ 81.9 พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อ การใช้รูปแบบ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้ายและครอบครัวระดับมาก ร้อยละ 100 รูปแบบ การดูแลที่พัฒนาช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุและญาติดีขึ้น

อมรรัตน์ เนียมสุวรรณ, นงนุช โอบะ และสมบุญรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล (2555) ศึกษาเรื่องผลการ ออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยใช้ดนตรีโปกลงต่อสมรรถภาพทางกายและระดับความดันโลหิตของผู้ สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยใช้ดนตรีโปกลงสามารถเพิ่ม สมรรถภาพทางกายและลดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทรงศิริ (2555) ศึกษาเรื่องคุณภาพ ชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่า ผู้สูงอายุป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40.8 และมีอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 39.7 ในส่วนของความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติร้อยละ 99.5 ในส่วนของคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.4 และพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทุก ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ สุขภาพกายร้อยละ 72.1 จิตใจร้อยละ 56.8 สัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 59.5 และ สิ่งแวดล้อมร้อยละ 65.3 และ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดมีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ จากผลการศึกษา ควรส่งเสริมการออกกำลังกาย และควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 องค์ประกอบ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองและมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีต่อไป

ไตรรัตน์ จารุทัศน์ (2555) ศึกษาเรื่อง สภาพแวดล้อมทางกายภาพ พบว่า เป็นส่วนสำคัญ สำหรับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะอุบัติเหตุของผู้สูงอายุมักเกิดจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ อาศัย เช่น การหกล้ม เพราะเฟอร์นิเจอร์ในบ้านกีดขวางทางเดิน สายไฟจากปลั๊กหรือสวิตช์ไฟ ที่วาง บนพื้นอาจทำให้สะดุดหกล้ม แสงไฟในที่ต่าง ๆ ไม่พอ โดยเฉพาะทางเดินและบันได การเกิดอุบัติเหตุ นอกบ้านเกิดขึ้นได้ง่าย เช่น ถนน ทางเดินลื่น พื้นต่างระดับ ถนนกว้างเกินไป แสงไฟตามทางเดิน ไม่พอ มีแนวคิดออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุมีหลักการ 4 ข้อ ดังนี้

1. มีความปลอดภัยทางกายภาพ ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและสุขภาพอนามัย เช่น มีที่พักเพียงพอแยกเป็นสัดส่วน มีระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการที่ดี มีระบบการปกป้อง

จากภายนอก เช่น เสียง แสง จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณบันไดและทางเข้า มีราวจับในห้องน้ำ พื้นกระเบื้องไม่ลื่น มีสัญญาณฉุกเฉินหัวเตียง หรือห้องน้ำสำหรับขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

2. สามารถเข้าถึงได้ง่าย การมีทางลาดสำหรับรถเข็น ความสูงของตู้ที่ผู้สูงอายุสามารถหยิบของได้สะดวกหรือการจัดให้อยู่ใกล้แหล่งบริการต่าง ๆ เช่น วัด โบสถ์ ห้องสมุด โรงละคร สถาบันเพื่อการศึกษา บริการด้านสุขภาพ อยู่ภายในระยะที่สามารถเดินถึงได้ และการจัดให้อยู่ใกล้แหล่งระบบขนส่งมวลชน และใกล้แหล่งชุมชนเดิมเพื่อให้ญาติมิตรสามารถมาเยี่ยมเยียนได้สะดวก

3. สามารถสร้างแรงกระตุ้น การตกแต่งสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้มีความน่าสนใจ การเลือกใช้สีที่เหมาะสม มีความสว่างและชัดเจน ทำให้การใช้ชีวิตไม่ซึมเศร้าและการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กระตุ้นให้เกิดการนำความสามารถต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมาใช้อย่างเต็มที่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุใช้ความสามารถที่มีก่อนประโยชน์ให้กับชุมชน สิ่งเหล่านี้จะช่วยยืดเวลาผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. ดูแลรักษาง่าย บ้านสำหรับผู้สูงอายุควรออกแบบให้ดูแลรักษาง่าย บ้านควรเล็ก เพื่อสะดวกสบายในการดูแล บ้านอาจมีบานเลื่อนอลูมิเนียมป้องกันพายุ และสนามหญ้าที่มีพุ่มไม้เตี้ย ๆ เพื่อลดงานสนาม

สุดี ศิรวงศ์พากร (2556) ซึ่งศึกษาเรื่องพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เปิดรับสื่อโทรทัศน์เป็นประจำ เปิดรับสื่อวิทยุกระจายเสียงนาน ๆ ครั้ง เปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์นาน ๆ ครั้ง เปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ตนาน ๆ ครั้ง เปิดรับสื่อกิจกรรมนาน ๆ ครั้ง และเปิดรับสื่อวิทยุบ่อยครั้ง และมีความพึงพาตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมในระดับปานกลาง

อรทัย ชูเมือง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ (2556) ศึกษาเรื่อง ผลของการออกกำลังกายแบบโนราแขกต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การออกกำลังกายแบบโนราแขกสามารถลดระดับความดันโลหิต ดังนั้นจึงสามารถนำการออกกำลังกายรูปแบบนี้ไปใช้ในการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตระการกุล ฉัตรวงศ์วิวัฒน์, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2556) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความจำต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ ในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านความจำหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 5 และ 9 ($p = .04$, $p = .04$, ตามลำดับ) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสติปัญญาเกี่ยวกับความจำก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านความจำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 5 และ 9 ($p = .02$, $p = .03$, ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยคะแนนสติปัญญาเกี่ยวกับความจำ 3 หมวดย่อยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 65 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีระดับ

การดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส

ภาวดี วิมลพันธ์ และชนิษฐา ชนิษฐา (2556) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ลดลงจากก่อนการใช้ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 2.36$ และ $\bar{x} = 0.77$, $t = 4.45$, $p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุภายหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 0.77$ และ $\bar{x} = 1.55$, $t = 2.32$, $p < .05$) ดังนั้นโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มนี้จึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายต่อไป

นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และสุปาณี สนธิรัตน์ (2556) ศึกษาเรื่อง ทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคมและความผาสุกในชีวิต ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิตอยู่ในระดับสูง แต่มีทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอาชีพ ภาวะสุขภาพ และลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกัน มีความผาสุกในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .001 และ .05 ตามลำดับนี้ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง และทักษะทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชลกร ศิรวรรณะ และทิพย์วัลย์ สุรินยา (2556) ศึกษาเรื่อง การยอมรับตนเองสัมพันธ์ภาพในครอบครัวการมีส่วนร่วมในชุมชน กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่า การยอมรับตนเองอยู่ในระดับสูง สัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในด้านการสื่อสารอยู่ในระดับสูงการมีส่วนร่วมในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในด้านสัมพันธ์ภาพกับสังคม และความเชื่อส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่า การยอมรับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในขณะที่ สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่วนด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แต่การมีส่วนร่วมในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

กฤติน ชุมแก้ว และ ชีพสุมน รังสยาธร (2557) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุเกือบสามในสี่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 67.03 ปี และมีรายได้เฉลี่ย 9,012.27 บาทต่อเดือน ประมาณครึ่งหนึ่งมีภาวะโภชนาการเกินผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมี 6 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกคือ ไม่กินอาหารเค็มจัด กินข้าวกล้อง ถั่วเมล็ดแห้งกินแทนเนื้อสัตว์ได้ ไม่ควรกินเนื้อสัตว์ติดมัน กินข้าวเป็นอาหารหลัก และกิน

อาหารให้ครบ 5 หมู่ และมีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ไม่ควรกินอาหารทะเล และตัวแปรทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มี 6 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก คือ ไม่ควรกินเนื้อสัตว์ติดมันควรกินข้าวกล้อง ต้ม นมพร่องมันเนย กินข้าวเป็นอาหารหลัก ไม่ดื่มสุรา และไม่กินอาหารเค็มจัด และมี 2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารเคมี และดื่มนมเป็นประจำ

ธนายุส ธนธิติและ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ (2558) ศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากเป็นลำดับแรก (ร้อยละ 69.00) รองลงมา คือ โรคปวดเมื่อย/ปวดหลังปวดเอว (ร้อยละ 45.20) ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้กับชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึงมกราคม 2556 จำนวน 4 ครั้ง รวม 12 ชั่วโมง ผลการวิเคราะห์ แนวโน้มภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบ กำลังสองน้อยที่สุด (Least square method) ประมาณการได้ว่าในเดือนมกราคม 2557 มีแนวโน้มลดลง ซึ่งน้อยกว่าเดือนมกราคม 2556 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และผลการวิเคราะห์ค่าความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ใน 6 เดือน ต่อมา พบว่า มีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผลนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องส่งเสริมความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองด้านต่างๆ และจะต้องจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับ ผู้สูงอายุด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน

รวิพรรณ อินคัม (2558) บทความปริทัศน์การกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะเล็ดราดออกมาทางท่อปัสสาวะ โดยไม่สามารถควบคุมได้และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของบุคคล ภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงอาการที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับการรักษาดูแล ทั้งที่ปัจจุบันแนวทางในการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่มีมากขึ้น

วันสรา เชาวน์นิยม, ศิริพร จันทรฉาย, สุนิศา แสงจันทร์ และพัชณา ใจดี (2558) ศึกษาเรื่อง แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วน คือมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสัดส่วนเอวกับสะโพกเกินเกณฑ์ปริมาณไขมันในเลือดอยู่ในระดับสูง และชุมชนนี้อยู่ในแหล่งอาหารทะเล กลุ่มเสี่ยงทั้งหมดเข้าร่วมกำหนดรูปแบบการดูแลโดยมีแกนนำสุขภาพและสมุดบันทึกรายการอาหารและร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง 3 เดือนเมื่อเปรียบเทียบผลค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าไขมันในเลือดโดยรวม ก่อนและหลังการทดสอบรูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank test พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าบ่งชี้สุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

สำหรับค่า Mean arterial pressure ค่าดัชนีมวลกาย และค่า Triglyceride มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2559) ศึกษาเรื่องโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยคะแนนความจำหลังการ เข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, และ 7 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กิตติพร เนาวิสุวรรณ ประไพพิศ สิงหเสม และเยาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน (2559) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า (1) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสิงหนคร จ.สงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .543$) และสามารถทำนายได้ร้อยละ 29.50 (2) วิธีปฏิบัติตัวที่ดีที่สุดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสิงหนคร จ.สงขลา ได้แก่การไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ โดยเน้นปลาและผลไม้ งดอาหารเค็ม การประกอบอาหารเอง การปรึกษาปัญหากับคนในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ การประกอบศาสนกิจทุกวัน ตั้งเป้าหมายชีวิตให้ลูกหลานเป็นคนดี การทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายการทำจิตใจให้แจ่มใส การให้อภัย และมองโลกในแง่ดี

ธีรพันธ์ วรรณศิริ และสมบัติ ประทักษ์กุลวงศา (2559) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาสัมพันธภาพวัยรุ่นและผู้สูงอายุในครอบครัวของชุมชนโพรงมะเดื่อ พบว่า (1) วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.5 ในครอบครัวมีผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ร้อยละ 52.9 มีสถานะเป็นคุณยายร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่ใจดีร้อยละ 70.6 ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวทั้งหมด 6 ครอบครัว มีผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัว 4 ครอบครัว วัยรุ่นส่วนใหญ่รู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ร่วมกับผู้สูงอายुर้อยละ 82.4 สัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นและผู้สูงอายุภายหลังได้รับการพัฒนา พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้น (2) รูปแบบครอบครัว ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวจะมีเศรษฐกิจไม่ดี 2) ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวที่พ่อหรือแม่เป็นหัวหน้าครอบครัว 3) ครอบครัวที่มีบุคคล 3 วัย อยู่ร่วมกัน มีประเด็นความสัมพันธ์ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุเลี้ยงดูหลานตั้งแต่เล็ก หลานจะผูกพัน 2) พ่อแม่เป็นตัวอย่างที่หลานจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ 3) การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี 4) ผู้สูงอายุมีความสุขได้อยู่กับครอบครัว (3)การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นและผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การวางแผนการอบรมปฏิบัติกรอย่างมีส่วนร่วม 2) การอบรมใช้หลักการสื่อสารระหว่างรุ่นและหลักภาวนา 4 โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุการพัฒนาการของวัยรุ่น การทำกิจกรรมร่วมกัน การคิดในสิ่งที่ดีที่ได้ทำร่วมกัน 3) การพัฒนาต่อเนื่องโดยติดตามผลเป็นเวลา 2 เดือน

กชกร สายบุญศรี และอศนี วันชัย (2560) ศึกษาเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างแล้วสามารถจำแนกประเภทของผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคม

ใดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการบริการสุขภาพทุกด้านในระดับมาก ผลการเปรียบเทียบความต้องการบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน มีความต้องการบริการสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะที่ความต้องการบริการสุขภาพจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษาอาชีพ และความเพียงพอของรายได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอาจต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็นรายกรณีรวมทั้งพิจารณาให้เหมาะสมกับแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุแต่ละรายด้วย

กอบกานต์ สวัสดิรักษ์, วารีกังใจ และชมนาด สุ่มเงิน (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 129.48 (SD = 8.92) ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระดับปานกลาง ($r = .489$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยการประเมินความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

งานวิจัยต่างประเทศ

Asahara, Momose and Murashima (2002) ศึกษาเรื่อง Family caregiving in the elderly and longtermcare insurance in rural Japan การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในชนบทประเทศญี่ปุ่น พบว่า แรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งด้านลบและด้านบวก แรงจูงใจทางลบ คือคุณค่าตามประเพณี และค่านิยมในสังคม การทำตามกลุ่มชนในสังคมเพื่อป้องกันการถูกตำหนิทางสังคม ซึ่งการดูแลบนพื้นฐานแรงจูงใจครอบครัวมักไม่ค่อยใช่บริการด้านสุขภาพและด้านสังคมที่มีอยู่ แต่จะพยายามดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองให้ดีที่สุด ส่วนแรงจูงใจด้านบวก คือการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก และรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ รัฐบาลญี่ปุ่นได้พัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวมาใช้ โดยเงินประกันนำมาจาก 3 ส่วนคือเบี้ยประกันจากผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปผู้สูงอายุและภาครัฐ ระบบประกันครอบคลุมทั้งการดูแลที่บ้าน และการดูแลในสถานบริการ เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลและแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุ จะเป็นผู้ประเมินระดับของการดูแลที่ผู้สูงอายุควรได้รับ แต่ผู้สูงอายุและครอบครัวมีสิทธิ์เลือกบริการที่ต้องการได้

Tilly, Black and Ormond (2003) ศึกษาเรื่อง State experiences with minimum nursing staff ratios for nursing facilities การดูแลผู้สูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา The Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy (DALTCP) ได้กำหนดให้สัดส่วนอัตรากำลังของผู้ให้บริการขั้นต่ำในสถานบริบาล ใน Arkansas ปี ค.ศ. 2001 โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัดส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุเป็น 1: 40 ในการปฏิบัติงานช่วงกลางวัน และ 1 : 80 ในการปฏิบัติงานช่วงกลางคืน เป็นต้น Kirsten Black Barbara Ormond Jane Tilly

Lee and Hong-kin (2005) ศึกษาเรื่อง Older women and family care in Hong Kong: Differences in filial expectation and practices ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงอาศัยอยู่กับลูกที่เป็น

ผู้ใหญ่น้อยกว่าผู้สูงอายุชายแต่ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และโดยภาพรวมผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือน้อยในเรื่องการดูแลทางการแพทย์ รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ส่วนการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมประจำวัน ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายได้รับความช่วยเหลือไม่แตกต่างกัน

Kodner (2006) ศึกษาเรื่อง Whole-system approaches to health and social care partnerships for the Frail elderly: an exploration of North American models and lessons วิธีการที่สมบูรณ์แบบเพื่อดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพื่อหาตัวแบบของอเมริกาเหนือ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของการผสมผสานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชาติ ขณะที่หลายประเทศต้องเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุคล้ายกัน ได้แก่ การดูแลที่ขาดตกบกพร่อง การดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง คุณภาพการดูแลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมาก ระบบการดูแลไร้ประสิทธิภาพ และยากต่อการควบคุมค่าใช้จ่าย

Zhang (2007) ศึกษาเรื่อง Who will care for our parents? Changing boundaries of family and public roles in providing care for the aged in urban China เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบต่อหน้าที่ของครอบครัวในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของค่านิยมแบบเดิมมีผลกระทบต่อธรรมชาติของการดูแลและการช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย การดูแลผู้สูงอายุในประเทศฮ่องกงก็เปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับผลกระทบทางลบมากที่สุด

Tumlinson and Woods (2007) ศึกษาเรื่อง Long-term care in America/An introduction ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนต่างประเทศก็ไม่พบหลักฐานการกำหนดมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน แม้แต่ประเทศสหรัฐอเมริกาเองยังไม่สามารถสรุปมาตรฐานกลางของประเทศในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ทั้ง ๆ ที่มีความต้องการมาตรฐานเพื่อในการประเมินคุณภาพ

Chao, Lan, Tso, Chung, Neim and Clark (2008) ศึกษาเรื่อง Predictors of psychosocial adaptation among elderly residents in long-term care settings ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในสถานบริบาล (institutional care) รู้สึกสูญเสีย ไร้ค่า อับอาย เหนง และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ต้องการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ดี การสนับสนุนของครอบครัวจึงสำคัญมากต่อผู้สูงอายุ

Prithamrongsawat, Bundhamcharoen, Sasat, Odton, and Ratkjaroenkhajorn (2009) ศึกษาเรื่อง The Projection of demand and expenditure for institutional long term care in Thailand สถานบริบาลและสถานรับเลี้ยงดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาแบบทั้งหมด และมีภาวะพึ่งพิงในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 69 และร้อยละ 65 ตามลำดับ ในขณะที่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 36 ในด้านกิจกรรมการบริการ พบว่า บ้านพักคนชราและสถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตจะมุ่งเน้นการดูแลทางด้านสังคม การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในขณะที่สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้าย จะมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพและการพยาบาลและการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ งานวิจัยนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรแยกการดูแลระยะยาว

นอกจากการดูแลฉุกเฉิน ควรพัฒนาศักยภาพของสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุของภาครัฐ เพื่อรองรับความต้องการของประชากรที่มีภาวะพึ่งพา พัฒนามาตรฐานการดูแล รวมทั้งพัฒนาอาคารและสิ่งแวดล้อม ค่าบริการสำหรับการบริการที่ไม่มีในชุมชนจะสูงมาก เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการดูแลระยะยาวที่บ้านและในชุมชน การจัดการคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญ เพราะความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริการมีมากขึ้น อีกทั้งต้องการการดูแลที่ปลอดภัย การป้องกันการเกิดอันตราย การดูแลที่มีคุณภาพ

Resnick and Mitty (2009) ศึกษาเรื่อง Assisted Living Nursing: A Manual for Management and Practice มีการกล่าวถึงคุณภาพการดูแลในมุมมองของครอบครัวที่ใช้บริการ ครอบครัวให้ความสำคัญว่า ต้องประกอบด้วยบุคลากร สิ่งแวดล้อม การบริการและการจัดการด้านบุคลากร จะพิจารณาถึงประเภทของบุคลากร จำนวน การฝึกอบรมโดยเฉพาะการดูแลผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม การปฏิสัมพันธ์ให้ความสำคัญมาก ทักษะการดูแล ความรับผิดชอบต่อเนื่องในการดูแลของผู้ดูแล ไม่เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกัน สิ่งแวดล้อมที่สร้างความผูกพันกันเหมือนบ้าน การบริการที่เหมือนอยู่บ้าน การจัดห้องน้ำ ห้องนอน การตกแต่งห้องด้วยของใช้ที่นำมาจากบ้าน การนำสัตว์เลี้ยงมาอยู่ด้วย มีความเป็นส่วนตัวสามารถ ปลดล็อกได้ ด้านการจัดการมีนโยบายที่ให้จ้างผู้ดูแลเอง การติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษา เป็นต้น

จากผลการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหน่วยงานบริการด้านผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งรูปแบบงานวิจัยที่ใช้เป็นแบบแผนในการพัฒนาคู่มือ รูปแบบการวิจัยและพัฒนาที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน (2) การพัฒนาชุดกิจกรรม (3) การทดลองใช้ (4) การประเมินการพัฒนาชุดกิจกรรม ดังมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

