สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย : การพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

Model Community Development of Housing and Environment Management of Health Promotion for the Elderly through Community Participation based on Sufficiency Economy Concept

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์

ผู้ร่วมวิจัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นารีรัตน์ สังวรวงษ์พนา
ดร. รวีวรรณ เผ่ากัณหา
ดร. ภานุวัฒน์ ด่านกลาง
อาจารย์ศศิธร กรุณา
อาจารย์วัชรา ตาบุตรวงษ์
อาจารย์ชลธิชา จันทคีรี
อาจารย์วะนิดา น้อยมนตรี
อาจารย์อรวรรณ กูลจีรัง

ศ อก ท 567
- 6 พ.ย. 2558
178715
359081
เริ่มบริการ
21 ส.ค. 2559
อภินันทนาการ

รหัสโครงการ: 38411
รหัสข้อเสนอการวิจัย: 2554A10862082

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย : การพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

Model Community Development of Housing and Environment Management of Health Promotion for the Elderly through Community Participation based on Sufficiency Economy Concept

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์

ผู้ร่วมวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นารีรัตน์ สังวรวงษ์พน้ำ
ดร. รวีวรรณ เผ่ากัณหา
ดร. ภานุวัฒน์ ด่านกลาง
อาจารย์ศศิธร กรุณา
อาจารย์วัชรา ตาบุตรวงษ์
อาจารย์ชลธิชา จันทคีรี
อาจารย์วะนิดา น้อยมนตรี
อาจารย์อรวรรณ กูลจีรัง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สนับสนุนโดย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายกเทศมนตรีเมืองแสนสุข คุณณรงค์ชัย คุณปลื้ม ประธานชุมชนตาลล้อม คุณพัลลภ ยุจิเสวี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนตาลล้อม แกนนำชุมชนตาลล้อม ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประชาชนทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับโครงการวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยบูรพา และคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้โอกาสและเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยทุกท่าน ที่เสียสละทุ่มเทเวลา กำลังกาย และสติปัญญาในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ดำเนินการวิจัยในชุมชนคัดสรรแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน ผู้นำชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้น 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 7 ชุด ที่มีความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ชุมชน ที่ได้จากการวิจัยมีลักษณะ ดังนี้ 1) เป็นชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี ขนาด 907 หลังคาเรือน มีผู้สูงอายุจำนวน 250 คน มีสภาพเศรษฐกิจในระดับปานกลาง 2) มีนโยบาย แผนงาน และกรรมการดำเนินงานด้านการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 3) มีการพัฒนาบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 4) มีการนำเทคโนโลยีมาใช้กับที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า ชุมชนหรือเทศบาลควรมีการนำรูปแบบชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อขยายผลการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: ชุมชนต้นแบบ การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

Abstract

This developmental research aimed to develop community model of housing and Environment Management of health promotion for the elderly through community participation based on sufficiency economy concept. One community in Chonburi province was selected for conducting the research. One hundred samples who were elderly and their caregivers, community dweller, community leader and involving personnels in this selected community were recruited. Data were gathered using 7 valid and reliable instruments. Descriptive statistics and content analysis were performed for data analysis.

The results revealed that the proposed community model of housing and environment management of health promotion for the elderly comprised of 4 characteristics including 1) an urban community in Chonburi province consisting of 250 elderly from 907 families with presented medium financial conditions 2) there were policies, plans, and committee concerning housing and environment management for the elderly 3) there was housing and environment development for the elderly and 4) using technology in the elderly home .

This study recommented that community and/ or municipality should implement this proposed community model in various communities in order to strengthen the results of the study.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญภาพ ..... ฎ

บทนำ 1

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย 3

กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย 3

ขอบเขตของโครงการวิจัย 6

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6

วิธีดำเนินการวิจัย 32

ผลการวิจัย 35

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน 37

ตอนที่ 2 นโยบาย แผนการดำเนินงาน และระบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 40

ตอนที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ 47

ตอนที่ 4 สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 49

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาไทยในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ 52

ตอนที่ 6 ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 55

ตอนที่ 7 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 56

ตอนที่ 8 ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 59

ตอนที่ 9 ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 61

ตอนที่ 10 ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน..... 64
ตอนที่ 11 เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการการพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง..... 68
ตอนที่ 12 การปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ..... 69
ตอนที่ 13 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลต่อการปรับปรุงบ้านพักอาศัยและสิ่งแวดล้อม..... 76
ตอนที่ 14 ความคิดเห็นของผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประชาชน ในชุมชนตาลล้อมเกี่ยวกับโครงการการพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิด เศรษฐกิจพอเพียง..... 77
ตอนที่ 15 รูปแบบชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ..... 78
สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 79
ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่ได้รับ..... 80
ผลผลิต..... 81
บรรณานุกรม..... 83
ภาคผนวก..... 85

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน	47
2	จำนวน ร้อยละของการประเมินบ้านผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม	49
3	จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	52
4	จำนวนระบบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการและการใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาไทยในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ	53
5	จำนวน ร้อยละของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	56
6	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	58
7	จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	59
8	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้สูงอายุ	61
9	จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	62
10	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	64
11	จำนวน ร้อยละของประชาชน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	65
12	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของประชาชน	67
13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการการพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง	68
14	ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	69
15	การปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ	71

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ หน้า

16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการปรับปรุงบ้านพักอาศัยและสิ่งแวดล้อม..... 76

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างกรอบแนวคิดการวิจัย วิธีการวิจัย และผลการวิจัย (ผลลัพธ์).....	5
2	แผนที่ชุมชนตาลล้อม.....	37
3	แผนที่เขตชุมชนตาลล้อม.....	38

บทนำ

โครงสร้างประชากรวัยสูงอายุทั่วโลก มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางด้านวิทยาศาสตร์และสุขภาพ ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ดีขึ้น ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (องค์การสหประชาชาติ (UN) อ้างถึงใน กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ส่วนประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ก็เป็นสังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2550 ประเทศญี่ปุ่นมีผู้สูงอายุร้อยละ 29.0 และประเทศสิงคโปร์มีผู้สูงอายุร้อยละ 11.9 ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น จำนวนผู้สูงอายุจึงมีมากขึ้นนับจากปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต โดยผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มจาก 1.5 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว เนื่องจากมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และจากการคาดการณ์ประชากรคาดว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็น 11 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 และร้อยละ 14 ในปี 2573 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551; 2552; 2553) สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 8.1 ล้านคน ปี พ.ศ. 2557 มีประชากรสูงอายุ 9.9 ล้านคน หรือร้อยละ 14.42 ของประชากรทั้งหมด

การมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิต รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนหนึ่งสามารถดูแลตนเองได้และมีภาวะสุขภาพดี แต่อีกส่วนหนึ่งมีโรคประจำตัวอย่างน้อยคนละหนึ่งโรค คิดเป็นร้อยละ 51.1 ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งมีภาวะเปราะบางและความพิการมากขึ้น จากการศึกษาสถานการณ์บริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย พบว่า 1 ใน 4 ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ และต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล และผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพปานกลางและสุขภาพไม่ดีร้อยละ 42.7 และ 27.9 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังต้องการบริการทางสุขภาพมากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ การมีบัตรทองหรือบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อใช้สิทธิในการรักษา รองลงมาคือการให้บริการตรวจรักษาการให้บริการที่จุดเดียวไม่ต้องเคลื่อนย้ายบ่อย ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ต้องการการจัดบริการตรวจสุขภาพตามบ้านผู้สูงอายุ และการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการบริการที่บ้านและในชุมชน การมีภาวะเปราะบางทำให้ต้องการการดูแล หรือมีภาวะพึ่งพามากขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพอย่างองค์รวมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ สมาชิกในครอบครัวและชุมชน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น หรือภาคเอกชน ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ตั้งแต่การร่วมวางแผน เตรียมการรองรับอย่างเป็นระบบ ตอบสนองกับสิทธิอันพึงมีของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้พักอาศัยกับครอบครัวอย่างมีความอบอุ่นปลอดภัย มีความผาสุกทางใจ ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาโดยไม่จำเป็น ช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งของสถานบริการผู้สูงอายุและครอบครัว

การจัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล ชุมชน หน่วยงานและองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องในการออกแบบอย่างเป็นระบบ มีมาตรฐาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและลดความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุ หรือป้องกันภาวะหกล้ม นอกจากนั้นอาจใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเหมาะสมเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน การใช้อุปกรณ์เครื่องมือดังกล่าวอาจจะเป็นสัญญาณเตือนภัยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างทันเหตุการณ์ ซึ่งไตรรัตน์ จารุทัศน์ (2552) กล่าวถึงบ้านอัจฉริยะสำหรับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอนาคตว่าต้องมีระบบบริหารอาคาร โครงสร้างอาคาร เช่น ระบบรักษาความปลอดภัย ระบบบริหารสายสัญญาณ เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบ้านอัตโนมัติ จะมีระบบเตือนความจำ เป็นสัญญาณเตือนในการทำกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ การให้ความสำคัญของบ้านผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียมีการนำเทคโนโลยีขั้นสูงและการสื่อสารทางไกลเข้ามาใช้ พบว่าจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้

"ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง" นับว่าเป็นแนวคิดที่มีความทันสมัยและมีความสำคัญในการที่จะนำมาเป็นรากฐานของการจัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากแนวคิดนี้ได้อธิบายถึงการตั้งอยู่บนพื้นฐานของทางสายกลางและความไม่ประมาท โดยคำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ตลอดจนใช้ความรู้ ความรอบคอบ และคุณธรรม ประกอบการวางแผน การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ กรอบแนวคิดนี้เป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนในทางที่ควรจะเป็น โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับบุคคลทุกระดับ และเป็นการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนที่สมดุลและยั่งยืนพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมความรู้และเทคโนโลยี

สำหรับในประเทศไทยการจัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุยังต้องการการพัฒนาให้ได้มาตรฐานภายใต้การกำหนดเป็นนโยบายจากภาครัฐ การจัดสรรงบประมาณ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน บุคลากรและองค์กรท้องถิ่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบกับหลักการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หลักการออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในครั้งนี้ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคม (ชุมชน) ได้อย่างมีความสุข สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. สำรวจและประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนคัดสรร

2. พัฒนาชุมชนต้นแบบในการจัดการบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง หลักการออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ หลักการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งนี้สามารถอธิบายแนวคิดต่าง ๆ ได้ ดังนี้

การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในชุมชน เพื่อการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ และเป็นวิถีทางที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดปัญหาและความต้องการ การวางแผนการดำเนินงาน การประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับและใช้ผลประโยชน์

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง คือ การที่บุคคลตั้งอยู่บนพื้นฐานของทางสายกลางและความไม่ประมาท โดยคำนึงถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ตลอดจนใช้ความรู้ความรอบคอบ และคุณธรรมประกอบการวางแผน การตัดสินใจและการกระทำ กรอบแนวคิดนี้

เป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนในทางที่ควรจะเป็น โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับบุคคลทุกระดับและเป็นการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนที่สมดุล และยั่งยืน พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และเทคโนโลยี

หลักการออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือมีความพิการ การออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นไปตามหลักการทางวิศวกรรมและภูมิสถาปัตยกรรมแล้ว ยังต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทางกายภาพ การเข้าถึงได้ง่าย การกระตุ้นและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดแตกต่างกัน รวมทั้งมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต สภาพเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม โดยให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ไม่ยากเกินไปในการบำรุงรักษาและอยู่อาศัย

หลักการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกระบวนการคงไว้หรือเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนที่มีอยู่ให้มากที่สุดในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ

ทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย

การสูงอายุ เป็นภาวะที่ร่างกายมีความเสื่อมถอยไปตามกาลเวลาภายหลังที่มีการเจริญเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายอย่างถาวรที่ดำเนินอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถดึกลับคืนมาได้โดยจะปรากฏออกมาในรูปแบบของความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อันเนื่องมาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้นตามปกติร่วมกับภาวะเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่มักพบได้มากในช่วงวัยสูงอายุ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นได้นำมาเป็นแนวทางในการวิจัยและพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกรอบแนวคิด วิธีการวิจัย และผลการวิจัย (ผลลัพธ์) ดังภาพที่ 1

กรอบแนวคิด

การมีส่วนร่วมของชุมชน

การเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และประชาชน มีส่วนร่วมดำเนินการทุกขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

การออกแบบ จัดระบบ และปรับปรุงที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกัน บนพื้นฐานและบริบทของชุมชน

หลักการออกแบบที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

การออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงหลักการทางวิศวกรรมและภูมิสถาปัตยกรรม รวมทั้งความปลอดภัยทางกายภาพ การเข้าถึงได้ง่าย การกระตุ้นและส่งเสริมสุขภาพ การบำรุงรักษาที่ไม่ยุ่งยากและสอดคล้องกับวิถีชีวิตอย่างพอเพียงของชุมชน

หลักการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน จึงต้องการที่พักอาศัยที่เอื้อประโยชน์สูงสุดต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย

การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม ต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการที่แตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

ระยะที่ 1 การคัดสรรชุมชน การเตรียมชุมชน และการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน

ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เข้าร่วมกับคณะผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญในทุกขั้นตอน

ระยะที่ 2

2.1 การพัฒนาระบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานจากระยะที่ 1 รวมทั้งแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมของคณะผู้วิจัย ผู้เชี่ยวชาญ ผู้นำชุมชน แกนนำจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง และประชาคม เพื่อออกแบบระบบ วางแผน และดำเนินการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

2.2 การประเมินผล

โดยการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ตามเป้าหมายการวิจัย

ผลการวิจัย (ผลลัพธ์)

ชุมชนต้นแบบ การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุ

1 ชุมชน โดยมีลักษณะดังนี้

1. เป็นชุมชนในเขตจังหวัดชลบุรี ขนาดไม่ต่ำกว่า 100 หลังคาเรือน มีผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่า 50 คน มีสภาพเศรษฐกิจในระดับต่ำถึงปานกลาง
2. ผู้นำชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทุกครัวเรือน มีความรู้ ตระหนักและมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ
3. มีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการจัดการที่พักอาศัย ฯสำหรับผู้สูงอายุ
4. มีโครงสร้างและกรรมการดำเนินงานด้านการจัดการที่พักอาศัย ฯสำหรับผู้สูงอา
5. มีการสำรวจและพัฒนาบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีบ้านตัวอย่าง อย่างน้อย 5 หลังคาเรือนที่มีการพัฒนา/ปรับปรุงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงหลักการส่งเสริมสุขภาพและแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง
6. มีการติดตาม ประเมินผล บำรุงรักษา ตรวจสภาพ และปรับปรุงที่พักอาศัยโดยชุมชน และผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
7. มีการเชื่อมโยงระบบต่าง ๆ จากที่พักอาศัยไปยังชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องภายนอกชุมชน
8. มีการนำเทคโนโลยีมาใช้กับที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกรอบแนวคิดการวิจัย วิธีการวิจัย และผลการวิจัย (ผลลัพธ์)

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ในชุมชนคัดสรรแห่งหนึ่งที่มีจำนวน 100 หลังคาเรือนในเขตจังหวัดชลบุรี และมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป อย่างน้อย 50 คน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน ผู้นำชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้น 100 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ หลักการออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ

หลังจากการปฏิสนธิมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างตลอดเวลา ในช่วงต้นของชีวิตจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาในส่วนต่าง ๆ โดยเจริญจนถึงขั้นสูงสุดขณะอายุประมาณ 20 ปี และจะคงที่ภายหลังจากนั้นอวัยวะต่าง ๆ และระบบการทำงานต่าง ๆ ภายในร่างกายจะเริ่มเสื่อมลงเมื่ออายุ 30 ปี การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะเริ่มเห็นชัดเจนเมื่ออายุ 60 ปี คือ วัยสูงอายุนั่นเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นมิได้เกิดเฉพาะเพียงแต่ด้านร่างกาย หากแต่ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมอีกด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระบบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ภาพรวมและส่วนประกอบของร่างกาย ส่วนใหญ่น้ำหนักตัวผู้สูงอายุอาจคงที่หรือลดลง ปริมาณสารน้ำในร่างกายและมวลกระดูกลดลง ความสูงลดลงอันเนื่องมาจากการทรุดตัวของกระดูกสันหลัง มีสัดส่วนของไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ไขมันจะกระจายตัวเปลี่ยนจากการสะสมที่ชั้นใต้ผิวหนังไปอยู่ที่อวัยวะภายในต่าง ๆ ในขณะที่ปริมาณของน้ำในร่างกายลดลงทั้งน้ำภายในเซลล์และภายนอกเซลล์ ผิวหนังของผู้สูงอายุจะบางลง และดูหย่อนยาน ผิวหนังอาจเปลี่ยนสีเนื่องจากจำนวนเม็ดสีลดน้อยลง และมีการตกกระเพิ่มมากขึ้น ผิวหนังสามารถผลิตไขมันได้ลดลงทำให้ผิวแห้ง แตก เป็นขุยและคันง่าย เส้นผมและขนมีสีขาวและมีปริมาณการสร้างที่ลดลง การเจริญของเล็บมือและเล็บเท้าลดลง เล็บมีลักษณะเป็นชั้น สีเล็บมีสีเหลืองมากขึ้น เล็บแข็ง เปราะ หักง่าย

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผนังของกล้ามเนื้อหัวใจปรับตัวหนาขึ้น มีการเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อที่เป็นเส้นใย (Fibrous Tissue) ส่งผลต่อการส่งสัญญาณไฟฟ้าของหัวใจ บริเวณลิ้นหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น (Calcification) ทำให้ลิ้นหัวใจขาดความยืดหยุ่นส่งผลให้เกิดปัญหาในการรับแรงดันเลือดได้ นอกจากนี้พลังสำรองของหัวใจลดลงในกรณีที่ร่างกายมีภาวะเครียด เช่น ในภาวะที่มีการติดเชื้อ การสูญเสียเลือดหรือสารน้ำ เป็นต้น หัวใจจะสามารถปรับเพิ่มอัตราการบีบตัวได้เพียงเล็กน้อยแล้วจะไม่สามารถเพิ่มได้อีก สำหรับการเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือดนั้น พบว่า หลอดเลือดแดงจะแข็งขาดความยืดหยุ่น หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น และในที่สุดอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา หลอดเลือดดำมีการเปลี่ยนแปลง คือ ลิ้นปิดหลอดเลือดดำไม่สนิทพอ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การไหลกลับของเลือดไม่ดีส่งผลให้เลือดจับกันเป็นก้อน เกิดลิ่มเลือดอุดตันได้ง่าย นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดทำให้การแลกเปลี่ยน ออกซิเจน และอาหารต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนและอาหารไม่เพียงพอ

1.3 ระบบทางเดินหายใจ ปริมาตรของปอดไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีการสูญเสียแคลเซียมที่รอยต่อของกระดูกอ่อน มีการเสื่อมของกระดูกซี่โครง ส่งผลให้การยืดขยายของทรวงอกไม่ดี นอกจากนี้กล้ามเนื้อทรวงอกอ่อนแรงมากขึ้น ปริมาตรอากาศที่ค้างในปอด (Residual Capacity) เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อประสิทธิภาพการหายใจ ปริมาตรอากาศสูงสุดของอากาศที่หายใจออกลดลง เยื่อบุถุงลมเสื่อมลงทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง ขนกวัดตลอดทางเดินหายใจลดลง รีเฟล็กซ์การไอลดลงทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในระบบทางเดินหายใจไม่ดี ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลง แตกง่าย เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงมา ผู้สูงอายุมักจะสูญเสียฟัน ต้องใช้ฟันปลอม ทำให้บดเคี้ยวอาหารได้ไม่สะดวก ต่อมรับรสทำงานลดลง ทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย เซลล์บริเวณหลอดอาหารมีการเปลี่ยนแปลงบริเวณเยื่อบุ และพบว่ามีการยื่นโป่งพองของหลอดอาหารมากขึ้น การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง หลอดอาหารมีขนาดกว้างขึ้น กล้ามเนื้อหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณหลอดอาหารหย่อนตัวทำให้เกิดอาหารในกระเพาะอาหารไหลย้อน ผู้สูงอายุจะรู้สึกแสบยอดอก และในบางครั้งอาหารไหลย้อนเข้าสู่หลอดลมทำให้เกิดการสำลักปอดติดเชื้อได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกอิ่มอยู่ตลอดเวลา การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารลดลงส่งผลให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารไม่ดี เกิดภาวะขาดแร่ธาตุและวิตามินบางชนิด การไหลเวียนเลือดของทางเดินอาหารลดลง หลอดเลือดบางแห่งโป่งพองทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงประกอบกับกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง

ร่วมกับผู้สูงอายุมักรับประทานอาหารย่อยง่ายไม่มีกาก ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลงทำให้เกิดภาวะท้องผูก ขนาดของตับและเลือดไหลผ่านตับลดลง ซึ่งมีผลต่อการขับออกของยาทำให้ยาตกค้างและออกฤทธิ์ ไม่พึงประสงค์ในร่างกาย

1.5 ระบบประสาท เซลล์สมองลดลง ขนาดและน้ำหนักของสมองลดลงทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเนื้อสมองและกะโหลกมากขึ้น เมื่อเกิดแรงเหวี่ยงต่อศีรษะจะเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดที่เลี้ยงด้านนอกของสมองได้ง่าย ความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การรับสัมผัสต่าง ๆ จะด้อยลง พบว่า ความจำระยะสั้นจะบกพร่องก่อนความจำระยะยาว นอกจากนี้มีการตายของเซลล์สมองบางส่วนทำให้การสร้างสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ลดลง ทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย ความจำ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ เช่น มีระดับโดปามีนลดลง จะทำให้มีการเคลื่อนไหวผิดปกติแบบพาร์กินสัน ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและมักพบได้ในผู้สูงอาย คือ ปัญหานอนไม่หลับ ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระยะหลับลึก (Stage 3 และ 4 ของ Non REM Sleep) ลดลง รวมทั้งมีการตื่นกลางดึกบ่อยขึ้นจนรู้สึกเหมือนนอนไม่หลับเกือบตลอดคืน ต้องพึ่งยานอนหลับมากขึ้น

1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ขนาดของไตลดลง น้ำหนักไตลดลง หน่วยไตที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตลดลงทำให้การดูดกลับของสารต่างๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง เป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น นอกจากนี้ ขนาดกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะเหลือเพียง 250 มิลลิลิตร ตัวรับการกระตุ้นการยืดขยายในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง รีเฟล็กซ์การขับถ่ายปัสสาวะไม่ดีทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะเต็มในกระเพาะเท่านั้น แต่โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีการถ่ายปัสสาวะบ่อยเพราะกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงจึงทำให้มีปัสสาวะเหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะภายหลังการขับถ่าย ในผู้สูงอายุเพศชายมักมีปัญหาต่อมลูกหมากโตทำให้มีการถ่ายปัสสาวะลำบากสำหรับ ส่วนในผู้สูงอายุเพศหญิง รังไข่จะมีการฝ่อเล็กลง ผิวรังไข่ซีดขาว ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง ปากมดลูกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้นลง เยื่อบุช่องคลอดบางผลิตสารหล่อลื่นได้น้อย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์

1.7 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะลดลงทั้งจำนวนและขนาดของ เส้นใยกล้ามเนื้อ ทำให้กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งยาวนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ช้าลง อัตราการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้างทั้งในเพศหญิงและในเพศชาย กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง ส่งผลให้กระดูกเคลื่อนมาสัมผัสกันเกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบติดเชื้อได้ง่าย

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ การไหลเวียนเลือดไปต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองลดลง ต่อมธัยรอยด์มีเนื้อเยื่อพังผืดมาสะสมมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของต่อมธัยรอยด์ลดลง ต่อมพาราธัยรอยด์ทำงานผลิตฮอร์โมนลดลง ต่อมหมวกไตส่วนนอกมีเนื้อเยื่อพังผืดและรงควัตถุเพิ่มขึ้น ระดับฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตลดลง ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง ต่อมเพศทำงานลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ได้กล่าวมาแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมก็เป็นอีกการเปลี่ยนแปลงด้านหนึ่งที่เกิดขึ้นตามปกติในวัยสูงอายุซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ ปรัชญาในการดำเนินชีวิต เจตคติที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น ความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม ทั้งนี้ ถ้าผู้สูงอายุรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมไปทางลบก็อาจส่งผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามมาได้ การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีดังนี้

2.1 การเกษียณอายุราชการ หรือการออกจากงาน อาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงในรายได้ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม สูญเสียการสมาคมกับกลุ่มเพื่อน เกิดการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.2 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว จากการเปลี่ยนแปลงของระบบครอบครัวในปัจจุบันที่เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง นอกจากนี้ การเสียชีวิตของคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน คือ เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ส่งผลให้มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น อัตราค่าครองชีพเพิ่มขึ้น รายได้ของผู้สูงอายุไม่เพียงพอกับรายจ่าย บุตรหลานมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป มโนทัศน์ของคนในสังคมเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม มีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง และสังคมให้โอกาสผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าลดลง

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม จากการที่วัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุยังคงยึดมั่นกับคตินิยม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงกลับกลายเป็นคนล้าสมัย ขี้จู้ขี้บ่น บุตรหลานไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุแยกตนเองและเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น

2.5 การเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางจิตในวัยสูงอายุ พัฒนาการทางจิตในวัยสูงอายุเป็นสิ่งที่ได้รับการหล่อหลอมมาจากช่วงวัยที่ผ่านมา ถ้าผู้สูงอายุผ่านขั้นตอนต่าง ๆ มาด้วยดี จะมองอดีตเต็มไปด้วยความสำเร็จ มีปรัชญาชีวิตตนเอง ภูมิใจในการถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับบุตรหลานรุ่นหลัง

มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคง มีความมั่นคงทางใจ แต่ถ้าช่วงชีวิตที่ผ่านมาประสบกับความล้มเหลว ผิดหวัง ทุกข์ใจ สิ้นหวัง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต เสียดายเวลาที่ผ่านมา ไม่พึงพอใจกับชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ไม่ยอมรับสภาพตนเอง เกิดความรู้สึกคับข้องใจกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ขาดความสงบสุขในชีวิต รู้สึกไร้ค่า

สำหรับสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในวัยสูงอายุ มีดังนี้

1. การขาดความสามารถด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญและพบได้มากที่สุด ส่วนใหญ่เกิดจากการมีโรคประจำตัวเรื้อรังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความเป็นอยู่ที่ดี สูญเสียความเป็นอิสระและเกิดภาวะพึ่งพา สูญเสียความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม สูญเสียความสุขสบาย เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล สูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน สูญเสียบทบาทในสังคมและครอบครัว

2. การศึกษาต่ำ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยจะขาดความมั่นใจ และรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่นมาก นอกจากนี้ การศึกษาที่น้อยอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาสุขภาพตนเองส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น

3. การขาดความสามารถด้านจิตใจ พบได้มากจากภาวะเครียดในวัยสูงอายุ ซึ่งอาจเกิดจากความเจ็บป่วยที่เกิดอย่างกะทันหันหรือเรื้อรัง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีความผิดปกติในการรับรู้ เช่น สายตาไม่ดี หูตึง มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาทางจิต ทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัว และเกิดปัญหาทางจิตตามมาได้

4. การขาดความสามารถทางสังคม เป็นผลจากปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุบางรายขาดความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็ก

5. การมีบุคลิกภาพที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ บุคลิกภาพที่ดื้อรั้น แข็งกร้าว และมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ผู้สูงอายุที่ชอบเก็บสะสมสิ่งของ

6. การมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ข่มขู่ เงียบ นิ่ง เฉย สกปรก เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดกับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล

จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางจิตสังคม ได้แก่ เกิดความรู้สึกสูญเสีย เหงาว้าเหว่ เดียวดาย ซึมเศร้า มีพฤติกรรมวุ่นวายรบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือหวาดระแวง และอาจเกิดกลุ่มอาการที่มีพยาธิสภาพของสมอง เนื่องจากความผิดปกติของสมอง ทำให้สติปัญญา ความจำ อารมณ์เปลี่ยนแปลง ความคิดสับสนได้

จากการเปลี่ยนแปลงมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต สมรรถภาพต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉลี่ยจะลดลง สมรรถภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆลดลง ถ้าผู้สูงอายุมีโรคหรือปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ร่วมด้วยจะทำให้สมรรถภาพลดต่ำลงจนไม่เพียงพอที่จะดำรงชีวิตอย่างอิสระได้ จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

การขับเคลื่อนเข้าสู่ยุคสังคมแห่งคนสูงอายุ (aging society) โดยจากการคาดการณ์โครงสร้างประชากรในโลก ปรากฏว่าภายในปี พ.ศ. 2553 ประชากรที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไปจะมีถึงร้อยละ 40 ของประชากรทั้งหมดอีกทั้งยังคาดการณ์ว่าครึ่งหนึ่งของประชากรที่เกิดหลังจากปี พ.ศ. 2533 จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้มากกว่า 100 ปีทีเดียว เข้าทำนองถึงจะแก่ตัวแต่ก็อยู่ยงคงกระพันมากขึ้นเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในอนาคต ด้วยแนวคิดเศรษฐกิจแห่งความพอเพียง (sufficiency economy) ซึ่งจะนำสู่ความอยู่รอดและความเป็นอยู่ที่ดีได้นั้นต้องยึดหลักสามประการ นั่นคือ หลักความพอประมาณ หลักความสมเหตุสมผล หลักการมีภูมิคุ้มกันที่ดีและต้องตั้งอยู่บนเงื่อนไขสองประการ คือ เงื่อนไขทางด้านความรู้ และด้านคุณธรรม

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน โดยให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาจากวิกฤตเศรษฐกิจให้ลุล่วง และสร้างฐานเศรษฐกิจภายในประเทศให้เข้มแข็งและมีภูมิคุ้มกันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงจากภายนอก ขณะเดียวกันมุ่งการพัฒนาที่สมดุลทั้งตัวคน สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและความอยู่ดีมีสุขของคนไทย แนวคิดการพัฒนาประเทศโดยตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คือ แนวทางการดำรงอยู่และการปฏิบัติตนของประชาชนทุกระดับตั้งแต่ครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและการบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทิศทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์

"เศรษฐกิจพอเพียง" เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชทานพระราชดำริชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอดนานกว่า 25 ปี ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและเมื่อภายหลังได้ทรงเน้นย้ำแนวทางการแก้ไขเพื่อให้รอดพ้นและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยมีปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่ชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควรต่อการกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอก ทั้งนี้จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการ ทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎีและนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติและความรอบคอบเพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี

องค์ประกอบของแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

1. ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่น การผลิต และการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ

2. ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับความพอเพียงนั้น จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผลโดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ๆ อย่างรอบคอบ

3. ภูมิคุ้มกัน หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

มี***เงื่อนไข***ของการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียง มี 2 ประการ ดังนี้

1. เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผนและความระมัดระวังในการปฏิบัติ

2. เงื่อนไขคุณธรรมที่จะต้องเสริมสร้าง ประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต และมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนี้ใช้เป็นกรอบแนวความคิดและทิศทางการพัฒนาระบบเศรษฐกิจมหภาคของไทย ซึ่งบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาที่สมดุล ยั่งยืน และมีภูมิคุ้มกัน เพื่อความอยู่ดีมีสุข มุ่งสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน หรือที่เรียกว่า "สังคมสีเขียว" ด้วยหลักการดังกล่าว แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 นี้จะไม่เน้นเรื่องตัวเลขการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ยังคงให้ความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจแบบทวิลักษณ์ หรือระบบเศรษฐกิจที่มีความแตกต่างกันระหว่างเศรษฐกิจชุมชนเมืองและชนบท จากแนวคิดพระราชดำริดังกล่าว พบว่า เศรษฐกิจและสังคมของไทยควรต้องมีการพัฒนาในระดับที่พอเหมาะไปในทิศทางที่ตั้งมั่นอยู่บนความสอดคล้องกับทรัพยากรและจุดเด่นของตน โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องลึกและปัจจัยต่าง ๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ระบบเศรษฐกิจและสังคมที่แข็งแกร่งรวมไปถึงยึดมั่นหลักจริยธรรมในการดำเนินการอย่างเคร่งครัด

จากแนวคิดหลักของสังคมทั้งสามประการ ทั้งจากสังคมผู้สูงอายุสังคมแห่งความกินดีอยู่ดี และเศรษฐกิจแห่งความพอเพียงทำให้ประเทศไทยต้องหันมาเริ่มพิจารณาตำแหน่งทางการแข่งขันอย่างจริงจัง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านและประเทศอื่นๆที่มีโครงสร้างของรายได้ และทรัพยากรที่คล้ายคลึงกันจากแนวโน้มที่นับวันคนจะใส่ใจในสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีมากขึ้นเรื่อยๆประเทศไทยจึงสมควรจะได้รับการผลักดันเข้าสู่ "สังคมแห่งสุขภาพและความยั่งยืน (healthy and sustainable society)"

โดยจะมุ่งเน้นถึงการใส่ใจทั้งในความเป็นอยู่การดำเนินชีวิตและสุขภาพของตนเองและผู้อื่นผ่านทางการให้บริการด้านสุขภาพและความงามที่มีคุณภาพสูง ไม่ว่าจะเป็นการผลักดันทางด้านของบริการทางการแพทย์การบริการด้านการดูแลสุขภาพความงามเชิงองค์รวมรวมถึงการเชื่อมโยงกับบริการการท่องเที่ยวและบันเทิงต่าง ๆ เรียกว่าให้ชาวต่างชาติไปดิ้นรนหาเงินกันมามากมายและให้มาจับจ่ายกันในบ้านเรานั่นเองการให้บริการคุณภาพดังกล่าว จะลดแรงกดดันทางด้านราคาจากประเทศอื่น ๆ ที่ไม่มีเอกลักษณ์ด้านการบริการเหมือนกับเรารวมถึงช่วยกระจายรายได้ในระดับที่เหมาะสมสู่ประชากรทุกระดับให้สามารถดำรงตนอยู่บนความพอเพียงของท้องถิ่นตนได้ด้วยรวมถึงลดความจำเป็นในการพึ่งพาการนำเข้าเทคโนโลยีไฮเทคต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นการสร้างตำแหน่งทางการแข่งขันที่ยั่งยืนระยะยาวและสอดคล้องทุกประการกับแนวคิดพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงทุกประการ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากรสูงอายุมีความเปราะบาง ที่ทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องให้การส่งเสริมสุขภาพในลักษณะเฉพาะกลุ่ม เนื่องจากกระบวนการชราทำให้กำลังสำรองลดลง มีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะทุพพลภาพ มักมีโรคหรือปัญหาทางสุขภาพหลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกัน เกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาได้ง่าย เกิดปัญหาสังคมได้ง่าย ปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ไม่ดี และทัศนะคติที่ไม่ดีต่อความชราและสูงอายุของสังคม นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบจากโรคที่เป็นที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมถึงระบบบริการและทรัพยากรประเทศ ลักษณะเหล่านี้ทำให้เกิดความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชากรสูงอายุ เพื่อจะพยายามให้ผู้สูงอายุมีช่วงอายุที่มีสุขภาพดีและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมให้ยาวนานที่สุด

ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

Pender, Murdaugh and Parsons (2011) ได้ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นการสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพื่อให้มีสภาพการเป็นอยู่และสุขภาพที่ดี มีความผาสุก กิจกรรมต่าง ๆ ที่ปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการคงไว้ และการป้องกันการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพ หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์และสถานการณ์ของสิ่งแวดล้อมโดยพิจารณาจากการกระทำทางตรงและทางอ้อมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพนั้นประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี 2) การสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้ภาวะธรรมทัศน์ คือ การมองในเชิงบวกถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เป็นเรื่องธรรมชาติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียบทบาททางสังคม หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น 3) การสร้างเสริมสุขภาพด้านสังคม ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว

และมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม รวมถึงต้องการความมั่นคงในชีวิตด้วยหลักประกันทางสุขภาพ เป็นต้น

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการสนับสนุนพฤติกรรม สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง เช่น การจัดบริการทางสาธารณสุขอย่างทั่วถึง หรือการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุสนใจดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น

กลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ตามกฎบัตรออตตาวา ได้ระบุเกี่ยวกับการวางรากฐานแนวการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (building a healthy public policy) จะต้องมีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่ชัดเจนในทุกระดับ ทั้งในระดับประเทศ ท้องถิ่น และชุมชน สุขภาพของประชาชน ถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและการลงทุนทางสังคมโดยรัฐบาลต้องสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ความเป็นธรรมแก่สังคม คือ การให้ประชาชนมีความมั่นใจว่าสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นในการดำรงชีวิตและการมีสุขภาพดี เช่น การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การเก็บภาษีสุราเพื่อนำรายได้มาใช้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี (creating supportive environments) มนุษย์กับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กัน ประกอบเป็นระบบสังคมและระบบนิเวศที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งระดับชุมชน ประเทศ ภูมิภาค และระดับโลก จึงต้องร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สถานที่ออกกำลังกาย การมีสุขาภิบาลที่ดี 2) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น การปราศจากเชื้อโรค และพาหะนำโรค ยุง แมลงวัน และ 3) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของคนรอบข้าง ทั้งที่บ้าน โรงเรียน และที่ทำงาน

3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthening community action) การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อการบรรลุภาวะสุขภาพที่ดี สิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการต่าง ๆ คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน (empowerment of community) ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และให้การสนับสนุนชุมชนในการกำหนดทิศทาง และการสร้างประชาสังคมในชุมชนต่าง ๆ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มจิตอาสา เป็นต้น

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (developing personal skills) การพัฒนาบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษา และเสริมทักษะในการดำเนินชีวิต การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ และเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิตในวัยต่างๆ สามารถควบคุมโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุ

หน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการต่าง ๆทั้งในบ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชนต่าง ๆ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น

5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (reorienting health services) ระบบบริการสุขภาพปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีการทางการแพทย์ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจและจริยธรรมตามมา ดังนั้นหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชน โดยการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจากเชิงรับที่มุ่งรักษามาเป็นเชิงรุกที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม การดูแลสุขภาพแบบพหุลักษณ์ คือ การดูแลที่รวมทั้งการแพทย์แบบตะวันตก การแพทย์พื้นบ้าน และภูมิปัญญาไทยที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ ให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

เป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีความสนใจเกี่ยวกับการดูแลและการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับตนเอง ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. เพื่อป้องกันและลดภาระจากความพิการ โรคเรื้อรัง และการตายก่อนวัยอันควร ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ไม่เป็นภาระกับครอบครัวหรือสังคม หรือเป็นภาระน้อยที่สุด

2. ลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและเสริมเพิ่มปัจจัยป้องกันสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ การดูแลสุขภาพจิต เป็นต้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาโรค

3. ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม

4. วิเคราะห์ความสามารถ และพลังอำนาจของผู้สูงอายุในการที่จะพัฒนาตนเพื่อดำรงชีวิตเป็นบุคคลหนึ่งที่สำคัญของสังคม

5. ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามความต้องการของตนเองและสอดคล้องกับหลักการทางจริยธรรม

6. ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ อย่างอิสระ และมีประสิทธิภาพได้นานที่สุด

7. จัดระบบสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลที่เพียงพอแก่ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงสิทธิและความเป็นอิสระ

8. เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ควรให้การดูแลให้มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีตามหลัก 6 อ.

การมีสุขภาพที่ดี หมายถึง การที่ร่างกายทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เราสามารถดูแลสุขภาพได้ดีตลอดไปได้ด้วยตนเอง และสามารถป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ด้วยการปฏิบัติตัวตามแนวทาง

สู่การมีสุขภาพดี เมื่อถึงเวลาเจ็บป่วยเราก็ต้องดูแลตนเองให้ดีเพื่อให้หายป่วยเร็วขึ้น หรือเพื่อบรรเทาอาการที่เป็นอยู่ และลดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยได้เร็วยิ่งขึ้น แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามนโยบาย 6 อ. ควรดำเนินการให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่นและวิถีชีวิตของชาวบ้าน การสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ตามหลัก 6 อ. มีดังนี้

1. อาหาร

กินอาหารโดยยึดหลักการกินให้หลากหลายชนิดมากที่สุด ควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันและแป้งในปริมาณมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดโรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้ ควรเน้นอาหารประเภทผักผลไม้ให้มากขึ้น

2. ออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ ขณะออกกำลังกายผู้สูงอายุควรเฝ้าระวังติดตามอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ เวียนศีรษะ หัวใจเต้นผิดปกติ เจ็บหน้าอก ใจสั่น ตาพร่ามัว เป็นต้น ควรหยุดออกกำลังกายทันที และหากอาการไม่ดีขึ้นรีบไปพบแพทย์

3. อารมณ์

อารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อร่างกาย อารมณ์ดีส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น เมื่อมีความสุข ร่างกายจะหลั่งสารสุขที่ ส่งผลให้ร่างกายมีความตื่นตัวกระชุ่มกระชวย ผ่อนคลายการทำงานของสมองจะดี หายป่วยเร็วขึ้น อายุยืนมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าอารมณ์ไม่ดีจะส่งผลทำลายสุขภาพทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง กินอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ก้าวร้าว ความดันโลหิตสูง ดังนั้น การรู้จักควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม มีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้การดำรงชีวิตประจำวันมีความสุข

4. อนามัยสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมในบ้านที่ดีเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในครอบครัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุและการหกล้มได้ ขณะเดียวกันก็ควรสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนด้วย

5. อโรคยา

หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีไขมันสูง ลดการกินอาหารรสจัด ไม่กินอาหารที่สุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารที่มีสารปนเปื้อน การจัดการกับความเครียด โดยทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

6. อบายมุข

งดเว้นการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การเสพยาเสพติด การพนัน ซึ่งเป็นภัยร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตใจ

นอกจากการมีสุขภาพกายที่ดีแล้ว ยังต้องมีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพจิตที่ดี คือ มีจิตใจที่พร้อมเผชิญความไม่แน่นอนในชีวิต ด้วยการเรียนรู้ที่จะอยู่กับบุคลคลอื่นด้วยความรักการแบ่งปัน รู้จักการแบ่งเวลาให้เหมาะสมและมองโลกในแง่ดี ปรับตัวปรับใจได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงได้

บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพสาขาหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและปริมาณผู้สูงอายุในสังคม รวมไปถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุทุกภาวะสุขภาพ ให้ดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายของชีวิต

2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงตนเองและการช่วยเหลือตนเอง (Self care) เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่า การมีศักดิ์ศรีและการดำรงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ

3. ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ ร่วมมือในการประเมินปัญหา หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

4. จัดให้มีการสอนสุขศึกษาหรือให้คำปรึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

5. มีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อติดต่อขอความช่วยเหลือและบริการส่งต่อผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง เป็นการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคมให้กับผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง

6. มีการจัดโครงการต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ และช่วยลดภาวะเครียดจากอาการของโรคหรือสุขภาพที่เสื่อมถอยลงได้

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยประยุกต์แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ได้เริ่มเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การปรับระบบบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นรากฐานการพัฒนาที่ยั่งยืนให้เกิดโครงสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละขั้นพื้นฐานให้มีสุขภาพดี สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 **ได้ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง** ให้อยู่บนพื้นฐานของความสมดุลพอดีและพอประมาณอย่างมีเหตุผล สามารถพึ่งตนเอง มีภูมิคุ้มกัน และรู้เท่าทันโลก อยู่ในสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ สามารถรักษาภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่ไปกับการสืบสานวัฒนธรรมประเพณีที่ดีงามดำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและคุณค่าทางสังคมที่มี

ความสมานฉันท์เอื้ออาทรต่อกันอันจะเป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศอย่างสมดุล มีคุณธรรมและยั่งยืน สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข โดยการปรับการทำงานและการพัฒนาสุขภาพภายใต้การรักษาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ เน้นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ให้มากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นการเสริมสร้างสังคมให้เข้มแข็งด้านครอบครัว เด็ก เยาวชนและผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร ออกกำลังกายอย่าง **พอประมาณ** พอดีไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป และ**มีเหตุผล**ในการเลือกรับประทานอาหาร และออกกำลังกายที่เหมาะสม มีประโยชน์กับตนเอง **มีภูมิคุ้มกัน**โดยมีการเตรียมตัวให้พร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ โดยมีเงื่อนไขของการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียง มี 2 ประการ ดังนี้

1. เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2. เงื่อนไขคุณธรรม คือ มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต ใช้สติปัญญา อดทน และมีความเพียรในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดในการมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงตลอดช่วงอายุขัย

การจัดการที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นการจัดการเพื่อความปลอดภัยเหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน และไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะรวมไปถึงที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน พื้นที่สาธารณะ และระบบการขนส่ง โดยมีหลักการออกแบบให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดการที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุจึงมีหลักการ 4 ประการ ดังนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2552)

1. มีความปลอดภัย คือ มีความปลอดภัย ด้านร่างกาย และสุขภาพอนามัย ได้แก่ มีที่พักอาศัยเป็นสัดส่วน มีระบบสาธารณูปโภคที่ดี มีระบบป้องกันภัยที่ดี เช่น บ้านมีแสงสว่างที่เพียงพอ มีราวจับในห้องน้ำ พื้นบ้านไม่ลื่น มีสัญญาณฉุกเฉินเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

2. สามารถเข้าถึงได้ง่าย คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถเข้า – ออก บ้านได้สะดวก เช่น มีทางลาดสำหรับรถเข็น การจัดทำประตูบ้าน หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในบ้าน มีความเหมาะสม และสะดวกต่อการใช้งาน

3. สามารถสร้างแรงกระตุ้น คือ การตกแต่งสภาพที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อความน่าอยู่ เช่น เลือกใช้สีบ้านที่เหมาะสม ความสว่างเพียงพอ เป็นต้น

4. ดูแลรักษาง่าย คือ บ้านผู้สูงอายุควรออกแบบให้ดูแลรักษาได้ง่าย และมีความปลอดภัย

จากหลักการจัดบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อความปลอดภัย สามารถดูแลรักษาได้ง่ายและการเข้าออกภายในบ้านได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ จึงได้มีการจัดการที่พักอาศัย สภาพแวดล้อมบริเวณรอบบ้าน และภายในบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไป และบริเวณรอบบ้าน

ลักษณะของบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบ ๆ บ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุต้องมีความมั่นคงถาวร พื้นที่รอบบ้านไม่แออัด ไม่ห่างจากชุมชนจนเกินไป พื้นที่ใช้สอยในบ้านเหมาะสมกับจำนวนคนที่พักอาศัย มีถนนหรือทางเข้าบ้านที่สะดวก ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอในทางเข้าบ้าน และรอบบริเวณบ้าน ตั้งอยู่ในเขตที่ปลอดอาชญากรรม ปราศจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ มีสาธารณูปโภคครบครัน เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ การคมนาคม เป็นต้น มีการกำจัดขยะมูลฝอย และน้ำเสียตามหลักสุขาภิบาล รั้วรอบขอบชิดหรือระบบความปลอดภัยรอบบ้าน ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน สนามรอบบ้านไม่รกเกินไปจนเป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ ร้ายต่าง ๆ พื้นทางรอบบ้านไม่ลื่นหรือแฉะเกินไป โดยเฉพาะทางลาดภายนอกตัวบ้าน ควรมีลักษณะ ดังนี้

1.1 พื้นผิวต้องใช้วัสดุที่ไม่ลื่น

1.2 ทางลาดมีความกว้างไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร ทางลาดที่มีความยาวตั้งแต่ 2.50 เมตร ขึ้นไปต้องมีราวจับทั้ง 2 ข้าง

1.3 ความยาวของทางลาดน้อยกว่า 6 เมตร ต้องมีความกว้างอย่างน้อย 0.9 เมตร

1.4 ความยาวของทางลาดมากกว่า 6 เมตร ต้องมีความกว้างอย่างน้อย 1.5 เมตร และต้องมีชานพัก เพื่อไม่ให้ความยาวแต่ละช่วงเกิน 6 เมตร

1.5 ทางลาดที่ไม่มีผนังกั้น ให้ยกขอบสูงจากพื้นผิวของทางลาดไม่น้อยกว่า 15 เซนติเมตร และมีราวกันตก

1.6 อัตราส่วนของทางลาดที่เหมาะสม คือ 1:12 ถึง 1:20 หมายความว่า หากพื้นที่สูงต่างกัน 1 เมตร ทางลาดควรจะยาวตั้งแต่ 12 - 20 เมตร

1.7 พื้นที่ที่มีการเปลี่ยนระดับไม่เกิน 20 มิลลิเมตร พื้นลาดที่เชื่อมพื้นที่ต่างระดับควรมีความชันไม่เกิน 45 องศา

1.8 ราวจับสูงจากพื้น 80 - 90 เซนติเมตร ทำด้วยวัสดุเรียบ มั่นคง แข็งแรง มีลักษณะกลมเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 - 4 เซนติเมตร ราวจับต้องยาวต่อเนื่องกัน ปลายราวควรยื่นเลยจากจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของทางลาด 30 - 40 เซนติเมตร

1.9 ควรใช้สีที่เห็นถึงความแตกต่างระหว่างพื้นผิวของทางลาดกับพื้นของจุดเชื่อมต่อและระหว่างพื้นทางลาดกับผนังที่ติดกับทางลาด

2. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุ สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้

2.1 ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้าน และระหว่างห้องต่าง ๆ เช่น เสื้อผ้า เฟอร์นิเจอร์ ธรณีประตู

2.2 ประตูห้องกว้างเพียงพอ คือ ช่องประตูกว้างอย่างน้อย 0.9 เมตร ไม่ควรมีธรณีประตู ประตูควรเปิด – ปิด ได้ง่าย เช่น ประตูที่เหมาะสมที่สุด คือ ประตูเปิด – ปิด อัตโนมัติ ถ้าเป็นประตูแบบบานเปิดผลักเข้า – ออก เมื่อเปิดประตูออกสู่ทางเดินแล้ว ต้องมีพื้นที่ว่าง กว้างไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร ประตูแบบบานเลื่อนให้มีมือจับในแนวดิ่งทั้งสองด้านของประตู ปลายด้านล่างของมือจับสูงกว่าพื้นไม่เกิน 0.80 เมตร ปลายด้านบนสูงจากพื้นไม่เกิน 1 เมตร ประตูกระจก ต้องมีการติดเครื่องหมาย หรือแถบสีที่สังเกตเห็นได้ชัด ในระดับความสูง 1.40 – 1.50 เมตร ประตูและขอบประตู ควรทาสีให้ตัดกับสีของพื้นผนังเพื่อง่ายต่อการมองเห็น

2.3 ถ้าปูเสื่อหรือพรมต้องต้องติดให้ตรึงเรียบ

2.4 พื้นบ้านเรียบ ใช้วัสดุปูพื้นที่ไม่ลื่น และไม่เล่นระดับจนเป็นอุปสรรคในการเดิน

2.5 สามารถใช้รถเข็นหรืออุปกรณ์ช่วยเดินในบ้านได้

2.6 ห้องน้ำต้องมีความกว้างพอที่จะนำรถเข็นเข้าไปหมุนหรือเคลื่อนตัวได้ โดยทั่วไปลักษณะการออกแบบห้องน้ำ สำหรับผู้สูงอายุ คือ พื้นห้องน้ำควรมีระดับเสมอกับภายนอก ถ้าเป็นพื้นต่างระดับควรมีทางลาด ภายในห้องน้ำต้องมีพื้นที่กว้างพอที่จะนำรถเข็นเข้าไป หมุน หรือเคลื่อนตัวได้ ในรัศมีไม่น้อยกว่า 0.75 เมตร วัสดุที่ใช้ทำพื้นควรไม่ลื่น กันน้ำ ทำความสะอาดง่าย และใช้สีที่แตกต่างระหว่างกำแพงกับพื้น มีระบบระบายน้ำที่ดี ไม่มีน้ำขัง ประตูห้องน้ำที่เหมาะสม คือ แบบบานเลื่อน ถ้าเป็นแบบบานผลักเปิด ควรเป็นลักษณะเปิดออกสู่ด้านนอก ความกว้างประตูไม่ต่ำกว่า 0.90 เมตร สามารถปลดล็อกได้จากภายนอก ภายในห้องน้ำควรมีปุ่มสัญญาณฉุกเฉิน เพื่อขอความช่วยเหลือโถส้วมที่ใช้ควรเป็นแบบโถนั่งสูงจากพื้น 0.45 – 0.50 เมตร ที่กดชักโครกควรเป็นแบบก้านโยกมากกว่าแบบปุ่ม ที่แขวนกระดาษชำระในระยะที่เอื้อมถึง อยู่สูงจากพื้นตั้งแต่ 0.55 – 1.20 เมตร มีราวจับในห้องน้ำ ทั้งแนวนอนและแนวดิ่ง โดยราวจับแนวนอนอยู่สูงจากพื้น 0.65 – 0.70 เมตร และยื่นล้ำออกมาทางด้านหน้าโถส้วมอีก 0.25 – 0.30 เมตร ส่วนราวจับในแนวดิ่งให้มีความยาววัดขึ้นไปจากราวจับในแนวนอนอีกอย่างน้อย 0.60 เมตร อ่างล้างมือ ควรอยู่สูงจากพื้น 0.75 – 0.80 เมตร และใต้อ่างควรปล่อยเป็นพื้นที่ว่าง เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้รถเข็นเข้าไปใช้อ่างล้างมือได้สะดวก และเลือกใช้ก๊อกน้ำชนิดก้านโยก หรือแบบอัตโนมัติ

2.7 ตู้หรือชั้นวางของควรปรับระดับได้

2.8 มีราวจับที่แข็งแรง และยึดแน่น บริเวณทางเดินที่ใช้อยู่เป็นประจำ

2.9 มีลักษณะของบันไดที่เหมาะสม คือ หลีกเลี่ยงบันไดเวียน มีระยะเท่ากันทุกระดับขั้น ความกว้างไม่น้อยกว่า 0.90 เมตร สำหรับบันไดทางเดียว สำหรับบันไดที่ต้องการให้เดินสวนทางกันได้ มีความกว้างไม่น้อยกว่า 1.5 เมตร พื้นผิวเรียบ ไม่ลื่น จมูกบันไดต้องไม่มีขอบแหลมคม และมีระยะเหลื่อมระหว่างขั้นไม่เกิน 2 เซนติเมตร มีชานพักเป็นระยะ ความกว้างของชานพักไม่น้อยกว่า 1.20 เมตร มีราวจับทั้งสองข้างยาวต่อเนื่อง ความสูงจากพื้น 80 - 90 เซนติเมตร และควรยาวเลยด้านล่างสุด และด้านบนสุดของบันได 30 - 40 เซนติเมตร ถ้าบันไดกว้างกว่า 3 เมตร ควรติดตั้งราวจับตรงกลางเพิ่มอีกราว และควรทำพื้นผิวต่างสัมผัสไว้บริเวณก่อนขึ้นบันได และสิ้นสุดขั้นบันได

2.10 มีโทรศัพท์ไว้ใช้หลายจุดในบ้าน เช่น ห้องนั่งเล่น ห้องนอน ห้องน้ำ เป็นต้น

2.11 มีระบบรักษาความปลอดภัยภายในบ้าน รวมทั้งการขอความช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉิน

2.12 มีระบบตัดไฟอัตโนมัติ กรณีไฟฟ้าลัดวงจร มีระบบไฟฟ้าแสงสว่างฉุกเฉินบริเวณห้องนอน ห้องรับแขก และทางเข้าบ้าน

2.13 ควรมีแสงไฟทั้งภายใน และภายนอกอาคาร เพื่อช่วยในการมองเห็นของผู้สูงอายุ โดยใช้แสงสะท้อนที่มีความสว่างพอเหมาะ บริเวณที่อยู่อาศัยควรมีความสว่างทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ทางเดินควรมีแสงสว่างเพียงพอ ในการนี้สำหรับการติดตั้งสวิตซ์ไฟ ควรไม่สูงเกิน 90 เซนติเมตร เพื่อหลีกเลี่ยงการเอื้อม มีแสงตอนปิดสวิตซ์ สามารถปิด – เปิดได้ในระยะเอื้อมถึงจากเตียงนอน และปลั๊กไฟ ควรสูงจากพื้น อย่างน้อย 45 เซนติเมตร เพื่อหลีกเลี่ยงการก้ม

2.14 อุปกรณ์ และส่วนของอาคารควรมีสีที่ตัดกัน หรือแตกต่างกัน เช่น สีของพื้นบ้าน เฟอร์นิเจอร์ ควรแตกต่างไปจากสีของผนัง สีของผ้าปูเตียงควรแตกต่างจากสีพื้นห้องนอน สีผ้าเช็ดตัวในห้องน้ำ และผ้าเช็ดมือในห้องครัวควรแตกต่างไปจากสีของผนังที่แขวน ราวจับ และราวแขวนผ้าในห้องควรมีสีแตกต่างจากสีของผนัง ขอบของขั้นบันไดทุกขั้นควรมีสีที่แตกต่างจากสีของบันไดบ่งบอก และควรใช้ตัวเลขและตัวอักษรในโทรศัพท์ เป็นตัวใหญ่ และเรืองแสง

2.15 ภายในบ้านควรมีการเก็บยา สารพิษ และอุปกรณ์ที่มีคมอย่างปลอดภัย

2.16 ห้องรับแขก และห้องนั่งเล่น พื้นห้องความมีสีสว่าง และสีตัดกันในส่วนที่แตกต่างกัน เช่น ขอบโต๊ะ พื้นทางเดิน ระดับความต่างสูงจากพื้น 50 เซนติเมตร

การจัดการสภาพที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรมีความปลอดภัย เข้าถึงได้ง่าย มีสิ่งกระตุ้นความรู้สึก และรักษาได้ง่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกับการใช้ชีวิตประจำวันภายในบ้าน นอกจากนี้การจัดบ้านที่ดีต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัยด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ต้องเป็นผู้ใช้ประโยชน์สิ่งต่าง ๆ ที่ได้สร้างขึ้นทั้งภายนอก และภายในบ้าน เพื่อการใช้ที่สะดวกสบาย เอื้อประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุได้

หลักการออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

การจัดการที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมสำหรับของผู้สูงอายุ นับเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในที่พักอาศัยได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพของตนเอง ดังนั้น การออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ที่มีจุดเน้นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความมีเหตุผล ความพอประมาณ และภูมิคุ้มกัน ควรมีลักษณะดังนี้

1. การออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมอย่างมีเหตุผล: กล่าวคือ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ มิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของระบบต่าง ๆ ที่เสื่อมถอยลง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ การได้ยิน และการมองเห็นลดลง การรับความรู้สึกช้าลง ความจำสั้นลง อารมณ์เปลี่ยนแปลง จึงส่งผลต่อการอยู่อาศัยในบ้านหรือสภาพแวดล้อม ดังนั้น ด้วยเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ การออกแบบสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ควรยึดหลักโดยมีแนวคิด ดังนี้

1.1 มีความปลอดภัยทางกายภาพความปลอดภัยทางกายภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ภายในที่พักอาศัยเช่น มีแสงสว่างเพียงพอในบริเวณบันไดหรือทางเข้ามีราวจับในห้องน้ำ พื้นกระเบื้องไม่ลื่น อุปกรณ์ปิดเปิดน้ำและลูกบิดเปิดประตูไม่ต้องออกแรงมากนัก มีสัญญาณฉุกเฉินอยู่บริเวณหัวเตียงหรือห้องน้ำหรือจุดต่าง ๆ ในบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกดเรียกขอความช่วยเหลือได้

1.2 สามารถเข้าถึงได้ง่ายผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง ผู้สูงอายุบางรายต้องใช้อุปกรณ์เสริมในการเคลื่อนไหว ดังนั้น การออกแบบที่พักอาศัย จึงต้องยึดหลักให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น มีทางลาดสำหรับรถเข็น การออกแบบตู้ให้มีขนาดพอดี ผู้สูงอายุหยิบของได้สะดวก อยู่ใกล้แหล่งชุมชนเดิม ญาติมิตรสามารถมาเยี่ยมเยียนได้สะดวก

1.3 สามารถสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้การออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ควรสร้างแรงกระตุ้นหรือส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายได้ เช่น มีการเลือกใช้สีทาบ้านที่เหมาะสม ทำให้การใช้ชีวิตรู้สึกกระชุ่มกระชวย ไม่ซึมเศร้ามีการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุนำความสามารถต่าง ๆ มาใช้ได้อย่างเต็มที่หรือมีการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถก่อประโยชน์ให้กับชุมชน

1.4 ดูแลรักษาง่าย กรณีนี้เกี่ยวข้องกับขนาดของบ้านที่ไม่ควรใหญ่จนเกินไป หรือถ้าหลังใหญ่ก็ควรจะมีห้อง พร้อมบานประตูเปิดปิดได้ เพื่อความสะดวกในการดูแลสนามหญ้าอาจเปลี่ยนเป็นพุ่มไม้เตี้ย เพื่อลดภาระในการดูแลลง เป็นต้น

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
305.26
ร3337ก
ค-3

2. การออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมบนความพอประมาณ: ความพอประมาณนั้นเป็นความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไปโดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ดังนั้น การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องมีความพอประมาณในทุกๆ มิติ และสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเดิมของผู้สูงอายุ จึงเป็นการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเดิมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ไม่ควรเป็นการสร้างที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมใหม่ เพราะการสร้างที่พักอาศัยใหม่ให้กับผู้สูงอายุต้องใช้เงินจำนวนมาก และอาจจะไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้สูงอายุ ผลสุดท้ายผู้สูงอายุอาจจะไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมใหม่นั้นได้ ดังนั้น จึงควรใช้วิธีการปรับปรุง ซ่อมแซม หรือเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบต่างๆ ของที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเดิมที่มีอยู่ โดยใช้งบประมาณอย่างเหมาะสมและพอประมาณกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างตามปกติสุข การออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมโดยยึดแนวคิดความพอประมาณนั้น ควรมีหลักการ ดังนี้

2.1 ควรให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเดิม (Aging in Place) ไม่ควรย้ายไปสร้างที่พักอาศัยใหม่ เพราะถึงแม้จะออกแบบตามหลักการภูมิสถาปัตย์ที่ทันสมัย แต่ผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาเรื่องของการปรับตัวทางสังคมด้วย ผู้สูงอายุบางรายอาจเกิดการเจ็บป่วยทันทีเมื่อย้ายไปอยู่ในที่พักอาศัยแห่งใหม่ เพราะเหมือนขาดอะไรบางอย่างทั้งทางสังคมและจิตใจ

2.2 การจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม ควรสอดคล้องกับสภาพการณ์ และวิถีชีวิตไทย ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่เรามักจะใช้มาตรฐานการออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมจากต่างประเทศ ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุไทย ดังนั้น การออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมควรยึดหลักความพอประมาณตามบริบทของสังคมไทย และควรออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยตัวเองได้มากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในการดำรงชีวิต

3. การออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมอย่างมีภูมิคุ้มกัน: เป็นการเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในวัยสูงอายุผู้สูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยไปในทางที่เสื่อมลง โดยกล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น มีความเสื่อมของจอรับภาพส่งผลต่อการมองเห็นไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้หลังค่อมมากขึ้น ท่าเดินและการทรงตัวผิดปกติ ไม่เพียงแต่การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุเท่านั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมือชาเท้าชา ปัญหาเกี่ยวกับสายตา ปัญหาการใช้ยาหลายชนิด สิ่งต่างๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุมากขึ้น แต่บางครั้งผู้สูงอายุไม่อยากเป็นภาระของใคร เพื่อเป็นการสร้าง "ภูมิคุ้มกัน" ให้กับผู้สูงอายุในเรื่องเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม จึงควรมีการเตรียมผู้สูงอายุให้รับรู้ เข้าใจ และสร้างความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่กำลังเกิดขึ้นหรือจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ทราบถึง

359081

ความจำเป็นในการปรับปรุง/ เปลี่ยนแปลงที่พักอาศัย เป็นการเตรียมความพร้อมต่อการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมใหม่ ดังนั้นการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจในการใช้ชีวิตได้ตามปกติ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนในทุก ๆ ด้าน ด้วยเหตุผลหลักที่ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพึ่งพาตนเอง ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา โดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถนำไปใช้ในกระบวนการพัฒนาได้ 2 ลักษณะดังนี้

1. การมีส่วนร่วมเป็นวิถีทาง (participation as a means) คือ เป็นวิถีทางที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือเป็นการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนมาใช้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าประสงค์ (participation as a goals) คือ เป็นกระบวนการให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสร้างให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ได้อธิบายกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปในทิศทางเดียวกันในลักษณะของการมีส่วนร่วมตามกระบวนการพัฒนา สรุปได้เป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและความต้องการ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและกำหนดความต้องการของชุมชน รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันคิดและตัดสินใจวางแผนการแก้ปัญหา โดยกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา กำหนดกิจกรรมหรือโครงการ กำหนดทรัพยากรที่ต้องใช้ทั้งด้านกำลังคน เงิน และวัสดุอุปกรณ์

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันดำเนินงานในโครงการหรือกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยร่วมเป็นผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประสานงาน ผู้บริหาร รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านเงินทุนและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยการตรวจสอบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน และพิจารณาผลงานที่เกิดขึ้นทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

5. การมีส่วนร่วมในการรับและใช้ผลประโยชน์ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนได้รับและนำเอาผลจากการดำเนินงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนรวมทั้งร่วมบำรุงรักษาผลประโยชน์ที่ได้รับ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาด้านสุขภาพ

ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งระดับตนเอง ครอบครัวและชุมชน สำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพมีได้หลายรูปแบบ ดังนี้

1. อาสาสมัครด้านสาธารณสุข เป็นรูปแบบการพัฒนากำลังคนในชุมชนให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพในระดับหนึ่ง เพื่อเป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชนและร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งที่ผ่านมาได้มีอาสาสมัครสาธารณสุขหลากหลาย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครมาลาเรีย ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค อาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียน เป็นต้น

2. กองทุน เป็นรูปแบบการระดมทุน วัสดุอุปกรณ์และกำลังคนในชุมชนมาใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน โดยจัดตั้งขึ้นในรูปของกองทุน ซึ่งเงินของกองทุนได้มาจากเงินบริจาค เงินค่าหุ้นของประชาชนและเงินที่รัฐช่วยสนับสนุน ส่วนในการดำเนินงาน ประชาชนเป็นผู้บริหารจัดการเองตั้งแต่การคัดเลือกกรรมการกองทุน การหาสถานที่ตั้งกองทุน การระดมทุน การจัดกิจกรรมบริการ การติดตามตรวจสอบผลการดำเนินงาน และการจัดสรรผลกำไร ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการจัดตั้งกองทุนหลายกองทุน เช่น กองทุนยา กองทุนโภชนาการ กองทุนสุขาภิบาล กองทุนแปรงสีฟันและยาสีฟัน และกองทุนมุ้ง เป็นต้น

3. การประชุมเพื่อระดมความคิด เป็นรูปแบบการระดมความคิดของประชาชนในการวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งเทคนิคที่นิยมใช้มีดังนี้

3.1 กระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ชุมชนหรือกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) เป็นการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ซึ่งเชื่อในพลังสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล กลุ่มคน และชุมชน 3 พลัง คือ 1) พลังความรักและความซาบซึ้งเข้าใจ (Appreciation) คือ การมีความรัก ความเมตตา ความปรารถนาดี ความเป็นมิตร ความซาบซึ้งในคุณค่า การรับรู้เข้าใจเอาใส่ใจต่อบุคคล ซึ่งจะทำให้บุคคลยอมรับชื่นชมความคิดเห็น ความรู้สึกของคนอื่น ๆ โดยไม่รู้สึกต่อต้าน 2) พลังสร้างสรรค์และการมีปฏิสัมพันธ์ (Influence) คือ การใช้ประสบการณ์และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ซึ่งสมาชิกแต่ละคนมีอยู่มาช่วยกันกำหนดวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน และ3) พลังความพยายามและการควบคุมจัดการ คือ การมีความมุ่งมั่นผูกพันและความรับผิดชอบที่จะปฏิบัติภารกิจซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของตนให้ดำเนินไปด้วยดีจนบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

3.2 กระบวนการสร้างอนาคตร่วมกันหรือกระบวนการ FSC (Future Search Conference) เป็นการประชุมร่วมกันของผู้แทนกลุ่มต่างๆในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยร่วมกันวิเคราะห์

เหตุการณ์ในอดีตเพื่อเชื่อมโยงกับสภาพในปัจจุบัน ร่วมกันวิเคราะห์สภาพการณ์ในปัจจุบันเพื่อความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประเด็นหลักในการประชุมและสร้างจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนาในประเด็นหลักในการประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการไปสู่อนาคตร่วมกัน โดยมีการจัดกลุ่มระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเฉพาะ เป็นกลุ่มที่สมาชิกในกลุ่มมีลักษณะบางประการที่เหมือนกัน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น 2) กลุ่มผสม เป็นกลุ่มที่มีสมาชิกมีความแตกต่างหลากหลาย และ 3) เป็นกลุ่มที่สมาชิกความสนใจในประเด็นเดียวกัน การประชุมกลุ่มต่าง ๆ จะจัดสมาชิกกลุ่มไม่เกิน 10 คน

กลยุทธ์ที่จะให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลยุทธ์ที่จะให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน มีดังนี้

1. กระบวนการขั้นต้นของการพัฒนา เช่น การเข้าถึงชุมชนตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะกระทำในชุมชนจะต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมของประชาชน หรือริเริ่มจากภายในวัฒนธรรมของท้องถิ่น (Cultural Foundation) โดยประชาชนที่ต้องการเปลี่ยนแปลงเป็นผู้นำความคิดนั้น ๆ แม้ว่าการสนับสนุนจากภายนอกเป็นสิ่งจำเป็นมากในบางขั้นตอนของกระบวนการ เช่น ในช่วงวิกฤติหรือการเปลี่ยนแปลงอาจเป็นสิ่งที่ริเริ่มจากภายนอกชุมชนในบางกรณีก็ตาม แต่ถ้าต้องการมองเห็นความสำเร็จที่แท้จริงแล้วการลงมติหรือข้อยุติของการพัฒนาจะต้องเป็นสิ่งที่มาจากภายในชุมชนนั้นเอง

2. กระบวนการพัฒนาต้องมีลักษณะองค์รวม (Holistic) ทั้งในแง่บุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ มีการผสมผสานพลังของกลุ่มต่าง ๆ (interdisciplinary) องค์การต่าง ๆ (intersector)ในลักษณะที่รวมมิติ (multidimensional) นั่นคือ การพัฒนาบุคคล ครอบครัว ชุมชน ต้องเดินทางร่วมกันไป เนื่องจากการเสริมกำลังและกระบวนการพัฒนาชุมชนจะมีผลต่อการพัฒนาบุคคลโดยตรง ทำนองกลับกับถ้าบุคคลแกร่งขึ้น มีความรู้มากขึ้นและร่วมมือในกระบวนการพัฒนามากขึ้น ก็จะมีผลต่อการพัฒนาโดยส่วนรวมของครอบครัวและชุมชน มิติทั้ง 2 ด้านของกระบวนการนี้ต่างขึ้นอยู่แก่กันและกัน ถ้าขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้านอื่น ๆ ก็จะไม่เกิด

3. ต้องส่งเสริมและช่วยให้ประชาชนมีการมองหรือปริทัศน์ต่ออนาคตในทางบวก คือ ให้มีจินตนาการ (vision) เพราะหากประชาชนไม่มองเห็นความเป็นไปได้ขอการพัฒนา ไม่มีจินตนาการก็เท่ากับไม่เกิดการพัฒนา ดังนั้นประชาชนจะต้องมองเห็นศักยภาพของตนในการเยียวยาแก้ไขปัญหาของตนเองก่อนจึงจะเกิดความคิดความตั้งใจที่จะลงมือกระทำตามจินตภาพนั้น

4. ต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ (learning) โดยเน้นให้เป็นศูนย์กลางของกิจกรรมการพัฒนา กระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นสิ่งจำเป็น เป็นปัจจัยพลวัตพื้นฐานของการพัฒนามนุษย์ ประชาชนต้องเรียนรู้การมีชีวิตอยู่ในโลกฐานะบุคคล ครอบครัว และชุมชน

5. กระตุ้นและสนับสนุน (Encourage) อย่างจริงจังให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่การประเมินความต้องการ การวางแผน การประเมินผลและอื่น ๆ

6. ให้มีการบูรณาการ (integration) ผสมผสานทั้งจากล่างสู่บนและบนสู่ล่าง เพื่อให้ข้างบนได้รับแนวทางที่ชี้จากข้างล่างตามความต้องการภายในชุมชน แล้วข้างล่างก็จะสนับสนุนสอดคล้องกับฝ่ายบนโดยมีข้อมูลสนับสนุนจากภายนอกและจากฝ่ายอบรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประมวญ พิรัชพันธุ์ (2543) ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ผลการวิจัยในประเด็นหลัก ๆ สรุปได้ดังนี้

สภาพทั่วไปของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไม่มีส่วนใดสิ่งใดที่จัดทำให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยในวัยสูงอายุโดยเฉพาะที่อยู่อาศัย มีความสะดวกสบายตามอัตภาพของผู้อยู่อาศัย ในวัยแข็งแรงผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว และหรือมีบุตรหลานที่คาดว่าจะอยู่อาศัยด้วยได้ในบั้นปลายชีวิต

ผู้สูงอายุไม่มีการเตรียมการเกี่ยวกับที่พักอาศัย ขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำและตกแต่งบ้านเรือนให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัย เพื่อให้ชีวิตมีความสะดวกสบายปลอดภัยและยืดเวลาการพึ่งพาหรือเป็นภาระแก่บุตรหลานออกไป ผู้สูงอายุคิดว่าเมื่อถึงวัยช่วยตนเองไม่ได้ลูกหลานก็คงจะเลี้ยงดู ไม่มีการมองการณ์ไกลในเรื่องนี้และไม่มีความรู้ว่ารัฐมีการจัดบริการสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องนี้ ผู้สูงอายุพอใจอยู่อาศัยในที่สงบใกล้ชิดธรรมชาติในแวดวงความอบอุ่นของครอบครัวญาติมิตร ลักษณะบ้านที่ชอบ คือ บ้านเดี่ยวมีขนาดและบริเวณบ้านพอสมควรไม่ใหญ่โตเพียงมิให้คับแคบอึดอัด มีสิ่งของเครื่องใช้ที่อำนวยความสะดวกในด้านการดำรงชีวิตประจำวันตามความจำเป็น ต้องการให้รัฐจัดบริการสวัสดิการหลากหลายในลักษณะที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวยาวนานที่สุด และเป็นภาระต่อครอบครัวน้อยที่สุด สิ่งที่ต้องการให้รัฐจัดบริการให้คือ บริการด้านการแพทย์การให้คำปรึกษาหารือเป็นเพื่อนช่วยคิดสโมสรสถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน อาหารปั่นโต การซักรีดเสื้อผ้า และให้มีสวัสดิการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยยากไร้และขาดที่พึ่ง ในด้านสภาพแวดล้อมหรือชุมชนไร้ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุแม้จะมีสาธารณูปโภคและสาธารณูปการตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกพอประมาณ แต่ยังขาดคุณภาพและมีช่องว่างให้ปรับปรุงได้อีกมากกว่าจะถึงขีด "ชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมดี" ซึ่งจะทำให้ผู้คนทุกเพศวัยไม่เฉพาะแต่ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยอย่างมีความสุข ชุมชนที่ผู้สูงอายุต้องการอยู่อาศัย คือ ชุมชนที่มีบริการทำให้ชีวิตสะดวกสบายขึ้นรวมถึงบริการทางสังคม เช่น การศึกษาอนามัยและการพักผ่อนหย่อนใจ มีความปลอดภัยจากภัยธรรมชาติและภัยจากมนุษย์ ส่วนในเรื่องที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมประเด็นที่ผู้สูงอายุสนใจอยากทราบมากที่สุด คือ บริการสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและด้านอื่น ๆ ที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุรองลงมาคือ เรื่องการจัดบ้านให้สะดวกสบายปลอดภัยแก่การอยู่อาศัย สำหรับสื่อหรือวิธีการที่ต้องการรับความรู้ต้องการรับจากโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือ วิทยุการ สัมมนากลุ่มระหว่างผู้สูงอายุเองและการอบรมบรรยาย รูปแบบการนำเสนอต้องการรายการแบบสัมภาษณ์เล่าเรื่องหรือบรรยาย

ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทย ด้วยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและสังคม และการจัดบริการสวัสดิการที่กว้างขวางครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุทุกกลุ่มตลอดไปถึงการทำเมืองและชุมชนให้น่าอยู่ อันจะเป็นอานิสงไม่เฉพาะแต่ผู้สูงอายุแต่กับคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวมด้วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 2 มาจัดทำเป็นรูปแบบการทดลองให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในหัวข้อที่ผู้สูงอายุอยากทราบ โดยใช้วิธีฝึกอบรมด้วยวิทยากร ผลปรากฏว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดแต่งบ้านให้อยู่สบาย ปลอดจากอุบัติเหตุ และเรื่องบริการสวัสดิการที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุโดยมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ต้นข้าว ปาณินท์, จิรัฐกา จิตติรัตนากร, อุปถัมภ์ รัตนสุภา และจิโรจ กาญจนาภรณ์ (2547) ศึกษาเรื่อง คติความเชื่อและระบบสังคมซึ่งสัมพันธ์กับเรือนและการอยู่ พบว่า 1) การเลือกสรรบริบทที่ตั้งชุมชน จะเลือกสรรตามความถนัดในการดำรงชีวิตมากกว่าจะกำหนดด้วยความเชื่อ 2) ความเชื่อกับสภาวะสบายของเรือนอยู่ควบคู่กัน และมีผลต่อการปลูกเรือน และการอยู่อาศัยที่ยั่งยืน 3) ความเชื่อมีผลต่อระบบสังคมและชุมชน ส่งผลให้เรือนต้องสร้างมีโถงขนาดใหญ่ไว้รองรับญาติ 4) สภาพเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความเชื่อที่สัมพันธ์กับเรือนและการอยู่เริ่มจางหายไป

ปณิตา วงศ์มหาดเล็ก, สัทธา ปัญญาแก้ว และสุพิชชา โตวิวิชญ์ (2547) ศึกษาเรื่อง วัสดุและการก่อสร้างเรือนพื้นถิ่นในการอยู่แบบยั่งยืนของไทย พบว่า 1) ด้านการเลือกใช้วัสดุในการก่อสร้างและต่อเติมเรือน มีการนำวัสดุสมัยใหม่เข้ามาใช้ก่อสร้างทดแทนวัสดุเดิมที่ผุพัง โดยความคงทนของวัสดุเป็นสิ่งที่เจ้าของเรือนให้ความสำคัญมากที่สุด และมีการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน เช่น การนำเสื่อมาขึงเป็นฝ้าเพดานเพื่อลดความร้อน 2) ด้านระบบและรูปแบบของการก่อสร้าง มีแนวโน้มเปลี่ยนไปสู่การก่อสร้างแบบใหม่ 3) ด้านสภาวะน่าสบายในเรือนพื้นถิ่น เป็นสิ่งที่เจ้าของเรือนเห็นความสำคัญและให้ความสำคัญอย่างมาก โดยผนังห้องมักจะเป็นผนังโปร่ง ลมพัดผ่านได้ ส่วนการต่อเติมลังคาที่มีความลาดชันน้อย และมีความสูงไม่มาก จะมีผลต่อการไหลเวียนของอากาศของเรือน ทำให้สภาวะความน่าสบายเปลี่ยนแปลงไป และการเทพื้นคอนกรีตแทนลานดินใต้ถุนเรือน ก็ส่งผลต่อภาวะน่าสบายของเรือนเช่นกัน เนื่องจากพื้นคอนกรีต เมื่อรับแสงแดดจะสะสมความร้อน ทำให้ค่าความจุความร้อนมากกว่าพื้นดิน 4) ด้านสภาวการณ์ปัจจุบันของเรือนพื้นถิ่นกับการอยู่แบบยั่งยืนของไทย พบว่ามีการเจาะช่องเปิดของเรือนพื้นถิ่นเพื่อการระบายอากาศ และเจ้าของเรือนฝ่ายชายจะเป็นผู้ลงมือออกแบบก่อสร้างเอง

ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ (2548) ศึกษาเรื่องมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ประเภทของที่อยู่อาศัยในปัจจุบันผู้สูงอายุอยู่บ้านเดี่ยวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ บ้านไม้ยกพื้น ร้อยละ 16.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านพื้นที่ใช้สอย สภาพแวดล้อม และด้านความสะดวกสบายและไม่เคยคิดย้ายจากที่อยู่ปัจจุบัน ร้อยละ 86.1 ผลการสำรวจการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมดรวม

14 อุปกรณ์ ได้แก่ ราวจับ สวิทช์ไฟฟ้าปลั๊กไฟฟ้า โถสุขภัณฑ์ การใช้สีก๊อกน้ำ ทางลาด บันได ลูกบิดประตู มือจับประตู กลอนประตู พื้น รั้วและเก้าอี้ ซึ่งสามารถแยกสรุปเป็นองค์ประกอบภายนอกอาคารและพื้นที่ภายในอาคาร คือ ความสูงลูกตั้งบันไดประมาณ 13 เซนติเมตร ความชันของทางลาด อัตราส่วน 1:12 พื้นผิวจะต้องไม่ลื่นสามารถเดินหรือเข็นรถเข็นได้สะดวก รั้วบ้านที่มีความสูงระดับหน้าอกแบบรั้วกึ่งทึบกึ่งโปร่ง เก้าอี้สนามแบบชุดเก้าอี้ไม้ พนักพิงมีโต๊ะวางของตรงกลางและสามารถนั่งได้หลายคน

สำหรับการใช้พื้นที่ภายในอาคารห้องนอนมีพื้นที่อย่างน้อย 10-12 ตารางเมตรต่อคน ไม่รวมห้องน้ำและ 16-20 ตารางเมตรสำหรับห้องพักรวม (2 คน) และให้มีการเคลื่อนที่ของรถเข็นได้สะดวก ระดับของสวิทช์ที่ผู้สูงอายุเลือกมากที่สุดคือระดับ 120 เซนติเมตรจากพื้น สวิทช์ไฟฟ้าไม่ควรสูงเกินไปเพื่อให้ผู้สูงอายุกดได้สะดวกโดยไม่ต้องเอื้อม ส่วนระดับของปลั๊กไฟฟ้าที่ผู้สูงอายุเลือกมากที่สุดคือระดับ 90 เซนติเมตรจากพื้น ระดับปลั๊กไฟฟ้าต้องไม่ต่ำเกินไปเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุต้องก้มลงไปมาก โดยรูปแบบของสวิทช์มีขนาดใหญ่ไม่มากนัก แสดงว่าผู้สูงอายุเลือกใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคยอยู่แล้ว ส่วนปลั๊กไฟฟ้าเลือกใช้ปลั๊กแบบที่มีสวิทช์ตัดไฟประกอบด้วยมากที่สุดแสดงว่าผู้สูงอายุมีความต้องการใช้อุปกรณ์ที่มีความปลอดภัยและไม่ยุ่งยากที่จะใช้งาน สำหรับอุปกรณ์ลูกบิด มือจับเปิดประตู และกลอนประตู มีการเลือกใช้ลูกบิดประตูมากกว่ามือจับเปิดประตู ในอัตราส่วนร้อยละ 52.6 กับร้อยละ 47.4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเคยชินของผู้สูงอายุที่มีความยึดติดกับสิ่งแวดล้อมเก่า ๆ แต่สำหรับก๊อกน้ำผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้ก๊อกน้ำแบบปัดไปด้านข้างโถส้วมชนิดนั่งราบ สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 400 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 500 มิลลิเมตร ส่วนราวจับผู้สูงอายุเลือกราวจับที่ใช้ในพื้นที่ทั่วไปเป็นสเตนเลส เส้นผ่านศูนย์กลาง 4.5 เซนติเมตร ความสูงจากพื้นถึงระดับบนสุดของราวจับผู้สูงอายุเลือกความสูง 80 เซนติเมตร ราวจับด้านที่อยู่ติดผนังให้มีระยะห่างจากผนังไม่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร มีความสูงจากจุดยึดไม่น้อยกว่า 12 เซนติเมตร และรูปแบบราวจับในห้องน้ำเลือกแบบราวติดพื้น 2 ข้าง การใช้สีสำหรับป้ายต่าง ๆ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกสีน้ำเงินบนพื้นสีขาว เป็นตัวอักษรที่ผู้สูงอายุมองเห็นชัดที่สุด

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าหากมีการนำข้อมูลจากงานวิจัยนี้ไปออกแบบอุปกรณ์ต่าง ๆ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตตามปรกติได้แล้วทำการติดตั้งในที่อยู่ของผู้สูงอายุจริง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ใช้อุปกรณ์เหล่านี้ในสภาพการใช้งานจริง และผ่านการใช้ในช่วงระยะเวลาจะสามารถนำผลการศึกษามาใช้กับสภาพการอยู่อาศัยจริงได้มากขึ้น โดยอาจขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามชนบทห่างไกล เป็นต้น

Iwarsson&Wilson (2006) ศึกษาเรื่อง อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความพึงพอใจต่อที่พักอาศัยของผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวเป็นเวลา 6 ปี ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การสะท้อนคิดของผู้สูงอายุในระยะติดตามผลของโครงการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีแผนการปรับเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ภายใน 1 ปี โดยมีเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่น ภาวะสุขภาพแย่ลง บ้านที่อยู่ปัจจุบัน

มีขนาดใหญ่เกินไป เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงระยะยาวของข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือ เมื่อเริ่มต้นการทำการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24 ไม่มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย และไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ แต่เมื่อระยะติดตามผลโครงการวิจัยพบว่า สัดส่วนของข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายต่อการพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือลดลงเหลือร้อยละ 12 ปัญหาที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การสูญเสียการได้ยิน การสูญเสียการมองเห็น การทรงตัวไม่ดี เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงระยะยาวของอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอาศัยในบ้านที่มีมาตรฐานสูงทุกคน แต่มีอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทุกหลังคาเรือน (ร้อยละ 100) ตัวอย่างอุปสรรคของสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน เช่น ทางเดินแคบ พื้นผิวทางเดินในสวนสาธารณะไม่คงที่ เป็นต้น ส่วนอุปสรรคของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ไม่มีราวบันได ประตูแคบ เป็นต้น

Courtney and colleagues (2008) ศึกษาเรื่อง ความต้องการเทคโนโลยีบ้านอัจฉริยะมุมมองของผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้เกษียณอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีทั้งยอมรับและปฏิเสธเทคโนโลยีที่มีในปัจจุบัน กลุ่มผู้ที่ปฏิเสธเทคโนโลยีมีเหตุผลสำคัญคือ ต้องการความเป็นส่วนตัว โดยกล่าวว่า "ความเป็นส่วนตัวเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดสำหรับฉัน" ส่วนกลุ่มที่สนใจเทคโนโลยีบ้านอัจฉริยะนั้นระบุว่า ความเป็นส่วนตัวไม่ได้สำคัญเท่ากับความต้องการเทคโนโลยีของเขา ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงความจำเป็นของเทคโนโลยีบ้านอัจฉริยะนั้นประกอบด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพ สภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ อิทธิพลของครอบครัวและญาติ อิทธิพลของบุคลากรในวิชาชีพทางสุขภาพ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชนิดของเทคโนโลยีและการรับรู้ถึงความฟุ่มเฟือยของเทคโนโลยี

Tanner, Tilse and Jonge (2008) ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งได้รับบริการปรับปรุงบ้าน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ความหมายของบ้าน : ผู้สูงอายุให้ความหมายของคำว่าบ้านผ่านลักษณะทางกายภาพและบทบาทความสัมพันธ์

ผลกระทบจากการปรับปรุงบ้านต่อความหมายของคำว่าบ้านของผู้สูงอายุ พบว่า การปรับปรุงบ้านทำให้บ้านเป็นที่ที่มั่นคง ปลอดภัย และสุขสบาย สามารถควบคุมความเสี่ยงได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความเป็นอิสระ ความเป็นตัวตนของผู้สูงอายุและมีผลต่อผู้ดูแล โดยทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมตนเอง รู้สึกเป็นเจ้าของและรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้

ผลกระทบต่อเวลา ผลกระทบต่อการปรับปรุงบ้านต่อมุมมองของผู้สูงอายุในอนาคต ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการปรับปรุงเป็นการวางแผนที่ดีต่ออนาคตของเขา และในการออกแบบบ้านเพื่อให้ได้มาตรฐาน

นั้น ช่วยให้ผู้สูงอายุทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น สุขสบาย และใช้ประโยชน์จากโครงสร้างต่าง ๆ ภายในบ้านได้ครบถ้วน เช่น สามารถเข็นรถเข้าไปในห้องน้ำได้ ส่วนผลกระทบทางลบจากการปรับปรุงบ้านที่พบในการวิจัยครั้งนี้มีส่วนน้อย เช่น ผู้สูงอายุระบุว่าการเปลี่ยนแปลงบ้านทำให้เขารู้สึกถึงการขัดขวางกิจกรรมที่เขาปฏิบัติเป็นกิจวัตร

Wahl, Fange, Oswald and Gitlin, (2008) ศึกษาเรื่อง สิ่งแวดล้อมรอบบ้าน และภาวะไร้ความสามารถของผู้สูงอายุ พบว่า 1) สภาพแวดล้อมรอบบ้านและภาวะไร้ความสามารถของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน 2) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบบ้านช่วยยกระดับความสามารถของผู้สูงอายุ แต่ไม่มีส่วนสัมพันธ์กับการหกล้ม

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอน เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 – มิถุนายน พ.ศ. 2556 ดังรายละเอียดการดำเนินงานต่อไปนี้

พื้นที่ที่ทำการวิจัย เป็นชุมชนในเขตจังหวัดชลบุรี โดยคณะผู้วิจัยร่วมคัดสรรกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นชุมชนขนาดไม่ต่ำกว่า 100 หลังคาเรือน
2. มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนไม่ต่ำกว่า 50 คน
3. เป็นชุมชนที่มีสภาพเศรษฐกิจในระดับปานกลางถึงต่ำ
4. ผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน ผู้นำชุมชน บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ราย ประชาชนในครัวเรือนจำนวน 40 ราย ผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ราย รวมทั้งสิ้น 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มี 7 ชุด ดังนี้

1. แบบสำรวจและวิเคราะห์นโยบาย แผนการดำเนินงานและระบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

แบบสำรวจนี้มี 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ

1.2 แบบสำรวจเกี่ยวกับข้อมูลนนโยบาย

1.3 แนวคำถามการสัมภาษณ์

2. แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน แบบสำรวจนี้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ได้แก่ ชื่อชุมชน ชื่อผู้นำชุมชน (code) เขตชุมชน จำนวนครัวเรือนของชุมชน จำนวนครัวเรือนในการวิจัย จำนวนประชากรของชุมชน แผนที่ชุมชน แผนที่เขตชุมชน สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของชุมชน และภาวะสุขภาพชุมชน

3. แบบวัดความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความต้องการของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สุงอายุในชุมชน

แบบวัดนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้เรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านและความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดการบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบ "ใช่'' และ "ไม่ใช่"

3.3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการจัดที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ

3.4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบ ทำเป็นประจำ ทำบางครั้ง ไม่เคยทำ

4. แบบวัดความรู้ ทัศนคติ การปกิบัติ และความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประชาชน เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

แบบวัดนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

4.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบ "ใช่'' และ "ไม่ใช่"

4.3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการจัดที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ

4.4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบ ทำเป็นประจำ ทำบางครั้ง ไม่เคยทำ

5. แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

แบบสำรวจนี้ มี 4 ส่วนดังนี้

5.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

5.2 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล

5.3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE- Thai 2002

5.4 แบบคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น

6. แบบประเมินสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

6.1 แผนที่บ้าน

6.2 ภาพบ้านของผู้สูงอายุ

6.3 แบบประเมินบ้านของผู้สูงอายุ ประเมินโดยให้ผู้ประเมินสังเกตสภาพบ้านพักอาศัยและสิ่งแวดล้อมร่วมกับการสอบถามจากผู้สูงอายุและ/หรือสมาชิกในครอบครัวตามหัวข้อการประเมิน ได้แก่ ลักษณะทั่วไปและบริเวณรอบบ้าน และสภาพภายในบ้าน

6.4 แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับบ้าน

7. แบบสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาไทยในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

แบบสำรวจนี้มี 3 ส่วน ดังนี้

7.1 แบบสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย อโรคยา อนามัยส่วนบุคคลและอบายมุข จำนวน 15 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

7.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

7.3 การใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาไทยในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

เครื่องมือการวิจัยทั้ง 7 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งเครื่องมือทุกชุดนี้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีความเห็นตรงกันว่ามีความตรงตามเนื้อหา หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 การคัดเลือกชุมชน การเตรียมชุมชน และการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

1.1 คัดเลือกชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

1.2 เตรียมชุมชน โดยการสร้างความเข้าใจ และความตระหนักแก่ผู้นำชุมชน ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องกับที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อความร่วมมือในการวิจัย

1.3 สำรวจ และประเมินข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุตามแบบประเมินที่กำหนดไว้โดยให้ผู้นำชุมชน ประชาชนและบุคลากรต่าง ๆที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน

1.4 วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการที่พักอาศัย/สิ่งแวดล้อมและสรุปผลการวิเคราะห์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ แกนนำชุมชน และประชาชน

1.5 นำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อประชาคมในชุมชน

1.6 สรุปผลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ การประเมินผล และสรุปผลการวิจัย

2.1 ประชุมระดมสมองกับผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

2.2 นำเสนอรูปแบบ ฯ แก่ประชาคม เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

2.3 วางแผนและจัดเตรียมทรัพยากรเพื่อดำเนินการตามรูปแบบที่วางไว้ ดังนี้

2.3.1 การอบรมแกนนำชุมชน บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประชาชน ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.3.2 จัดเตรียมคณะกรรมการที่รับผิดชอบ

2.4 ดำเนินการจัดการที่พักอาศัย/สิ่งแวดล้อม โดยการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อเป็นบ้านตัวอย่าง 5 หลังคาเรือน

2.5 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยให้แกนนำชุมชน และประชาชนมีส่วนร่วมด้วย การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย

2.6 นำเสนอผลการดำเนินงานต่อชุมชนตาลล้อม

2.7 สรุปและเขียนรายงานผลการวิจัย

2.8 ถ่ายทอดและขยายผลการวิจัยด้วยการนำเสนอในที่ประชุมฯ ศึกษาดูงานในพื้นที่และนำเสนอเชิงนโยบายต่อเทศบาลเมืองแสนสุข

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดสรรชุมชนร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และเทศบาลเมืองแสนสุข ผลการคัดเลือกสรุปว่า การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในชุมชนตาลล้อม เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยดำเนินการในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 – มิถุนายน พ.ศ. 2556

ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 15 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

ตอนที่ 2 นโยบาย แผนการดำเนินงาน และระบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ตอนที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาไทยในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ตอนที่ 6 ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ตอนที่ 7 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้นำชุมชนและแกนนำจากองค์กรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ตอนที่ 8 ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ตอนที่ 9 ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ตอนที่ 10 ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ตอนที่ 11 เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการการพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

ตอนที่ 12 การปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 13 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลต่อการปรับปรุงบ้านพักอาศัยและสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 14 ความคิดเห็นของผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประชาชน ในชุมชนตาลล้อมเกี่ยวกับโครงการการพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิด เศรษฐกิจพอเพียง

ตอนที่ 15 รูปแบบชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนที่นำเสนอ มีดังนี้

1.1 ชื่อชุมชน คือ ชุมชนตาลล้อม

1.2 ชื่อผู้นำชุมชน Code 1

1.3 อยู่ในเขต ☑ เทศบาลเมืองแสนสุข ☐ เขต อบต.

1.4 ประเภทของชุมชน เป็นชุมชนกึ่งเมือง

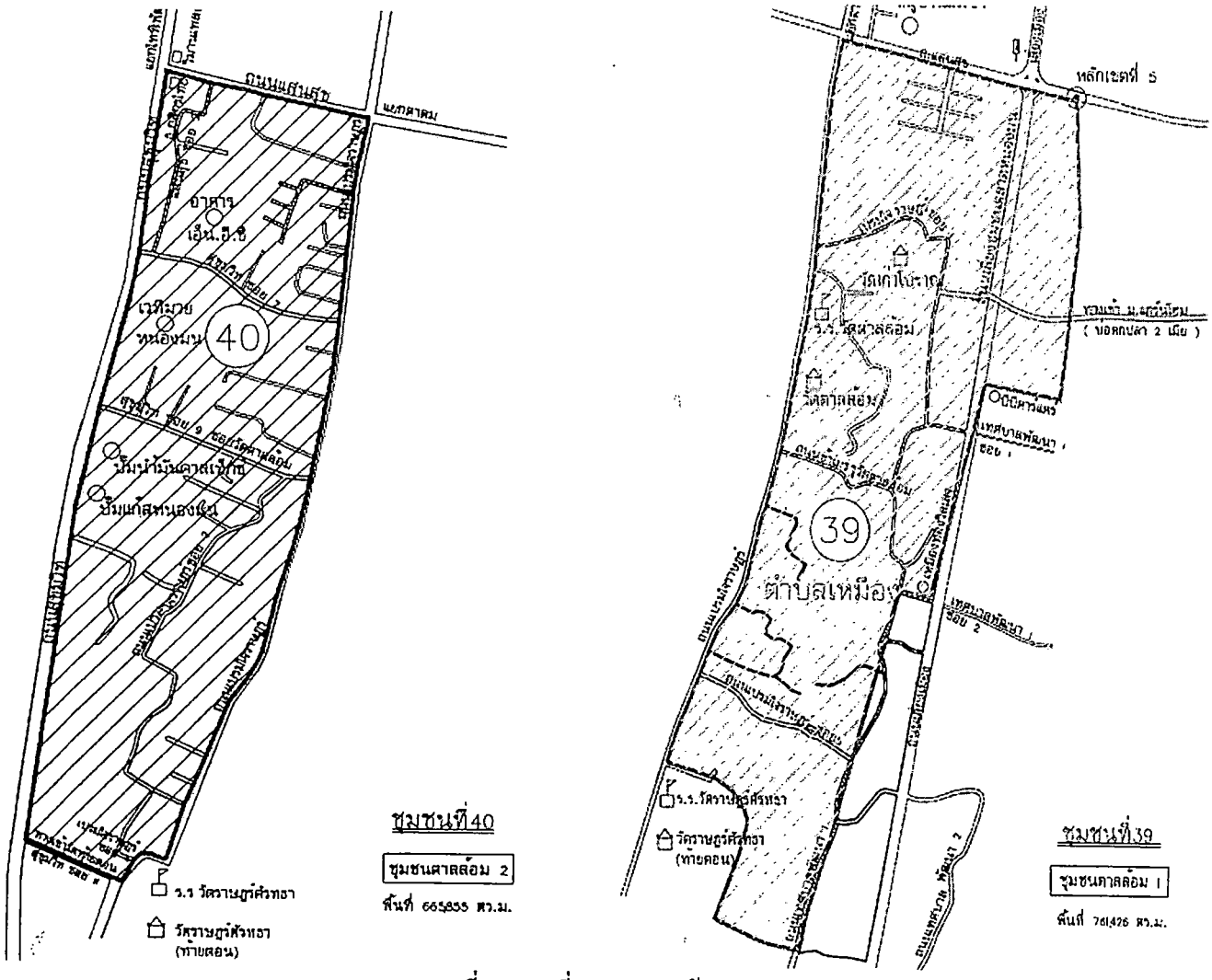
1.5 จำนวนครัวเรือนของชุมชน 907 ครัวเรือน

1.6 จำนวนครัวเรือนในการวิจัย 5 ครัวเรือน

1.7 จำนวนประชากรของชุมชน 3,752 คน

1.8 แผนที่ชุมชน

แผนที่ชุมชนตาลล้อม ดังแสดงในภาพที่ 2

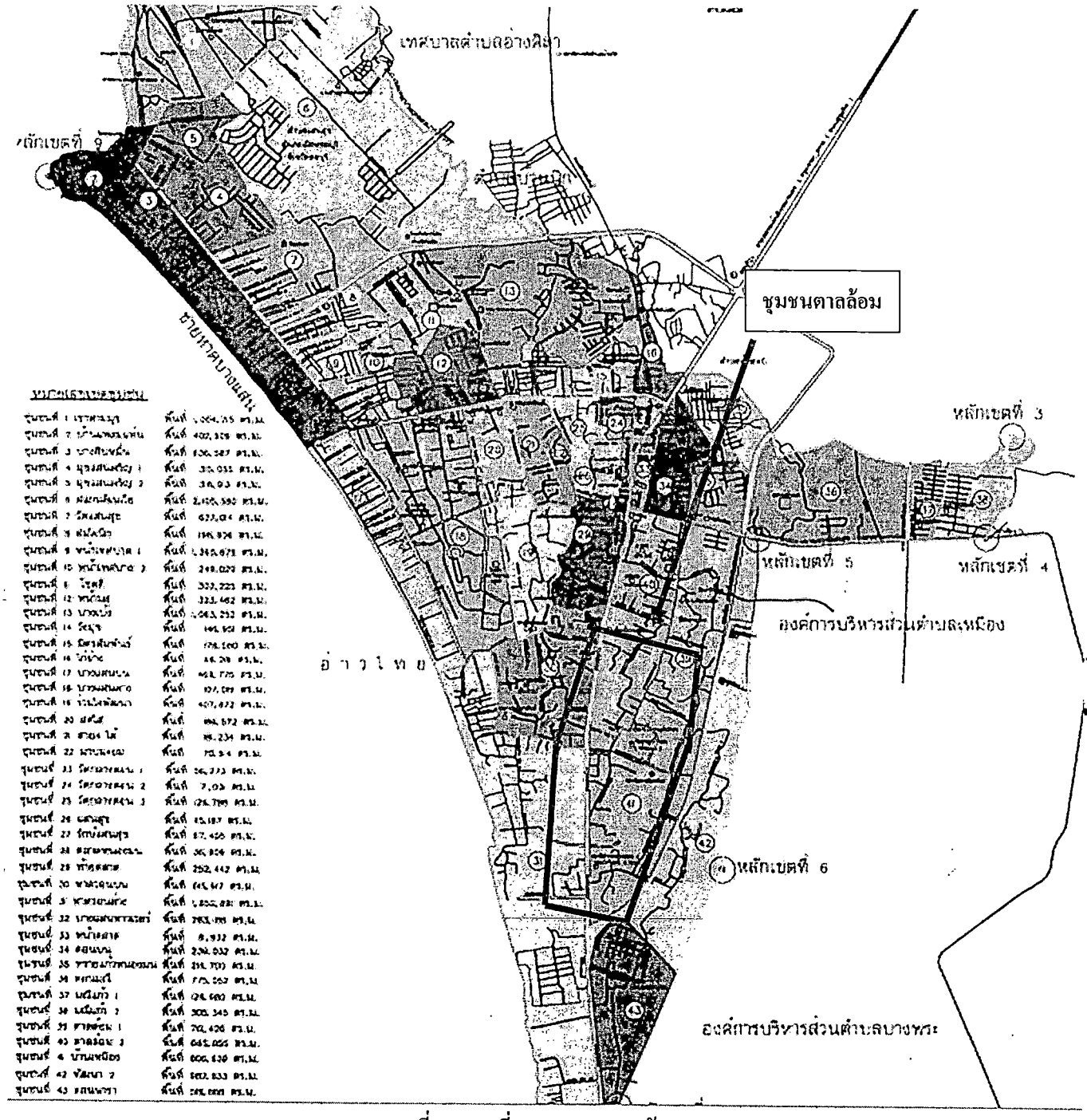


ภาพที่ 2 แผนที่ชุมชนตาลล้อม

1.8 แผนที่เขตชุมชนตาลล้อม แสดงในภาพที่ 3

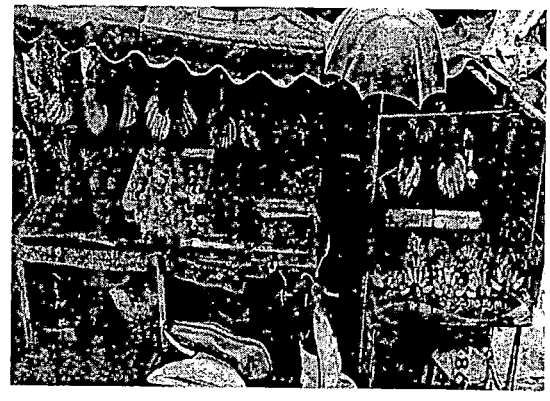
อาณาเขตติดต่อ:

ทิศเหนือ	ติดกับชุมชนดอนบน
ทิศใต้	ติดกับชุมชนบ้านเหมือง
ทิศตะวันออก	ติดกับองค์การบริหารส่วนตำบลเหมือง
ทิศตะวันตก	ติดกับเทศบาลแสนสุขชุมชนท้ายตลาดและชุมชนหาดวอนนภา



ภาพที่ 3 แผนที่เขตชุมชนตาลล้อม

1.9 สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของชุมชน



สถานทางเศรษฐกิจของชุมชนตาลล้อม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ รับจ้าง รองลงมาคือ เกษตรกรรมและค้าขาย

สถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรม ชุมชนตาลล้อมเป็นชุมชนเก่าแก่ที่มีมานาน ในอดีตพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นทุ่งนาที่มีต้นตาลล้อมรอบเป็นจำนวนมาก โดยมีวัดตาลล้อมเป็นวัดประจำชุมชน โดยมีพระครูพิพัฒน์ศีลคุณหรือที่ชาวบ้านเรียกว่า หลวงพ่อพูน เป็นเจ้าอาวาส ซึ่งปัจจุบันท่านมรณภาพแล้ว ประชาชนในชุมชนตาลล้อมทุกคนนับถือศาสนาพุทธ

ชุมชนนี้มีวัด 2 แห่ง ศาลเจ้า 2 แห่ง วัฒนธรรมประเพณีที่สำคัญของชุมชน เช่น ประเพณีงานประจำปีวัดตาลล้อม ประเพณีก่อพระเจดีย์ทราย วันไหลบางแสน ทำบุญปีใหม่ ตักบาตรเทโว เวียนเทียนรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ เป็นต้น มีภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ขนมพื้นบ้าน มะม่วงกวน น้ำพรกเผา น้ำยาล้างจาน น้ำสมุนไพร เป็นต้น

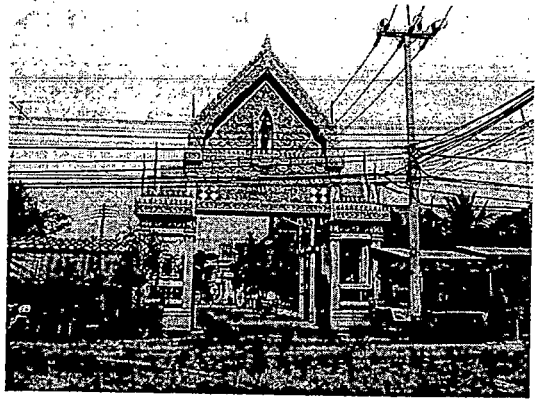
แหล่งประโยชน์ในชุมชน

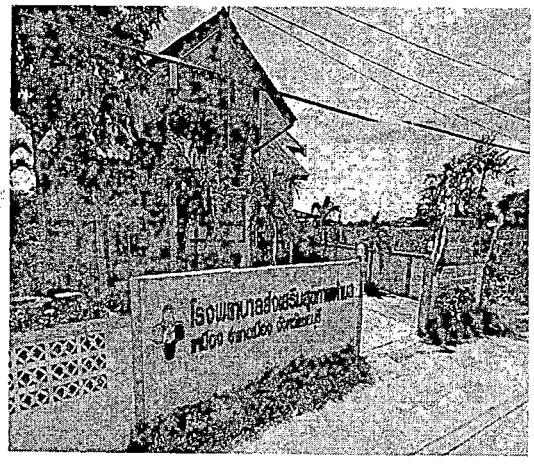
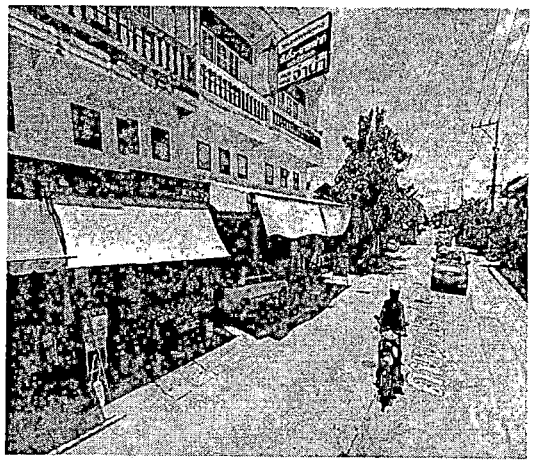
ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลเมืองแสนสุข

ด้านสถาบันและองค์กรทางศาสนา ได้แก่ วัดตาลล้อม และวัดเก่าโบราณ

ด้านการศึกษา ได้แก่ โรงเรียนวัดตาลล้อม และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนวัดตาลล้อม

ด้านสาธารณสุข ได้แก่ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา และสถานีอนามัยตำบลเหมือง



1.10 ภาวะสุขภาพชุมชน

ด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม พบว่า ทุกครัวเรือนใช้น้ำประปาและน้ำประปาที่ใช้มีความเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 100 ชนิดของน้ำดื่มร้อยละ 57.9 เป็นน้ำดื่มที่ซื้อมา และร้อยละ 100 มีน้ำดื่มเพียงพอ ทุกครัวเรือน (ร้อยละ 100) มีการกำจัดสิ่งปฏิกูลถูกหลักการ ทุกครัวเรือน (ร้อยละ 100) กำจัดขยะโดยทิ้งในที่เก็บขยะของเทศบาล ร้อยละ 76.1 ของครัวเรือนมีร่องหรือรางระบายน้ำ เมื่อจำแนกตามสุขาภิบาลที่พักอาศัย พบว่า ร้อยละ 96.5 บ้านคงทน 5 ปี ร้อยละ 96.5 แสงสว่างเพียงพอและการระบายอากาศดี ร้อยละ 89.7 มีความเป็นระเบียบ ร้อยละ 88.6 บริเวณบ้านสะอาด ร้อยละ 81.8 พื้นบ้านไม่ได้ทำด้วยวัสดุขัดมันลื่น ร้อยละ 96.5 มีการเก็บเครื่องมือเครื่องใช้เป็นระเบียบและเก็บสารพิษถูกหลักการ

ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ประชากร ร้อยละ 77.6 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนผู้มีโรคประจำตัวพบว่า มีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.4 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.9 ประชากร ร้อยละ 54.3 เคยตรวจสุขภาพประจำปี และร้อยละ 82.9 ไม่มีการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี

ตอนที่ 2 นโยบาย แผนการดำเนินงาน และระบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

จากการสำรวจนโยบาย แผนการดำเนินงาน และระบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองแสนสุข โดยการใช้แบบสำรวจและการสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ดังนี้

1. ด้านนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของเทศบาล/ชุมชน

เทศบาลเมืองแสนสุขมีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาสามปี (พ.ศ. 2555-2557) เพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงฉบับที่ 1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต คือ โครงการเทคโนโลยีเพื่อชีวีแสนสุข

2. นโยบายและแผนการดำเนินงานของเทศบาล/ชุมชน เรื่องเกี่ยวกับการจัดการบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

เทศบาลเมืองแสนสุขมีโครงการเกี่ยวกับการจัดการบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ คือ โครงการบ้านมั่นคง ชุมชนโชคดีพัฒนา

จากการสัมภาษณ์นายกเทศมนตรีเมืองแสนสุข เกี่ยวกับนโยบาย แผนการดำเนินงาน และระบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ สรุปประเด็นได้ ดังนี้

คำถามประเด็นที่ 1 มีนโยบายและแผนงานเกี่ยวกับการจัดการบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ ทำไม อย่างไร

คำตอบ: เทศบาลเมืองแสนสุขมีนโยบายและแผนงานเกี่ยวกับการจัดการบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 2 โครงการ ดังนี้

1. โครงการบ้านมั่นคงชุมชนโชคดีพัฒนา

คณะผู้บริหารเทศบาลเมืองแสนสุข มีนโยบายที่จะปรับปรุงภูมิทัศน์และความเป็นอยู่เพื่อคุณภาพชีวิต และแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยของประชาชนที่มีรายได้น้อย ฐานะยากจนจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในชุมชนโชคดี จึงได้ร่วมมือกับสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่แก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยของชุมชนคนจนเมืองทั่วประเทศ ซึ่งเทศบาลเมืองแสนสุขได้นำร่องที่ชุมชนโชคดี

2. โครงการเทคโนโลยีเพื่อชีวีแสนสุข ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

ตามแผนพัฒนาสามปี (พ.ศ. 2555-2557) เพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลง ฉบับที่ 1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต เป็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวเนื่องกับวิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนโดยตรง จากการสำรวจปัญหาการดำเนินชีวิตของคนพิการและผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านการใช้ชีวิตประจำวัน และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ซึ่งอาจจะเกิดผลกระทบอย่างร้ายแรงเมื่อผู้พิการหรือผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่ต้องใช้ชีวิตโดยลำพัง (ในบางช่วงเวลาหรือตลอดทั้งวัน) เพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าวให้กับผู้พิการหรือผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของญาติ พี่น้อง และผู้ดูแล โดยนำเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกไปปรับใช้กับผู้พิการและผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่มีภาระความยากลำบาก ทั้งนี้เพื่อเสริมความสามารถของผู้ใช้เพื่อชดเชย หรือทดแทนสิ่งที่ขาดหรือบกพร่องไปให้คงความสามารถในการดำเนินชีวิต และอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข จึงมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุขจึงร่วมมือกับหน่วย ดังนี้

ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) เป็นศูนย์แห่งชาติในสังกัดสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ กระทรวงวิทยาสาสตร์และเทคโนโลยี มีหน่วยงานภายใน คือ “สถาบันวิศวกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก” ซึ่งมีผลงานด้านการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยเหลือผู้พิการและผู้สูงอายุ โดย NECTEC เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับผู้ใช้เป็นหลัก

มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นสถานศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี จะเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาติดตามผลการดำเนินโครงการ และร่วมดำเนินการผลิตอุปกรณ์เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก

เทศบาลเมืองแสนสุข รับผิดชอบในการคัดเลือกผู้พิการและผู้สูงอายุ ภายในเขตเทศบาลที่เหมาะสมจะได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก และสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 300,000 บาท โดยประกอบด้วย 2 อุปกรณ์ ดังนี้

1. ชุดเปิด – ปิดอุปกรณ์ไฟฟ้าเอนกประสงค์ RF Remote Control 1:4 หมายถึง อุปกรณ์สำหรับติดตั้งภายในบ้านเพื่อทำหน้าที่เปิด-ปิดอุปกรณ์ไฟฟ้าผ่านคลื่นสัญญาณวิทยุ ที่ทางศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติได้พัฒนาขึ้น มีคุณลักษณะเฉพาะโดยสังเขป คือ เป็นอุปกรณ์ใช้แทนสวิตช์ไฟฟ้าแบบเดิมสำหรับควบคุมการเปิด-ปิดอุปกรณ์ไฟฟ้าภายในบ้าน ผ่านเครื่องส่งสัญญาณในย่านความถี่คลื่นวิทยุ (RF, 433.92 MH)

2. ชุดอุปกรณ์แจ้งเหตุฉุกเฉินในชุมชน หมายถึง อุปกรณ์แจ้งเหตุฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือจากญาติ ผู้ดูแลหรือเพื่อนบ้าน ผ่านอุปกรณ์เครื่องส่งสัญญาณวิทยุแบบพกพา ที่ทางศูนย์ฯพัฒนาขึ้นและมีคุณลักษณะเฉพาะโดยสังเขป คือ เป็นชุดแจ้งเหตุฉุกเฉิน มีหน้าที่ในการส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือในรูปแบบของเสียงและไฟฉุกเฉิน เพื่อแจ้งให้บุคคลในครอบครัว ผู้ดูแล หรือเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงรับทราบในกรณีที่ผู้พิการหรือผู้สูงอายุต้องการขอความช่วยเหลือหรือเกิดเหตุที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ผู้ใช้สามารถส่งสัญญาณฉุกเฉินได้ 2 รูปแบบ คือ จากภาคส่งสัญญาณขนาดเล็กที่สามารถพกติดตัวได้ และจากสวิตช์กระตุกที่ติดไว้ในบริเวณที่อาจจะเป็นอันตราย เช่น ในห้องนอน หรือห้องน้ำ

ความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงาน มีคาดมุ่งหวังที่จะขยายผลต่อเนื่องในอนาคต ก่อให้เกิดเป็นเครือข่ายภาคชุมชนชนบทที่สามารถดำเนินงานในรูปแบบการบริหารจัดการได้ภายในชุมชน ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการเครือข่ายภาคชุมชนจะได้สะสมความรู้ในการนำเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อคนพิการและผู้สูงอายุ มาปรับใช้เองภายในชุมชน เครือข่ายชุมชนจะช่วยกันดูแลเพื่อมนุษย์ด้วยกัน เกิดมิติของสังคมเอื้ออาทร และสร้างชีวิตที่อิสระให้ผู้พิการและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจปัญหาการดำเนินชีวิตด้านการใช้ชีวิตประจำวันและการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินของคนพิการและผู้สูงอายุในชุมชนที่คัดสรร ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

2. เพื่อติดตั้งอุปกรณ์เสริมในการช่วยปิดเปิดอุปรณ์ไฟฟ้าผ่านคลื่นสัญญาณวิทยุ และอุปกรณ์แจ้งเหตุฉุกเฉินในชุมชน แก่บ้านพักที่คัดเลือกจากชุมชนที่คัดสรร ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

3. เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำ การติดตั้ง และการซ่อมบำรุงชุดเปิด – ปิดอุปกรณ์ไฟฟ้าเอนกประสงค์ และชุดอุปกรณ์แจ้งเหตุฉุกเฉินในชุมชน แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน

คำถามประเด็นที่ 2 มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

คำตอบ: เทศบาลเมืองแสนสุขมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุดังนี้

โครงการบ้านมั่นคงโชคดีพัฒนา ได้ดำเนินการมาประมาณ 1 ปีแล้ว อยู่ระหว่างการออมเงินเพื่อสร้างบ้าน ขณะนี้ชุมชนโชคดีออมเงินได้จำนวน 1,808,085 บาท ซึ่งบ้านที่จะก่อสร้างทั้งหมด 117 หลัง และที่ว่างภายในโครงการจะสร้างเป็นบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ ที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้และไม่มีญาติพี่น้อง (แต่ต้องเป็นคนที่อยู่อาศัยในชุมชนโชคดีเท่านั้น) ให้อยู่อาศัยร่วมกัน เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของคนในชุมชน และบริเวณบางส่วนของโครงการได้จัดให้เป็นลานกิจกรรม สวนหย่อม สำหรับออกกำลังกาย และเป็นที่พักผ่อนหย่อนใจ

โครงการเทคโนโลยีเพื่อชีวีแสนสุข การดำเนินโครงการดังกล่าว เทศบาลเมืองแสนสุขมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ การถ่ายทอดเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อสนับสนุนการดำเนินชีวิตอิสระในผู้พิการและผู้สูงอายุ โดยการบริหารจัดการด้วยชุมชน ระหว่างศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สำนักงานเทศบาลเมืองแสนสุข คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (MOU) ในเบื้องต้นจะมีการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจและคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ โดยกำหนดเป็นพักในแต่ละชุมชน ทำการติดตั้งอุปกรณ์ และออกแบบ

1.1 คัดเลือกตัวแทนบุคลากร เพื่อเป็นกลุ่มแกนนำในการถ่ายทอดเทคโนโลยีในชุมชน

1.2 จัดประชุมกลุ่มตัวแทนบุคลากร เพื่อทำความเข้าใจในโครงการและสามารถถ่ายทอดสู่ชุมชน

1.3 ตัวแทนบุคลากรส่งรายชื่อบ้านในแต่ละชุมชนที่เหมาะสมจะเข้าร่วมโครงการ

1.4 สำรวจพื้นที่จริงของบ้านในแต่ละชุมชนที่ถูกเสนอเข้าร่วมโครงการ

1.5 คัดเลือกบ้านที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 30 หลังคาเรือน

1.6 ปรับปรุงบ้านพักที่ได้รับการคัดเลือก

ระยะที่ 2 การฝึกอบรม

2.1 กำหนดแผนการอบรมบุคลากร กลุ่มนักศึกษา กลุ่มช่างไฟฟ้าชุมชน ผู้พิการและผู้สูงอายุ

2.2 จัดการอบรมบุคลากรในชุมชน ครั้งที่ 1

2.3 กำหนดแผนการติดตั้งอุปกรณ์ และทำการติดตั้งในบ้านพักที่เข้าร่วมโครงการ

2.4 จัดอบรมบุคลากร ครั้งที่ 2

ระยะที่ 3 ติดตามและสรุปผล ประเมินผล

3.1 ติดตามประเมินผล

3.2 สรุปผลการดำเนินโครงการ

คำถามประเด็นที่ 3 ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร

คำตอบ: ผลการดำเนินงานทั้งสองโครงการ มีดังนี้

โครงการบ้านมั่นคงชุมชนโชคดีพัฒนา ขณะนี้ชุมชนบ้านมั่นคงโชคดีพัฒนา กำลังเตรียมการจัดทำรายละเอียดข้อมูลรอบ 1 ปี เพื่อนำเสนอในเวทีชาวบ้าน ภาคตะวันออก ณ ที่ว่าการเมืองพัทยา ซึ่งจะมีขึ้นในวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ.2555

โครงการเทคโนโลยีเพื่อชีวีแสนสุข ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จากการที่ได้ดำเนินโครงการฯ ที่ผ่านมาในงบประมาณ ประจำปี 2554 เทศบาลเมืองแสนสุขได้ดำเนินการติดตั้งอุปกรณ์ ชุดเปิด – ปิด อุปกรณ์เอนกประสงค์ และชุดอุปกรณ์แจ้งเหตุฉุกเฉินในชุมชน จำนวน 15 หลัง ติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน ประเมินความพึงพอใจ ปรากฏว่า ผู้พิการและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯในภาพรวมทั้งหมด มีความพึงพอใจมาก ได้รับความสะดวกในชีวิตประจำวัน และสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และเป็นการแบ่งเบาภาระของญาติพี่น้อง และผู้ดูแล โครงการเทคโนโลยีเพื่อชีวีแสนสุข ปี 2555 เทศบาลเมืองแสนสุขได้ดำเนินการโครงการเทคโนโลยีเพื่อชีวีแสนสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ปัจจุบันได้ทำการสำรวจปัญหาการดำเนินชีวิตของคนพิการและผู้สูงอายุในเขตเทศบาลฯ เพื่อคัดเลือกและให้ความช่วยเหลือติดตั้งอุปกรณ์ชุดเปิด – ปิดอุปกรณ์เอนกประสงค์ และชุดอุปกรณ์แจ้งเหตุฉุกเฉินในชุมชน ซึ่งในปีงบประมาณ 2555 เทศบาลฯจะคัดเลือกคนพิการและผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น มีภาระความยากลำบาก และมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ซึ่งกำหนดไว้ในโครงการ จำนวน 30 หลัง ขณะนี้ได้มีคนพิการและผู้สูงอายุขึ้นทะเบียนไว้ที่มีความเหมาะสม และจำเป็นต้องติดตั้งอุปกรณ์ฯ แล้ว จำนวน 18 หลัง ทั้งนี้เทศบาลฯจะดำเนินการสำรวจคัดเลือกอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้ได้สำเร็จลุล่วงภายในปีงบประมาณ 2555

คำถามประเด็นที่ 4 มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร

คำตอบ: ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน 2 โครงการ มีดังนี้

โครงการบ้านมั่นคงชุมชนโชคดีพัฒนา

1. ช่วงแรกของการดำเนินโครงการ ประชาชนยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการบ้านมั่นคง จึงไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการเข้าประชุมต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการชุมชนแจ้งให้ทราบ

2. คณะกรรมการ โครงการขาดทักษะในการจัดทำระบบข้อมูล และการใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน

3. ในระยะเริ่มดำเนินการ คณะกรรมการยังขาดความรู้ความสามารถในการสื่อสาร และประสานงานกับเครือข่ายอื่น ๆ เพื่อแสวงหาความรู้

4. ตารางวัดที่ดินยังไม่ชัดเจน

5. ประชาชนไม่มีความมั่นใจในเรื่องการออมเงินให้ได้ 10% ในการเข้าร่วมโครงการ

6. เนื่องจากคนที่อาศัยอยู่ในชุมชน บางครอบครัวมีฐานะยากจน ทำให้ลำบากในการหาเงินออม

โครงการเทคโนโลยีเพื่อชีวีแสนสุข ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

ช่างไฟฟ้าประจำชุมชนไม่เพียงพอต่อสัดส่วนชุมชน ทีจะมีความรู้เกี่ยวกับการจัดทำ การติดตั้ง และการซ่อมบำรุงชุดเปิด – ปิดอุปกรณ์เอนกประสงค์ และชุดอุปกรณ์แจ้งเหตุฉุกเฉินในชุมชน

คำถามประเด็นที่ 5 มีความคิดเห็นและความต้องการเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร

คำตอบ: ความคิดเห็นและความต้องการเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

โครงการบ้านมั่นคงชุมชนโชคดีพัฒนา

1. มีความปลอดภัยมั่นคงทางกายภาพ

ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและสุขภาพอนามัย เช่น มีที่พักเพียงพอแยกเป็นสัดส่วน มีระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการที่ดี มีระบบการปกป้องจากภายนอก เช่น เสียง แสงที่ดี จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณบันไดและทางเข้า มีราวจับในห้องน้ำ พื้นกระเบื้องไม่ลื่น มีสัญญาณฉุกเฉินที่หัวเตียงหรือห้องน้ำ สำหรับขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

2. สามารถเข้าถึงได้ง่าย

การมีทางลาดสำหรับรถเข็น ความสูงของตู้ที่ผู้สูงอายุสามารถหยิบของได้สะดวก หรือการจัดให้อยู่ใกล้แหล่งบริการต่าง ๆ เช่น วัด โบสถ์ ห้องสมุด โรงละคร สถาบันเพื่อการศึกษา บริการด้านสุขภาพ อยู่ภายในระยะที่สามารถเดินถึงได้ และการจัดให้ใกล้แหล่งระบบขนส่งมวลชน และใกล้แหล่งชุมชนเดิม เพื่อให้ญาติมิตรสามารถมาเยี่ยมเยียนได้สะดวก

3. สามารถสร้างแรงกระตุ้น

การตกแต่งสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่มีความน่าสนใจ การเลือกใช้สีที่เหมาะสม มีความสว่างและชัดเจนจะทำให้การใช้ชีวิตดูกระชุ่มกระชวย ไม่ซึมเศร้า และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กระตุ้นให้เกิดการนำความสามารถต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมาใช้อย่างเต็มที่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถที่มี

ก่อประโยชน์ให้กับชุมชน เช่น จัดที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุไว้ใกล้กับโรงเรียนสอนเด็กเล็กหรือห้องสมุด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยยืดเวลาที่ผู้สูงอายุสามารถที่จะดำรงชีวิตได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. ดูแลรักษาง่าย บ้านสำหรับผู้สูงอายุควรจะออกแบบให้ดูแลรักษาง่าย ไม่เล็กหรือใหญ่จนเกินไป

โครงการเทคโนโลยีเพื่อชีวีแสนสุข ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

ผู้สูงอายุ คนพิการ มีความต้องการให้ชุดอุปกรณ์แจ้งเหตุฉุกเฉินในชุมชน มีการส่งสัญญาณไปยังเบอร์โทรศัพท์สายด่วนฉุกเฉิน เช่น โรงพยาบาล มูลนิธิต่าง ๆ เพื่อให้สามารถขอความช่วยเหลือได้ทันท่วงที เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในชุมชน และแบ่งเบาภาระของญาติพี่น้อง ผู้ดูแล

ตอนที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ความสามารถเชิงปฏิบัติ สมรรถภาพสมอง และภาวะสุขภาพจิต ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (n=20)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	50.0
หญิง	10	50.0
อายุ (ปี)		
60 – 70	8	40.0
71 – 80	10	50.0
81 – 90	2	10.0
M =73 ปี (SD = 8.07)		
สถานภาพสมรส		
โสด	3	15.0
คู่	10	50.0
หม้าย/หย่า/แยก	7	35.0
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	15.0
ประถมศึกษา	17	85.0
ศาสนา		
พุทธ	20	100
แหล่งของรายได้		
จากบุตรหลาน	7	35.0
เบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ	11	55.0
เงินบำนาญ	1	5.0
อื่น ๆ ระบุ : การประกอบอาชีพ	1	5.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	11	55.0
ไม่เพียงพอ	9	45.0
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคหัวใจ	2	10.0
โรคความดันโลหิตสูง	4	20.0
โรคกระดูกและข้อ	1	5.0
อื่น ๆ	2	10.0
ไม่มีโรคประจำตัว	11	55.0
ยาที่ใช้ประจำ		
กลุ่มยารักษาโรคหัวใจ	2	10.0
กลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	4	20.0
กลุ่มยารักษา โรคกระดูกและข้อ	1	5.0
ยาอื่น ๆ	2	10.0
ไม่มียาที่ต้องใช้ประจำ	11	55.0
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่ตรวจ	11	55.0
ตรวจ	9	45.0
ความสามารถเชิงปฏิบัติ		
มีภาวะพึ่งพาบางส่วน	2	10.0
มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย/ไม่มีภาวะพึ่งพา	18	90.0
สมรรถภาพสมอง		
ปกติ	17	85.0
สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม	3	15.0
ภาวะสุขภาพจิต		
ปกติ	18	90.0
มีภาวะผิดปกติ	2	10.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นทั้งเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 71-80 ปี (ร้อยละ 50.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.0) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.0) ผู้สูงอายุทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 55.0) ส่วนใหญ่ มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 55.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.0) ไม่มียาที่ต้องใช้ประจำ (ร้อยละ 55.0) ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 55.0) มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย/ไม่มีภาวะพึ่งพา (ร้อยละ 90.0) สมรรภาพสมองปกติ (ร้อยละ 85.0) และภาวะสุขภาพจิตปกติ (ร้อยละ 75.0)

ตอนที่ 4 สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้สำรวจบ้านผู้สูงอายุจำนวน 20 หลังคาเรือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของการประเมินบ้านผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม (n = 20)

หัวข้อการประเมิน	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)
ลักษณะทั่วไปและบริเวณรอบบ้าน		
1. ลักษณะบ้านมั่งคง ถาวร	85.0	15.0
2. พื้นที่รอบบ้านไม่แออัดและไม่ห่างชุมชนจนเกินไป	85.0	15.0
3. พื้นที่ใช้สอยในบ้านเหมาะสมกับจำนวนคนที่พักอาศัย	80.0	20.0
4. มีถนนหรือทางเข้าบ้านที่สะดวกปลอดภัย	80.0	20.0
5. มีแสงสว่างเพียงพอในทางเข้าบ้านและรอบบริเวณบ้าน	95.0	5.0
6. ตั้งอยู่ในเขตที่ปลอดอาชญากรรม และปราศจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ (มลภาวะแสง สี เสียง กลิ่น)	95.0	5.0
7. มีสาธารณูปโภคครบครัน เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ การคมนาคม	100	0
8. มีการกำจัดขยะมูลฝอยตามหลักสุขาภิบาล	100	0

หัวข้อการประเมิน	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)
9. มีการกำจัดน้ำเสียตามหลักสุขาภิบาล	65.0	35.0
10. มีรั้วรอบขอบชิดหรือระบบความปลอดภัยรอบบ้าน	50.0	50.0
11. ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินและรอบบริเวณบ้าน	50.0	50.0
12. สนามรอบบ้านไม่รกเกินไปจนเป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ร้ายต่างๆ	85.0	15.0
13. พื้นทางรอบบ้านไม่ลื่นหรือแฉะเกินไป	80.0	20.0
14. พื้นบ้านเรียบไม่เล่นระดับ จนเป็นอุปสรรคในการเดิน	65.0	35.0
15. สามารถใช้รถเข็นหรืออุปกรณ์เดินในบ้านได้	40.0	60.0
16. ห้องน้ำกว้างพอที่จะนำรถเข็นเข้าไปหมุนหรือเคลื่อนตัวได้	45.0	55.0
17. ตู้หรือชั้นวางของควรปรับระดับได้	20.0	80.0
2. Support and safety checklist		
2.1 มีราวจับที่แข็งแรงและยึดแน่นในห้องน้ำ	5.0	95.0
2.2 มีราวจับที่แข็งแรงและยึดแน่นบริเวณทางเดินที่ใช้อยู่เป็นประจำ	0	100
2.3 มีราวบันไดที่แข็งแรง เพื่อยึดเกาะขณะเดิน	35.0	65.0
2.4 ใช้วัสดุที่ไม่ลื่นปูพื้น	50.0	50.0
2.5 มีโทรศัพท์ไว้ใช้หลายจุดในบ้าน เช่น ห้องนั่งเล่น ห้องนอน ห้องน้ำ เป็นต้น	0	100
2.6 มีระบบรักษาความปลอดภัยภายในบ้านและขอความช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉิน	10.0	90.0
2.7 มีระบบตัดไฟอัตโนมัติ	40.0	60.0
2.8 มีระบบสัญญาณเตือนไฟไหม้	0	100
2.9 มีการใช้อุปกรณ์การปรุงอาหารที่ปลอดภัยจากไฟไหม้	75.0	25.0
2.10 มีแหล่งข้อมูลช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉิน	35.0	65.0
2.11 มีการเก็บยา สารพิษ และอุปกรณ์ที่มีคมอย่างปลอดภัย	65.0	35.0
3. Lighting Checklist		
3.1 มีไฟสว่างทุกห้อง บันไดและทางเดิน	95.0	5.0
3.2 มีสวิทซ์เปิด-ปิดไฟที่ทางเข้าทุกห้อง	75.0	25.0
3.3 สามารถเปิด-ปิดไฟที่ทางเข้าทุกห้อง และสามารถใช้ได้สะดวกและปลอดภัย	75.0	25.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)
3.4 มีม่านกั้นหน้าต่างบริเวณที่มีแสงจ้าหรือมีแสงรบกวน เวลานอน	55.0	45.0
4. Minimal Effort Test		
4.1 ประตูหน้าต่างเปิด-ปิดได้สะดวก	95.0	5.0
4.2 สวิทซ์ไฟเปิด-ปิดได้สะดวกและปลอดภัย	100	0
4.3 ในครัวมีที่นั่งปรุงอาหารได้ในท่าที่สบาย	20.0	80.0
4.4 เพดานบ้านสูงพอที่จะเดินเข้าไปได้สะดวกโดยไม่ต้องก้มศีรษะ	95.0	5.0
4.5 ลิ้นชัก ชั้นวางของและตู้ไม่เตี้ยหรือสูงเกินไป	85.0	15.0
4.6 มีอุปกรณ์ยึดเกาะหรือช่วยผ่อนแรงในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การลุกยืน การเปิด-ปิดประตู การทำงานบ้าน เป็นต้น	20.0	80.0
5. Color Contrasting Test		
5.1 สีของพื้นบ้านควรแตกต่างไปจากสีของผนัง	50.0	80.0
5.2 สีของเฟอร์นิเจอร์ควรแตกต่างไปจากสีของผนัง	75.0	25.0
5.3 สีของผ้าปูเตียงควรแตกต่างไปจากสีพื้นห้องนอน	75.0	25.0
5.4 ผ้าเช็ดตัวในห้องน้ำ และผ้าเช็ดมือในห้องครัวควรแตกต่างไปจากสีของผนังที่แขวน	65.0	35.0
5.5 ราวจับและราวตากผ้าในห้องควรมีสีแตกต่างไปจากสีของผนัง	45.0	55.0
5.6 สวิทซ์ไฟควรเรืองแสงและมีสี ที่แตกต่างจากสีของฐานหุ้มและสีของผนัง	30.0	70.0
5.7 ขอบของขั้นบันไดทุกขั้นควรมีสีที่แตกต่างจากสีของบันไดบ่งบอก	15.0	85.0
5.8 ควรใช้ตัวเลขและตัวอักษรในโทรศัพท์เป็นตัวใหญ่และเรืองแสง	5.0	95.0

จากตารางที่ 2 พบว่า สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ที่มีความไม่เหมาะสมมากที่สุด คือ ไม่มีราวจับที่แข็งแรงและยึดแน่นบริเวณทางเดินที่ใช้อยู่เป็นประจำ (ร้อยละ 100) ไม่มีระบบสัญญาณเตือนไฟไหม้ (ร้อยละ 100) ไม่มีโทรศัพท์ไว้ใช้หลายจุดในบ้าน เช่น ห้องนั่งเล่น ห้องนอน ห้องน้ำ (ร้อยละ 100) ส่วนลักษณะบ้านและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมตามหลักการทุกประเด็น (ร้อยละ100) ได้แก่ 1) มีสาธารณูปโภคครบครัน เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ 2) มีการกำจัดขยะมูลฝอยตามหลักสุขาภิบาลและ 3) สวิทซ์ไฟเปิด-ปิดได้สะดวกและปลอดภัย

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาไทยในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อโรคยา อนามัยส่วนบุคคล และอบายมุข รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (n = 20)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	ความถี่ของการปฏิบัติ (ร้อยละ)		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านอาหาร	10.0	40.0	50.0
ด้านอารมณ์	15.0	35.0	50.0
ด้านออกกำลังกาย	35.0	30.0	35.0
ด้านอโรคยา	30.0	30.0	40.0
ด้านอนามัยส่วนบุคคล	20.0	50.0	30.0
ด้านอบายมุข	15.0	20.0	65.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน การส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 50.0) การส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 50.0) การส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกายมีการปฏิบัติเป็นประจำและไม่เคยปฏิบัติจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 35.0) การส่งเสริมสุขภาพด้านอโรคยาไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ ปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 30.0 และร้อยละ 30.0 ตามลำดับ) การส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 50.0) และการส่งเสริมสุขภาพด้านอบายมุขไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 65.0)

ส่วนที่ 2 ระบบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และการใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาไทยในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนระบบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และการใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาไทยในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	คำตอบ/ จำนวนคน	เหตุผล
1. ในภาวะปกติท่านเลือกใช้สถานบริการด้านสุขภาพที่ใดมากที่สุด	☑ คลินิก/ 4 คน	รวดเร็วไม่ต้องรอนาน
	☑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/11 คน	ใกล้บ้าน
	☑โรงพยาบาล/ 2 คน	รักษาตามสิทธิ์
	☑ อื่นๆ/ 2 คน	1.ถ้าไม่เจ็บป่วยไม่ไปใช้บริการ 2.ไม่เคยเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล
2. ในภาวะเจ็บป่วยท่านเลือกใช้สถานบริการด้านสุขภาพที่ใดมากที่สุด	☑ คลินิก/5 คน	1.สะดวก รวดเร็ว 2. ยามีคุณภาพกว่า
	☑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/9 คน	1. ใกล้บ้าน 2. ไม่เสียค่าใช้จ่าย
	☑ โรงพยาบาล/ 5 คน	1. ตามสิทธิการรักษา 2. มีแพทย์ครบเฉพาะด้าน 3. ป่วยหนัก
	☑ อื่นๆ/ 1 คน	ไม่เคยเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล
3. เมื่อเจ็บป่วยท่านมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไร	☑ ไปโรงพยาบาล /6 คน	1.ไม่มียากิน 2. เมื่อเจ็บป่วยรุนแรง 3. มั่นใจกว่า 4. ต้องการพบแพทย์
	☑ อื่นๆ ไปคลินิก/ 3 คน	1. สะดวกดี

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อคำถาม	คำตอบ/ จำนวนคน
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	☑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 11 คน ☑ หนังสือพิมพ์ 1 คน ☑ แกนนำชุมชน/อสม. 6 คน ☑ โทรทัศน์ 10 คน ☑ เพื่อนบ้าน 5 คน ☑ เอกสารแผ่นพับให้ความรู้ 2 คน ☑วิทยุ 2 คน ☑ อื่นๆ 2 คน จากลูกหลานและนิสิตพยาบาลที่มาเยี่ยมบ้าน
5. การใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาไทย ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ 5.1 ท่านได้นำอุปกรณ์หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยอะไรบ้างมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง	☑ ไม่มี 18 คน ☑ มี 1 คน ระบุ กริ่งเรียกเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและรีโมทเปิดไฟ
5.2 ท่านได้ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาไทยมามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่	☑ ไม่มี 14 คน ☑มี 5 คนระบุ ใช้สมุนไพร ลูกประคบ

จากตารางที่ 4 พบว่า ในภาวะปกติผู้สูงอายุเลือกใช้สถานบริการด้านสุขภาพคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลมากที่สุด เนื่องจากใกล้บ้าน และไม่เสียค่าใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมีวิธีการดูแลตนเองโดยการไปโรงพยาบาล เนื่องจากต้องการพบแพทย์ ไม่มียารับประทานและมีความมั่นใจกว่าสถานบริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้นำอุปกรณ์หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และไม่ได้ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาไทยมามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

ตอนที่ 6 ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

จากการสำรวจปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการจัดบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสำรวจและการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน แกนนำชุมชน และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ข้อมูลจากการสำรวจ

สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ยังมีความไม่เหมาะสมหลายประเด็นที่พบมากที่สุด คือ ไม่มีราวจับที่แข็งแรงและยึดแน่นบริเวณทางเดินที่ใช้อยู่เป็นประจำ (ร้อยละ 100) ไม่มีระบบสัญญาณเตือนไฟไหม้ (ร้อยละ 100) ไม่มีโทรศัพท์ไว้ใช้หลายจุดในบ้าน เช่น ห้องนั่งเล่น ห้องนอน ห้องน้ำ เป็นต้น (ร้อยละ 100)

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

2.1 ปัญหาเกี่ยวกับการจัดบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ สรุปได้ 2 ประเด็น คือ 1) ขาดการได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ และ 2) ขาดการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

2.2 ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน แกนนำชุมชนและบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความต้องการด้านอุปกรณ์ การซ่อมแซมและงบประมาณ

"ติดราวจับในห้องน้ำ- ห้องส้วม"

"เปลี่ยนโถส้วมจากโถนั่งเป็นชักโครก"

"ปรับพื้นห้องน้ำไม่ให้ลื่น"

"เปลี่ยนพื้นบ้านที่ผุพัง"

"ปรับพื้นบ้านให้เรียบ และแข็งแรง"

"ซ่อมหน้าต่าง"

"ซ่อมหลังคาที่รั่ว"

"จัดบ้านให้เรียบร้อย"

"วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีความจำเป็นมากถ้าจะต้องจัดการเรื่องบ้านให้ผู้สูงอายุ"

"งบประมาณก็เป็นสิ่งจำเป็น ถ้าขาดงบประมาณ เราจะดำเนินการอะไรไม่ได้"

ประเด็นที่ 2 ความต้องการด้านด้านความรู้และทักษะ

"ควรจัดการให้ความรู้เรื่องบ้าน การจัดบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ"

"ต้องการให้มีการอบรม ฝึกทักษะด้านการซ่อมแซมบ้านและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง"

ตอนที่ 7 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการวิจัยตอนที่ 7 นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้เรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ การอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ แสดงไว้ใน
ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	35.0
หญิง	13	65.0
อายุ		
60 – 70 ปี	5	25.0
71 – 80 ปี	13	65.0
81 – 90 ปี	2	10.0
M = 48.5, SD = 16.53		
สถานภาพสมรส		
โสด	2	10.0
คู่	18	90.0
ศาสนา		
พุทธ	20	100

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	5	25.0
อาชีวศึกษา/ปริญญาตรี	11	55.0
ปริญญาโท	14	20.0
อาชีพ		
รับราชการ	2	10.0
หน่วยงาน/องค์กร/เทศบาล	7	35.0
ค้าขาย/เกษตรกร	9	45.0
แม่บ้าน	2	10.0
การได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	14	70.0
เคย	6	30.0
การอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	19	95.0
เคย	1	5.0

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.0) อายุระหว่าง 41-50 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 48.5 ปี (SD = 16.53) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.0) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษา/ปริญญาตรี (ร้อยละ 55.0) อาชีพค้าขาย/เกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.0) รองลงมาคือ ทำงานในหน่วยงาน/องค์กรส่วนท้องถิ่น/เทศบาล (ร้อยละ 35.0) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้และการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 70.0 และ 95.0 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง แสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (n = 20)

ข้อมูล	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่ได้		*M*	SD
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
ความรู้	10	30	10	22	17.64	1.83
ทัศนคติ	10	30	10	18	15.81	2.02
การปฏิบัติ	10	30	10	22	16.91	2.49

จากตารางที่ 6 พบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเท่ากับ 10 – 22 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเท่ากับ 17.64 (SD = 1.83) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเท่ากับ 10-18 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเท่ากับ 15.81 (SD = 2.02) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเท่ากับ 10-22 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้นำชุมชนและและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเท่ากับ 16.91 (SD = 2.49)

ตอนที่ 8 ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการวิจัยตอนที่ 8 เสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ การอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	50.0
หญิง	10	50.0
อายุ (ปี)		
60-70	8	40.0
71-80	10	50.0
81-90	2	10.0
M = 73 ปี (SD = 8.07)		
สถานภาพสมรส		
โสด	3	15.5
คู่	10	50.0
หม้าย/หย่า/แยก	7	35.5
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	15.5
ประถมศึกษา	17	85.5
ศาสนา		
พุทธ	20	100

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งของรายได้		
จากบุตรหลาน	7	35.0
เบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ	11	55.0
เงินบำนาญ	1	5.0
อื่นๆ ระบุ การประกอบอาชีพ	1	5.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	11	55.0
ไม่เพียงพอ	9	45.0
การได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	18	90.0
เคย	2	10.0
การอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	20	100
เคย	0	0

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ50.0) ครึ่งหนึ่งมีอายุในช่วง 71-80 ปี (ร้อยละ 50.0) อายุเฉลี่ย 73 ปี (SD = 8.07) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.0) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีแหล่งของรายได้ จากเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ(ร้อยละ 55.0) ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 90.0) และทุกคนไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้สูงอายุ (n = 20)

ข้อมูล	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่ได้		*M*	SD
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
ความรู้	10	30	10	18	15.3	1.3
ทัศนคติ	10	30	10	26	18.9	3.9
การปฏิบัติ	10	30	10	27	20.3	5.1

จากตารางที่ 8 พบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้สูงอายุเท่ากับ 10 – 18 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้สูงอายุเท่ากับ 15.3 (SD = 1.3) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้สูงอายุเท่ากับ 10-26 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้สูงอายุเท่ากับ 18.9 (SD = 3.9) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้สูงอายุเท่ากับ 10-27 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้สูงอายุเท่ากับ 20.3 (SD = 5.1)

ตอนที่ 9 ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการวิจัยตอนที่ 9 นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ การอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	40.0
หญิง	12	60.0
อายุ (ปี)		
21 – 30	1	5.0
31 – 40	3	15.0
41 – 50	4	20.0
51 – 60	7	35.0
61 – 70	5	25.0
M = 41.6 (SD = 7.65)		
สถานภาพสมรส		
โสด	5	25.0
คู่	10	50.0
หม้าย/หย่า/แยก	5	25.0
ศาสนา		
พุทธ	20	100
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	20.0
ประถมศึกษา	10	50.0
มัธยมศึกษา	4	20.0
ปริญญาตรี/อาชีวศึกษา	2	10.0
อาชีพ		
รับราชการ	1	5.0
ทำงานหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ	2	10.0
เกษตรกร	6	30.0
ค้าขาย	5	25.0
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	6	30.0

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	5	25.0
เพียงพอ	15	75.0
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
สามี/ภรรยา	7	35.0
บุตร	7	35.0
หลาน	6	30.0
การได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	18	90.0
เคย	2	10.0
การอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	20	100
เคย	0	0

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.0) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 35.0) รองลงมาคือช่วงอายุ 61-70 ปี (ร้อยละ 25.0) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.0) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) มีอาชีพเกษตรกรและแม่บ้าน/พ่อบ้านเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 30.0) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 75.0) ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุคือ สามี/ภรรยา และบุตรเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 35.0) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 90.0) และทุกคนไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 20)

ข้อมูล	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่ได้		*M*	SD
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
ความรู้	10	30	10	17	14.9	1.0
ทัศนคติ	10	30	10	22	17.3	3.3
การปฏิบัติ	10	30	10	27	21.2	3.5

จากตารางที่ 10 พบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 10 – 17 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 14.9 (SD = 1.0) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 10-22 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 17.3 (SD = 3.3) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 10-27 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 21.2 (SD = 3.5)

ตอนที่ 10 ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการวิจัยตอนที่ 10 นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ การอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	37.5
หญิง	25	62.5
อายุ (ปี)		
21 – 30	8	25.0
31 – 40	11	27.5
41 – 50	15	37.5
51 – 60	6	15.0
$M = 41.6$ (SD = 7.65)		
สถานภาพสมรส		
โสด	12	30.0
คู่	20	50.0
หม้าย/หย่า/แยก	8	20.0
ศาสนา		
พุทธ	20	100
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	7.5
ประถมศึกษา	18	45.0
มัธยมศึกษา	12	30.0
ปริญญาตรี	5	12.5
ปริญญาโท	2	5.0
อาชีพ		
รับราชการ	5	12.5
ทำงานหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ	5	12.5
เกษตรกร	10	25.0
ค้าขาย	12	30.0
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	8	20.0

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	35	87.5
เพียงพอ	5	12.5
การได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	31	77.5
เคย	9	22.5
การอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	35	87.5
เคย	5	12.5

จากตารางที่ 11 พบว่า ประชาชนในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 27.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.0) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.0) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30.0) อาชีพส่วนใหญ่คือค้าขาย (ร้อยละ 30.0) รองลงมาคือ เกษตรกร (ร้อยละ 25.0) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 87.5) ส่วนใหญ่มีไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 77.5) และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 87.5)

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของประชาชน แสดงไว้ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของประชาชน (n = 40)

ข้อมูล	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่ได้		*M*	SD
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
ความรู้	10	30	10	18	15.2	1.1
ทัศนคติ	10	30	10	23	18.9	4.8
การปฏิบัติ	10	30	10	30	18.4	5.6

จากตารางที่ 12 พบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของประชาชนเท่ากับ 10 – 18 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของประชาชนเท่ากับ 15.2 (SD = 1.1) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของประชาชนเท่ากับ 10-23 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของประชาชนเท่ากับ 18.9 (SD = 4.8) ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของประชาชนเท่ากับ 10-30 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของประชาชนเท่ากับ 18.4 (SD = 5.6)

ตอนที่ 11 เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการการพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังข้าร่วมโครงการ	
	M	SD	*M*	SD
ผู้สูงอายุ (N = 20)				
ความรู้ ฯ	15.3	1.3	19.2	1.1
ทัศนคติฯ	18.9	3.9	20.5	2.2
การปฏิบัติ ฯ	20.3	5.1	21.9	4.4
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N = 20)				
ความรู้ ฯ	14.9	1.0	18.9	1.2
ทัศนคติฯ	17.3	3.3	21.6	2.4
การปฏิบัติฯ	21.2	3.5	22.5	2.1
ประชาชน (N = 40)				
ความรู้ฯ	15.2	1.1	20.3	1.6
ทัศนคติฯ	18.9	4.8	22.7	3.2
การปฏิบัติฯ	18.4	5.6	20.5	4.8

จากตารางที่ 13 พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ และกิจกรรมต่าง ๆในโครงการฯ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประชาชนมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโครงการฯ

ตอนที่ 12 การปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

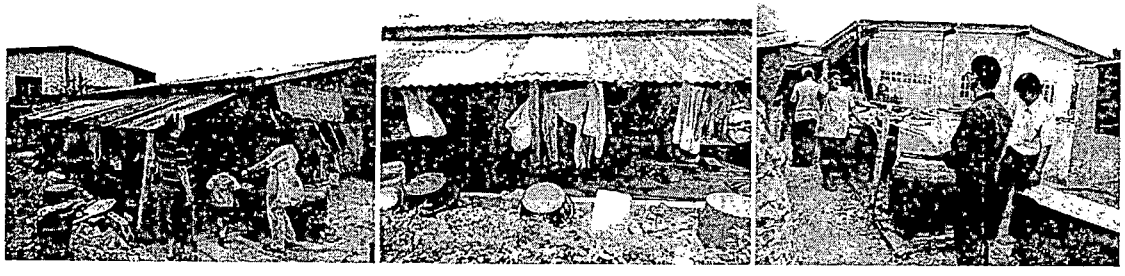
การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุจำนวน 5 หลัง แสดงข้อมูลในตารางที่ 14 และตารางที่ 15

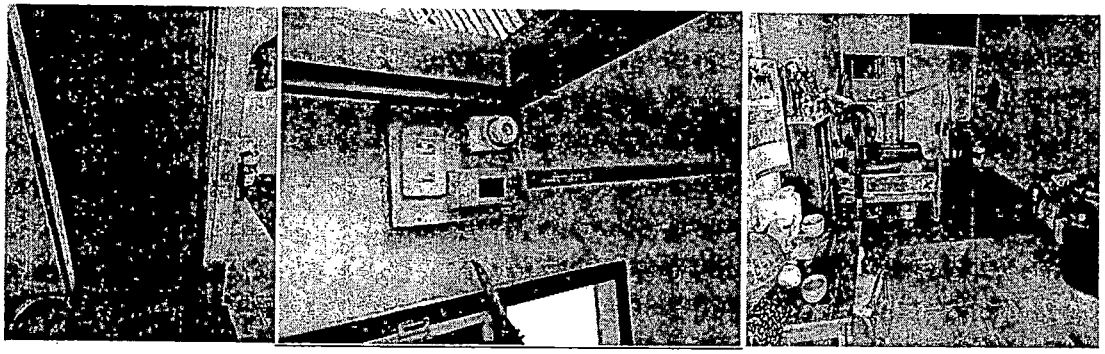
ตารางที่ 14 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n = 5)

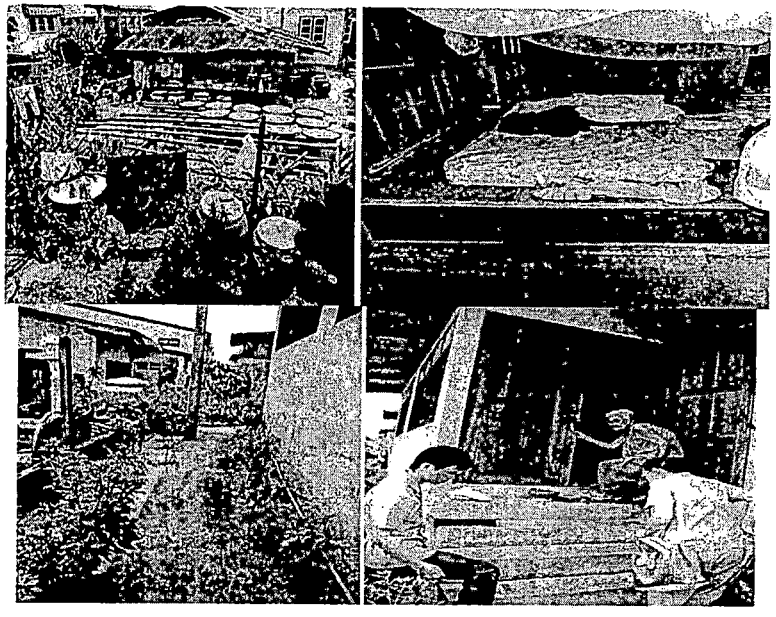
รายที่	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	ลักษณะครอบครัวและการพักอาศัย	ภาวะสุขภาพ
1	หญิง	68 ปี	หม้าย	- ครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุพักร่วมกับบุตรชาย บุตรสะใภ้ หลาน และน้องชาย ซึ่งมีความพิการทางสมอง รวมสมาชิกในครอบครัว 5 คน ผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลหลักของน้องชายที่มีความพิการทางสมอง	- ADL = 12 ช่วยเหลือตัวเองได้ - ปวดข้อเขาทั้งสองข้าง เนื่องจากข้อเข่าเสื่อม รักษาด้วยยารับประทานแต่ไม่ต่อเนื่อง
2	หญิง	86 ปี	โสด	- ครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่คนเดียว ไม่มีญาติพี่น้อง	- ADL = 12 ช่วยเหลือตัวเองได้ - มีอาการหน้ามืด เป็นลมบ่อยครั้ง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ขาทั้งสองข้างไม่ค่อยมีแรง เวลาเดินใช้ไม้เท้าช่วยเพราะกลัวหกล้ม ไม่มีประวัติการหกล้ม
3	หญิง	93 ปี	หม้าย	- ครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่คนเดียว ช่วงเวลากลางวันมีบุตรสาวมาคอยช่วยเหลืองานบ้าน ช่วงกลางคืนบางครั้งมีหลานหรือบุตรสาวมานอนด้วย	- ADL = 12 ช่วยเหลือตัวเองได้ - มีโรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร ต้อกระจกทั้งสองข้าง ตามัวแต่ยังมองเห็น

รายที่	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	ลักษณะครอบครัวและการพักอาศัย	ภาวะสุขภาพ
4	ชาย	72	หม้าย	- ครอบครัวขยาย แต่ผู้สูงอายุพักอยู่ในบ้านคนเดียว ส่วนลูกหลานพักอยู่บ้านแยกต่างหาก ซึ่งอยู่บริเวณเดียวกัน ใช้ห้องน้ำและห้องครัวร่วมกัน	- ADL = 8 ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน เนื่องจากมีแผลอักเสบติดเชื้อเรื้อรังบริเวณหลังเท้าซ้าย - เป็นต้อกระจกตาข้างขวา ได้รับการผ่าตัดแล้ว มองเห็นลาง ๆ
5	หญิง	63	โสด	-ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว มีบ้านญาติอยู่ด้านข้าง 2 หลัง	- ADL = 3 มีภาวะพึ่งพิง - แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นมาประมาณ 6 เดือน - มีโรคความดันโลหิตสูง - สามารถสื่อสารได้ดี

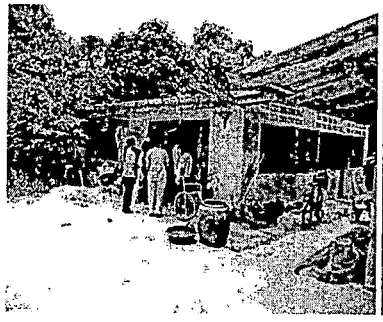
ตารางที่ 15 การปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ (n = 5)

ลักษณะบ้านและสิ่งแวดล้อม	การปรับปรุง
บ้านหลังที่ 1 ผู้สูงอายุรายที่ 1  - ลักษณะบ้านไม้ชั้นเดียว อยู่ระดับต่ำกว่าถนน - หลังคามุงสังกะสี สังกะสีผุทั้งหมด มีรอยรั่ว เวลาฝนตกน้ำฝนรั่วจำนวนมาก - พื้นบ้านไม่สม่ำเสมอ กระดานผุ แผ่นกระดานทะลุเป็นบางส่วน ตะปูที่ตอกแผ่นกระดานหลุดเป็นบางส่วน - ฝาบ้านเป็นไม้ซึ่งผุพังเป็นบางส่วน หน้าต่างปิด- เปิดไม่ได้ หน้าต่างผุ บางช่องไม่มีบานหน้าต่างใช้สังกะสีปิดไว้ - ใต้ถุนบ้านมีน้ำขัง ไม่มีทางระบายน้ำ	- เปลี่ยนหลังคาบ้านทั้งหมด - เปลี่ยนพื้นบ้านบางส่วน - เปลี่ยนหน้าต่างทั้งหมด - เชื่อมชายคาบ้าน - ติดกันสาดหน้าบ้านเป็นผ้าใบและชักรอก - เปลี่ยนเสาหลังคาหน้าบ้าน 2 ต้น

ลักษณะบ้านและสิ่งแวดล้อม	การปรับปรุง
บ้านหลังที่ 2 ผู้สูงอายุรายที่ 2  - ลักษณะบ้านเป็นบ้านปูนชั้นเดียวมีห้องเดียว หน้าบ้านเป็นพื้นต่างระดับ มีบันไดปูน 3 ขั้น - ห้องน้ำไม่มีราวจับ โถส้วมเป็นแบบนั่ง ถังเก็บน้ำสูงกว่าระดับเอวผู้สูงอายุ	- ติดตั้งระบบปิด-เปิดไฟและอุปกรณ์ช่วยเหลือยามฉุกเฉิน - ปรับปรุงห้องน้ำโดย -ติดราวจับ เปลี่ยนโถส้วมเป็นชักโครก เพิ่มถังน้ำขนาดเหมาะสม 2 ใบ - ปรับพื้นที่หน้าบ้านให้สม่ำเสมอ - จัดระบบการดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ลักษณะบ้านและสิ่งแวดล้อม	การปรับปรุง
บ้านหลังที่ 3 ผู้สูงอายุรายที่ 3  - ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ 2 ชั้นลักษณะบ้านแข็งแรง - บันไดหน้าบ้านสูงบันได 7 ชั้น แคบและชัน - ห้องน้ำอยู่ชั้นบน แบบส้วมซึมพื้นปูน ไม่มีราวจับ - ทางเข้าหน้าบ้านมีน้ำท่วมบ่อยครั้ง	- ติดตั้งระบบปิด-เปิดไฟ - ติดราวจับในห้องน้ำ - เปลี่ยนโถส้วมเป็นแบบโถชักโครง - ติดไฟในห้องน้ำเพิ่ม - ติดราวจับที่บันได - ปรับพื้นทางเข้าบ้าน

ลักษณะบ้านและสิ่งแวดล้อม	การปรับปรุง
บ้านหลังที่ 4 ผู้สูงอายุรายที่ 4 - ลักษณะบ้านไม้ชั้นเดียวหลังคามุงสังกะสี - ไม่มีฝาเพดาน พื้นบ้านเป็นพื้นไม้กระดาน บางส่วนผุ บางส่วนยุบ หน้าต่างเป็นไม้อัดแบบเลื่อนปิดเปิด แต่ผุเป็นบางส่วน บางส่วนหลุดทำให้ปิดเปิดไม่ได้ สายไฟในบ้านเก่าและเสื่อม สภาพประตูทางเข้ามีน้ำไหลเข้ามาได้ - ส้วมอยู่นอกบ้านเป็นโถนั่งยองๆ ไม่มีราวจับ ผนังร้าว	- ติดตั้งสายไฟและระบบไฟฟ้าในบ้านทั้งหมด - รื้อหน้าต่างเก่าออกทั้งหมดแล้วทำหน้าต่างใหม่แบบบานเลื่อน - ทำราวจับในห้องน้ำ - เปลี่ยนโถส้วมเป็นแบบชักโครก - จัดของใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบ - ปรับพื้นหน้าบ้านให้เรียบ

ลักษณะบ้านและสิ่งแวดล้อม	การปรับปรุง
บ้านหลังที่5 ผู้สูงอายุรายที่ 5  - ลักษณะบ้านชั้นเดียวติดพื้นดิน ไม่มีใต้ถุน หลังคามุงสังกะสี - ประตูบ้านเป็นบานอลูมิเนียมแบบพับ ผุ ชำรุด - พื้นหน้าบ้านขรุขระ	- ติดตั้งระบบปิด-เปิดไฟและชุดอุปกรณ์ช่วยเหลือยามฉุกเฉิน - ติดตั้งหลอดไฟใหม่ 5 จุด - เปลี่ยนประตูบานหน้าทั้งชุด - ปรับพื้นหน้าบ้าน - ทำความสะอาดบ้านและจัดของใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบ - จัดหาอุปกรณ์เครื่องนอนให้ใหม่ทั้งหมด - จัดหา Wheel Chair ให้ - จัดระบบการดูแลโดยญาติและชุมชนมีส่วนร่วม

ตอนที่ 13 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลต่อการปรับปรุงบ้านพักอาศัยและสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการปรับปรุงบ้านพักอาศัยและสิ่งแวดล้อม (n=10)

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น	
	M	**SD**
1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับ	4.35	0.85
2. การมีส่วนร่วมในการพิจารณาและให้ความคิดเห็นต่อการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของท่าน	4.50	0.25
3. ความเหมาะสมของบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับปรุง	4.50	0.25
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้สูงอายุ	4.75	0.50
5. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน	4.60	0.58

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับในระดับดีมาก (M = 4.35, SD = 0.85) การมีส่วนร่วมในการพิจารณาและให้ความคิดเห็นต่อการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับดีมาก (M = 4.50, SD = 0.25) ความเหมาะสมของบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับปรุงในระดับดีมาก (M = 4.50, SD = 0.25) ประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อม บริเวณบ้านของผู้สูงอายุในระดับดีมาก (M = 4.75, SD = 0.50) และมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านในระดับดีมาก (M = 4.60, SD = 0.58)

ตอนที่ 14 ความคิดเห็นของผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประชาชน ในชุมชนตาลล้อม เกี่ยวกับโครงการวิจัยการพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิด เศรษฐกิจพอเพียง

ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชนตาลล้อมเกี่ยวกับโครงการวิจัยการพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิด เศรษฐกิจพอเพียง ผลการวิเคราะห์เนื้อหาสรุปได้ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความต่อเนื่องของโครงการฯ

สรุป: โครงการฯยังมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนถึงปัจจุบัน และเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ

"ยังมีตลอด โดยเฉพาะกลุ่มแกนนำและอสม. ยังมีการไปให้ความรู้คำแนะนำ พูดคุยเกี่ยวกับการจัดบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ"

"การจัดบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุทำแล้ว ได้ผลจริง ๆ"

"รู้สึกได้เลยว่า ตา ยาย แกอยู่สะดวกสบายขึ้น"

"ก็ยังไปวัดความดันโลหิตผู้สูงอายุ ไปจัดยาให้ บางครั้งก็ไปรับยาให้ผู้สูงอายุ ทำดีจริงๆ ช่วยได้มาก ผู้สูงอายุก็ดีใจมีคนไปดูแล"

"การติดตั้งระบบช่วยเหลือฉุกเฉินที่อาจารย์ไปติดรีโมทกับกดเรียกเวลาฉุกเฉินยังดูแลกันอยู่นะ วันก่อนบ้านยายเจียด กดแล้วไม่ติด เขาก็แจ้งป้าตุ๊ ป้าตุ๊ก็ไปแจ้งที่เทศบาลให้ช่างมาช่วยซ่อมให้"

ประเด็นที่ 2 ประโยชน์ของโครงการฯต่อชุมชน

สรุป: โครงการฯมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

"มีประโยชน์มาก ๆ มีประโยชน์ทั้งผู้สูงอายุ ต่อไปถึงลูกหลานเลย"

"เป็นประโยชน์จริงๆนะอาจารย์ อย่างบ้านที่ไปเยี่ยมไปวัดความดันให้ เขาก็รู้เลยว่าบ้านหรือห้องน้ำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นอย่างไร เวลามีปัญหาจะเรียกใครมาช่วย เหมือนไม่ได้อยู่คนเดียว สบายใจขึ้นที่มีคนไปดูแล"

"หายห่วงแม่แกได้มากเลย ที่ผ่านมากลัวแกหกล้ม หรือเป็นลมแล้วไม่มีใครเห็น พออาจารย์มาปรับบ้านให้ก็ดีขึ้น แล้วยังมีที่กดเรียกช่วยเวลาฉุกเฉินด้วย"

ประเด็นที่ 3 การตอบรับของประชาชนในชุมชนตาลล้อมต่อโครงการฯ

สรุป: ประชาชนในชุมชนมีเสียงตอบรับที่ดีต่อโครงการฯ

"ทุกคนเขาดีใจที่มหาวิทยาลัยลงมาดูแลชาวบ้าน มาแนบไม่ทอดทิ้งเลย มากันบ่อย เขารู้สึกว่าอาจารย์เห็นพวกเขามีค่า จึงลงมาจัดกิจกรรมให้และไม่ทิ้งไป"

"พวกเราก็คุยกันว่าเราต้องช่วยอาจารย์นะ อาจารย์อุตส่าห์ลงมาหาทำให้พวกเรา บ้านก็มาลงมือช่วยซ่อมให้เอง เงินเราก็ไม่ต้องจ่าย"

"อาจารย์มีบุญคุณกับพวกเรามาก"

"เราต้องช่วยอาจารย์ ช่วยงานของอาจารย์ให้สานต่อกัน ต้องช่วยตัวเองด้วย ไม่ใช่รอให้อาจารย์มาช่วยอย่างเดียว"

"ตอนแรกๆ เขาก็บ่นกันว่า ไม่รู้มาทำอะไร แล้วเราจะได้อะไร ผมก็บอกเขาไปว่าอาจารย์มาช่วยพวกเรานะ ตอนหลังเขาก็ดี ขอความร่วมมืออะไรก็ดี ให้ความร่วมมือดี เขาคงเห็นว่าทำให้จริงจัง"

"สรุปแล้วตอบรับดีนะ หลายคนก็บอกว่าอยากให้มีไปเรื่อยๆ ผมเลยบอกว่าชุมชนเราต้องช่วยกันดูแลกันเองด้วย ก็ต้องย้ำแบบนี้ล่ะ"

ประเด็นที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการฯ โดยชุมชน

สรุป: ไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโดยชุมชน

"ไม่มีปัญหาอะไรมาก มีอะไรก็ช่วยกันไป"

ตอนที่ 15 รูปแบบชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิด เศรษฐกิจพอเพียง

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทั้งหมด และนำมาพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ชุมชน ที่มีลักษณะดังนี้

1. เป็นชุมชนในเขตจังหวัดชลบุรี ขนาดไม่ต่ำกว่า 907 หลังคาเรือน มีผู้สูงอายุ 250 คน มีสภาพเศรษฐกิจในระดับต่ำถึงปานกลาง

2. มีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีคณะกรรมการดำเนินงานด้านการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

3. มีการพัฒนาบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีบ้านตัวอย่างจำนวน 5 หลังคาเรือน ที่มีการพัฒนา/ปรับปรุง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงหลักการส่งเสริมสุขภาพและแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

4 มีการนำเทคโนโลยีมาใช้กับที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุป อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่คัดสรร และเพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ผลการวิจัยได้ชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ชุมชน ที่มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ ประกอบด้วย 1) เป็นชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ขนาด 907 หลังคาเรือน มีผู้สูงอายุจำนวน 250 คน มีสภาพเศรษฐกิจในระดับปานกลาง 2) มีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีคณะกรรมการดำเนินงานด้านการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 3) มีการพัฒนาบ้านและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีบ้านตัวอย่างจำนวน 5 หลังคาเรือน ที่มีการพัฒนา/ปรับปรุงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงหลักการส่งเสริมสุขภาพและแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และ 4) มีการนำเทคโนโลยีมาใช้กับที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

ชุมชนต้นแบบในการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน คือ ชุมชนจะมีการระบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างไร ในกระบวนการวิจัยคณะผู้วิจัย แกนนำชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประชาชนมีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ ร่วมรับประโยชน์ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเห็นได้จากแกนนำชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประชาชนที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกิจกรรมนับตั้งแต่การกำหนดปัญหา การดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาและส่งเสริมกิจกรรม ตัวอย่างเช่น กิจกรรมการประชาคมเพื่อคัดสรรบ้านผู้สูงอายุที่จะดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ในกิจกรรมนี้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจนได้มาซึ่งบ้านทั้ง 5 หลัง ส่งผลให้การดำเนินการต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการออกแบบ จัดระบบ และปรับปรุงที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุนั้นคณะผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงที่มีจุดเน้นสำคัญ 3 ประการ คือ ความมีเหตุผล ความพอประมาณ และการมีภูมิคุ้มกัน บนพื้นฐานและบริบทของชุมชน ส่วนการออกแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ได้คำนึงถึงหลักการทางวิศวกรรมและภูมิสถาปัตยกรรม รวมทั้งความปลอดภัยทางกายภาพ การเข้าถึงได้ง่าย การกระตุ้นและส่งเสริมสุขภาพ การบำรุงรักษาที่ไม่ยุ่งยากและสอดคล้อง กับวิถีชีวิตอย่างพอเพียงของชุมชน รวมทั้งคำนึงถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันซึ่งต้องการที่พักอาศัยที่เอื้อ

ประโยชน์สูงสุดต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการที่แตกต่างกัน

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยให้ความรู้ที่เหมาะสมกับประชาชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของชุมชนตาลล้อม เป็นความรู้ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มนี้สามารถที่จะเข้าใจ และนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้คณะผู้วิจัยให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชุมชน เช่น สมุนไพร วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น อีกทั้งมีการเพิ่มศักยภาพของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งประชาชน ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน ในการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักการ 6 อ. ดังนั้น ชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมขึ้นครั้งนี้จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ชุมชนหรือเทศบาลควรมีการนำรูปแบบชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้น และควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

องค์กรที่เกี่ยวข้องระดับประเทศและท้องถิ่นควรให้ความสำคัญเรื่องการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของชุมชนโดยบรรจุประเด็นการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไว้ด้วย

ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่ได้รับ

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ซึ่งได้ผลสำเร็จ ดังนี้

ระยะที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2555) เป็นการสำรวจ ประเมิน วิเคราะห์ และสรุปข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผลสำเร็จที่ได้คือ ข้อสรุปจากผลการวิเคราะห์ อันจะนำไปสู่การพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในระยะที่ 2 ถึงแม้ว่าจะเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจแต่เป็นข้อมูลใหม่ซึ่งไม่เคยดำเนินการมาก่อนนับเป็นผลสำเร็จเบื้องต้นสำคัญ (P) ที่จะก้าวไปสู่ผลสำเร็จในระยะสุดท้ายของการวิจัย

ระยะที่ 2 (กรกฎาคม 2555– มิถุนายน 2556) เป็นการพัฒนาชุมชนต้นแบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นับเป็นผลสำเร็จขั้นสูงสุดของแผนงานวิจัยที่มีผลกระทบสูง(G) สามารถนำไปถ่ายทอดและขยายผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผลผลิต (Output)

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ซึ่งได้ผลผลิต ดังนี้

ระยะที่ 1

ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับชุมชน ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพของชุมชน สภาพที่พักอาศัย ปัญหาและความต้องการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในชุมชน การจัดการด้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในชุมชน เทคโนโลยี ทรัพยากร สิ่งประดิษฐ์และภูมิปัญญาไทยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2

1. ได้ชุมชนต้นแบบที่มีระบบและการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 แห่ง

2. ได้ตัวอย่างบ้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 5 หลัง

3. ได้เครือข่ายความร่วมมือจากชุมชน สถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพ และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. ได้พัฒนาผู้เกี่ยวข้องให้มีความรู้ และตระหนักเกี่ยวกับการจัดที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

5. ได้มีการถ่ายทอดและประยุกต์เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมาใช้ในชุมชน

บรรณานุกรม

กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548 ในไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ. (ม.ป.ป.).*ข้อแนะนำการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ*.หน่วยวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ, ภาควิชาเคหการ, คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(ม.ป.ท.)

กองแบบแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2551). *บ้านพักอาศัยผู้สูงอายุ*. วันที่ค้นข้อมูล 8 มิ.ย. 2552, เข้าถึงได้จาก http://203.157.6.7/ewt/hss_web/download/a_low.pdf

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2550). *รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทยปี 2550*. กรุงเทพฯ: คีน พับบลิชชิ่ง.

จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ. (2552). *การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิค. (ม.ป.ท.)

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ต้นข้าว ปาณินท์, จิรัฐกา จิตติรัตนากร, อุปถัมภ์ รัตนสุภา และจิโรจ กาญจนาภรณ์. (2547). *คติความเชื่อและระบบสังคมซึ่งสัมพันธ์กับเรือนและการอยู่*. กรุงเทพฯ: คณะสถาปัตยกรรม, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ. (ม.ป.ป.). *ข้อแนะนำการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ*. หน่วยวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ, ภาควิชาเคหการ, คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(ม.ป.ท.)

ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ. (2548). *มาตรฐานขั้นต่ำที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ*. วันที่ค้นข้อมูล 1 มิ.ย 2552, เข้าถึงได้จาก http//www.trf.or.th/research/abstract.asp

ปณิตา วงศ์มหาดเล็ก, สัทธา ปัญญาแก้ว และสุพิชชา โตวิวิชญ์. (2547). *ภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรือนชุมชนและนิเวศวิทยาวัฒนธรรมการอยู่อาศัยที่ยั่งยืนของคนไทยในภาคตะวันตก*. กรุงเทพฯ: คณะสถาปัตยกรรม มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ประมวญ พิรัชพันธุ์. (2543). *การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม*. วันที่ค้นข้อมูล 1 มิ.ย 2552, เข้าถึงได้จาก http//www.trf.or.th/research/abstract.asp

พิสิฐ ลี้อาธรรม. (2549). *ทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจมหภาคการเงินการคลัง*. วันที่ค้นข้อมูล 1 มิ.ย 2552, เข้าถึงได้จาก http://th.wikipedia.org/wiki/

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2552). *อาคารสถานที่ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ คือ ก้าวสำคัญไปสู่สังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน*. กรุงเทพ ฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กรมการแพทย์.

สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์. (2551). *คู่มือปฏิบัติวิชาชีพสถาปัตยกรรม การออกแบบสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน*.(ม.ป.ท.)

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (ม.ป.ป.). การสร้างเสริมสุขภาพ. วันที่ค้นข้อมูล 25 กรกฎาคม 2555 เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/5331

สำนักงานส่งเสริมศักยภาพและสิทธิ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (ม.ป.พ.). *คู่มือการออกแบบสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ และคนทุกวัย*. (ม.ป.ท.)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ : สำนักพระพุทธศาสตร์แห่งชาติ.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป.). *คู่มือการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพ ฯ : (ม.ป.ท.)

Courtney, K.L., Demiris, G., Rantz, M.R. &Skubic, M. (2008). Needing smart home technologies: the perspectives of older adults in continuing care retirement communities. *Informatics in Primary Care, 16*, 195 – 201.

Giddings, L., S., Roy, D., E., Predeger, E. (2007). Women's experience of ageing with a chronic condition. *Journal of Advanced Nursing, 58*(6), 557-565.

Gitlin, L.N., Miller, k.s. & Boyer, A. (1999). Bathroom modifications for frail elderly renter: outcomes of a community – based program. *Technology and Disability 10*, 141 – 149.

Iwarson, S. & Wilson, G. (2006). Environmental barriers, functional limitations. And housing satisfaction among older people in Sweden: A longgitudinal perspective on housing accessibility. *Technology and Disability. 18*, 57 – 66.

Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adults.* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Pender, N., J., Murdaugh, C., L., & Parsons, M., A. (2011*). Health promotion in nursing practice.* (6th ed.). New York: Pearson.

Tanner, B., Tilse, C., &Jonge, D. (2008). Restoring and SuntainingHome: The Impact of Home Modifications on the Meaning of Home for Older People. *Journal of Housing for the Elderly, 22*(3), 195 – 213.

Wahl, H., Fange, A., Oswald, F. and Gitlin, L.N. (2008). *The Home Environment and Disability-Related Outcomes in Aging Individuals: What Is the Empirical Evidence?*. Retrieved on 01/08/2009 from http://dem.sagepub.com/

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion.* Retrieved on 01/08/2009 from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

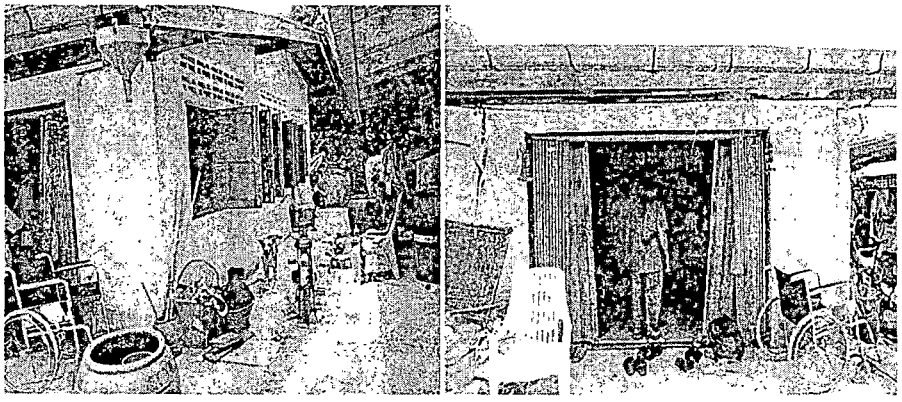
ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

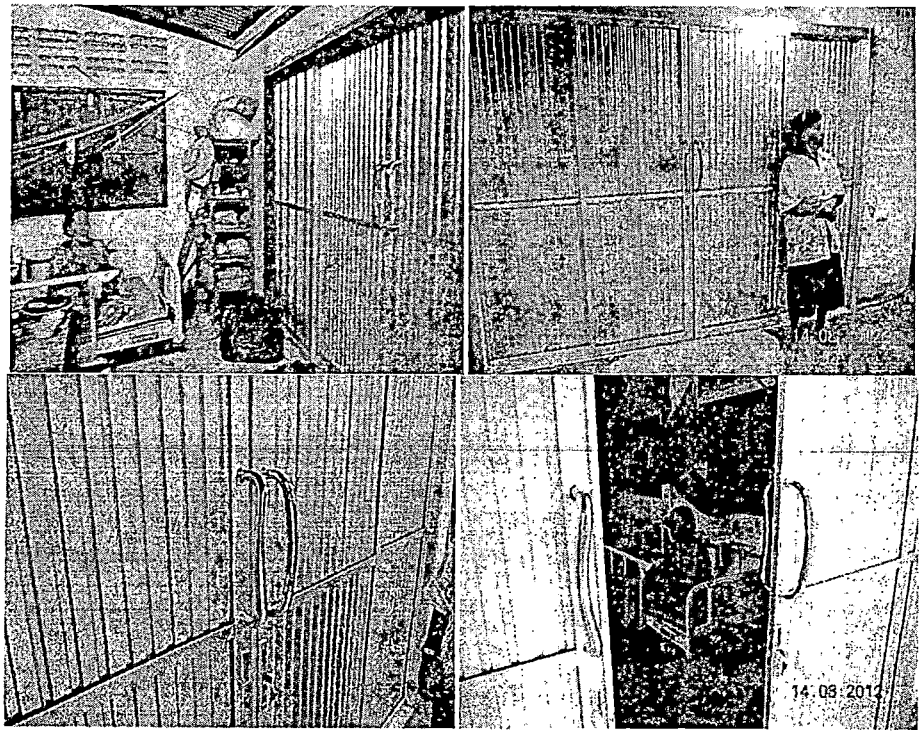
ตัวอย่างบ้านที่ได้รับการปรับปรุง

บ้านหลังที่ 1

ก่อนปรับปรุง



หลังได้รับการปรับปรุง

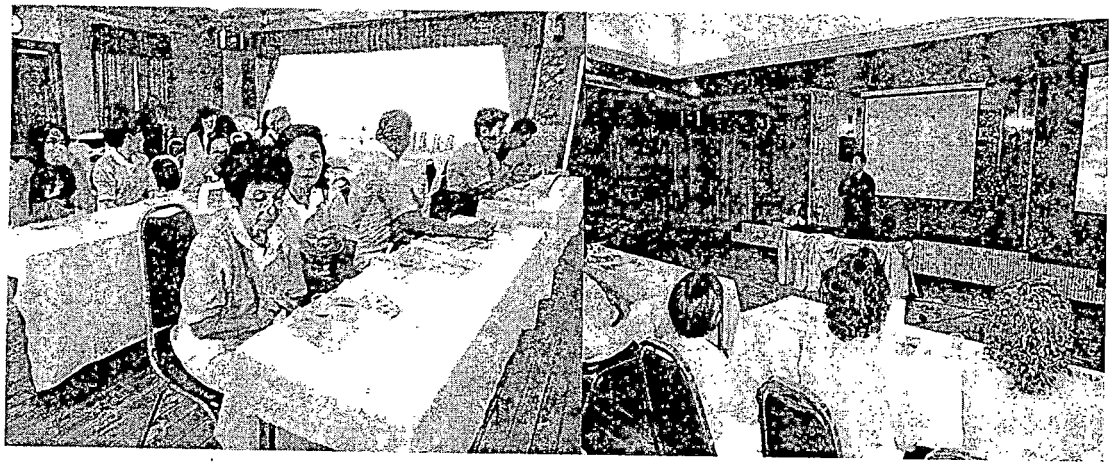
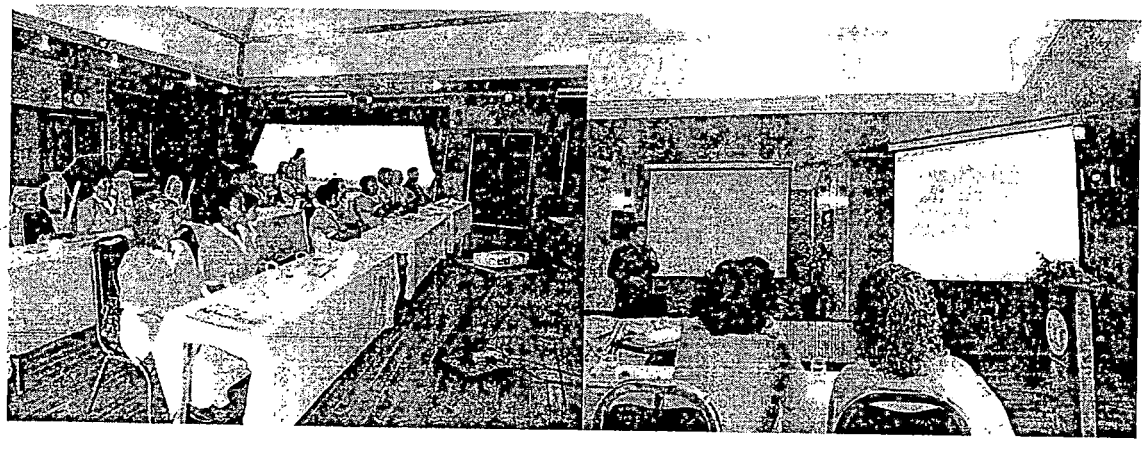


ภาคผนวก 2

ประมวลภาพกิจกรรม

กิจกรรมประชาคม

ณ ชุมชนตาลล้อม อ.เมือง จ.ชลบุรี

กิจกรรมอบรมแกนนำชุมชน ประชาชน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ณ ชุมชนตาลล้อม อ.เมือง จ.ชลบุรี

กิจกรรมพัฒนาความรู้และสร้างเสริมประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดที่พักอาศัย
และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ณ บางไทรฮอสปิเฮ้าส์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา