



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
บนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Model Coastal Community Development to Promote Quality of Life
among Older Adults Through Family and Community Participation
Based on Sufficiency Economy Concept

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558
มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ 2558A10801002
สัญญาเลขที่ 12 / 2558

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

แผนงานวิจัย การพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
บนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Model Coastal Community Development to Promote Quality of Life
among Older Adults Through Family and Community Participation
Based on Sufficiency Economy Conceptt

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารีย์ กังใจ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

แผนงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ดิฉันขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับแผนงานวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และคณะกรรมการจัดการและการท่องเที่ยว ที่ได้ให้โอกาส เวลา และอำนวยความสะดวกให้กับคณะผู้วิจัยทุกคนของแผนงานวิจัยนี้

ขอขอบคุณ เทศบาลเมืองแสนสุข เทศบาลเมืองอ่างศิลา ประธานชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขตำบล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยทุกโครงการวิจัยในแผนงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยทุกท่าน ที่เสียสละทุ่มเทเวลา กำลังกาย และสติปัญญาในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย

แผนงานวิจัย

การพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ บนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้งานมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

(Model coastal community development to promote quality of life among older adults through family and community participation based on sufficiency economy concept)

โครงการวิจัยภายใต้แผนงานวิจัย

โครงการวิจัยที่ 1 การสร้างรูปแบบการจัดการฐานข้อมูล และแผนที่ภูมิศาสตร์สนเทศทางการใช้ยา เพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนชายทะเลภาคตะวันออก

(Management of non-chronic drug utilization behavior of the adult elderly database model and utilization data for mapping geographic information in the eastern coastal areas)

โครงการวิจัยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเล (Development of health promoting model among the coast community older adults)

โครงการวิจัยที่ 3 รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของแรงงานสูงอายุในระบบ ในชุมชนชายทะเลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต

(Model of health and safety Care among Elderly Workers living in coastal community for quality of life promotion)

โครงการวิจัยที่ 4 การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเลต้นแบบ

(Technology and information systems to enhance the independence and quality of life of the elderly in the coastal community)

ผู้รับผิดชอบและหน่วยงาน

1. ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. หัวหน้าโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 1 เกษัชกรหญิง ดร.ณัฐฉิณี อีร์กุลกิตติพงศ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยที่ 2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยที่ 3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา จันทร์ทวงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยที่ 4 ดร.ภาณุวัฒน์ ด่านกลาง คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพื้นที่เขตชายฝั่งทะเล ตำบลแสนสุข และตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ผลการวิจัย พบว่า ชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก 4 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการจัดการฐานข้อมูลและแผนที่ภูมิศาสตร์สนเทศทางการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนชายทะเล 2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชายทะเล 3) รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชนชายทะเล และ 4) เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเล

จากผลการวิจัยเสนอแนะ 2 ประเด็น ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย องค์กรที่เกี่ยวข้องระดับประเทศและท้องถิ่นควรให้ความสำคัญเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุชุมชนชายทะเล และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนชายทะเล

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในชุมชนควรนำรูปแบบชุมชนชายทะเลต้นแบบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชายทะเล และควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนพื้นที่ชายทะเลอื่น ๆ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุชายทะเล, คุณภาพชีวิต, การส่งเสริมสุขภาพ, แผนที่ภูมิศาสตร์สนเทศทางการใช้ยา, เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ

Abstract

This research was the research and development design which aimed to develop the prototype coastal community for quality of life development of the elderly.

The research findings revealed that the prototype coastal community for quality of life development of the elderly in this research consisted of 4 models including 1) the model for database management and a map of geographical information of drug use for self care in elderly attending chronic non-communicable diseases in community along sea coast 2) the model for health promotion for elderly along sea coast. 3) the model for health care and work safety in self-employment among older worker in community along sea coast and 4) technology and informatics system for promoting self-reliance and quality of life in elderly in community along sea coast.

The research findings suggest 2 points;

1) Policy recommendation; relating organization at national and local level should pay attention on health promotion for elderly in community along sea coast

2) Recommendation for application of the research findings; relating agencies in the community should utilize the prototype coastal community from this study in order to develop quality of life in elderly along the sea and should apply it in the community along other sea coasts.

Key words: elderly along sea coast, quality of life, health promotion, medical geographic and informatics, technology and information system

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญภาพ	ซ
ส่วนที่	
1 บทนำ.....	1
วัตถุประสงค์ของแผนงานวิจัย	4
ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของแผนงานวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
2 วิธีดำเนินการวิจัยและผลการวิจัย.....	13
การดำเนินการวิจัย และผลการวิจัยของโครงการวิจัยในแผนงานวิจัย	14
3 อภิปรายผลการวิจัย	30
4 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	37
สรุปผลการวิจัย	37
ข้อเสนอแนะ.....	37
5 ผลผลิตของแผนงานวิจัย.....	38
ผลงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ.....	38
ผลงานวิจัยที่นำเสนอในที่ประชุมวิชาการทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ.....	38
ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยตามแผนการบริหารงาน และแผนการดำเนินงานตลอดแผนงานวิจัย	39
รายงานสรุปการเงิน.....	40
บรรณานุกรม.....	41
ภาคผนวก.....	42
ประวัติย่อผู้วิจัย	58

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แผนภูมิแบบจำลอง UTAUT	8
2	แผนภูมิแบบจำลอง Modified UTAUT.....	8

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ผู้สูงอายุ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และทางการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นรวมทั้งการมีประชากรวัยเด็กลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะประชากรสูงอายุ (Aging population) หรือภาวะโลกของผู้สูงอายุตามมา จากข้อมูลสถิติประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศไทย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.07 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง, 2559) และจากการคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) พบว่า อัตราส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2583 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.6 และ 32.1 ตามลำดับ ซึ่งถ้าพิจารณาตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดให้ประเทศใดที่มีสัดส่วนของประชากรผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดแสดงว่า ประเทศนั้นเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ดังนั้น ปัจจุบันประเทศไทย จึงเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) อย่างเต็มตัว ดังนั้นทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงต้องให้ความสำคัญในสถานการณ์นี้ เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุนั้นเป็นช่วงของชีวิตที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในลักษณะซึ่งมีแนวโน้มไปในทางที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงอาจเป็นส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า มี 4 รูปแบบ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ทำให้มีข้อจำกัด และการเสื่อมถอยในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มีการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะในร่างกายส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่าคนในวัยอื่น 2) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมครอบครัว เนื่องมาจากการสูญเสียคู่ชีวิตและการแยกครอบครัวหรือไปประกอบอาชีพในต่างถิ่นของบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง 3) การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ซึ่งสืบเนื่องมาจากการเกษียณอายุการทำงาน ส่งผลให้เกิดการสูญเสียแหล่งรายได้ อำนาจ บทบาท และควมมีคุณค่าในตนเอง และ 4) การเปลี่ยนแปลงด้านที่อยู่อาศัยเนื่องจากการเกษียณอายุการทำงาน ความต้องการแหล่งช่วยเหลือหรือผู้ดูแล เช่น การย้ายไปอยู่กับบุตรหลานหรือสถานพยาบาล รวมทั้งการย้ายสถาบันการดูแลรักษาอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกินความสามารถในการดูแลของแหล่งชุมชน เป็นต้น (Miller, 2012) จากข้อมูลที่น่าเสนอดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ผู้สูงอายุไทยจะต้องมีความสามารถในการดำเนินชีวิต และมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้นเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาด้านนโยบาย กฎหมาย และระบบบริการสุขภาพ สังคม และผู้เกี่ยวข้องจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจ เรียนรู้ และเตรียมการเพื่อรองรับต่อสถานการณ์การสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางที่เสื่อมลงจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพ รวมไปถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านี้ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้นไป

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การคมนาคมในปัจจุบัน บทบาทและสัมพันธภาพ และปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้าน การดูแลสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ และปัจจัย ด้านโครงสร้างทางสังคม ด้านระดับการศึกษา สามารถรวมกันทำนายสภาวะสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ ไตรรอยละ 82.2 (น้ำฝน กองอรินทร และคณะ, 2552) สำหรับสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ในสามของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่มี โรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวนั้น พบว่า โรคที่พบ 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับ สุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ โดยรวมกันทำนายไตรรอยละ 63.90 (พนนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2550) จากปัญหาที่พบดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ดังข้อมูลที่น่าเสนาอข้างต้นที่พบว่า ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังหลายโรค มีภาวะทุพพลภาพร่วมกับ ความสามารถในการพึ่งพาตนเองน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 ใช้ยา อย่างน้อย 1 ชนิดต่อสัปดาห์ และในกลุ่มนี้ร้อยละ 44 และ 57 ในเพศชายและหญิงตามลำดับ ใช้ยา อย่างน้อย 5 ชนิด และร้อยละ 12 ของทั้ง 2 เพศ ใช้ยา 10 ชนิดขึ้นไปต่อสัปดาห์ จำนวนยาที่ใช้ มากขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น 1 สิ่งก็ตามมา คือ ผลไม่พึงประสงค์จากยาปฏิกริยาระหว่างยา รวมถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น (ปณิตา ลิ้มประวัฒน์, 2554) ดังนั้นในการวางแผนเพื่อที่จะส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตทางด้านสุขภาพนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการที่ต้องมีการสำรวจข้อมูลในการใช้ยาของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยา การระบาดของโรคในเพื่อที่สำรวจเพื่อดูความชุกของโรคนำมา สร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้มาเพื่อชี้ให้เห็นเขตพื้นที่ใดที่มีความเร่งด่วนที่ต้อง เข้าไปส่งเสริมสุขภาพตามลำดับของความรุนแรงต่อไป

สืบเนื่องจากการประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและรูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสังคม เปลี่ยนไปทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพังมากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาและดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ เทคโนโลยีสมัยใหม่ และระบบสารสนเทศจึงเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้อำนวยความสะดวก แจ้งเหตุฉุกเฉิน หรือรับข่าวสารความรู้ต่าง ๆ เพื่อดูแลตนเองได้ ถึงแม้ว่าราคาของ เทคโนโลยีจะลดลง และระบบสารสนเทศสาธารณะจะมีมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงไม่นิยมใช้ เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ โดยเห็นได้จากอัตราการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุที่น้อย คือ ร้อยละ 4.2 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาพฤติกรรมการใช้ เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชายฝั่งทะเล เพื่อหารูปแบบกิจกรรม ในการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุให้มีการใช้ระบบสารสนเทศ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเอง และทำการออกแบบต้นแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และติดตั้งระบบ แจ้งเหตุฉุกเฉินเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่สำคัญพบว่า การทำงานของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข คือได้ ทำงานที่ตนเองชอบและมีรายได้ของตนเอง ส่วนเหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่มีความสุข คือ ปัญหาเรื่อง เศรษฐกิจ และถูกทอดทิ้งไม่มีคนเลี้ยงดู ดังนั้นการทำงานของสูงอายุจึงเป็นวิธีการสร้างความมั่นคงทาง เศรษฐกิจ เพื่อให้มีรายได้เป็นค่าใช้จ่ายด้านอาหาร และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งมีผลทางอ้อมต่อความมั่นคง ด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เป็นเมืองชายฝั่งทะเลตะวันออก มี ชายหาดที่นักท่องเที่ยวนิยมมาพักผ่อนหย่อนใจ คือ ชายหาดบางแสนและอ่างศิลา ซึ่งมีความยาว 15 กิโลเมตร รายได้จากการท่องเที่ยวประมาณ 700 ล้านบาทต่อปี งานบริการที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ด้านการท่องเที่ยวชายฝั่งทะเลบางแสน และอ่างศิลามีมากมายหลายประเภท ได้แก่ กลุ่มให้เช่าจักรยาน เรือลาก เรือใบ สกู๊ตเตอร์ แก้อื้อผ้าใบ ห่วงยาง กลุ่มแผงลอยอาหาร กลุ่มผู้ประกอบการ นวดชายหาด กลุ่มค้าขายของที่ระลึก งานบริการเกี่ยวกับอุตสาหกรรมที่พัก เช่น เจ้าหน้าที่รักษา ความปลอดภัย แม่บ้าน และซัพพลายเออร์ไซค์ได้รับจ้าง ข้อมูลจากงานทะเบียนราษฎร เทศบาลเมือง แสนสุข (2554) มีผู้สูงอายุ 43,322 คน เป็นชาย 19,725 คน หญิง 23,597 คน สำหรับเทศบาล เมืองอ่างศิลา มีผู้สูงอายุ 2,446 คน เป็นชาย 1,477 คน หญิง 1,969 คน และเทศบาลเมืองทั้งสอง มีประชากรแฝงอีกจำนวนมาก ตัวเลขข้างต้นยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก จึงน่าจะมีผู้สูงอายุแรงงาน นอกระบบที่ทำงานบริการการท่องเที่ยวชายฝั่งทะเลบางแสนและอ่างศิลาจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม การทำงานของผู้สูงอายุ ก็ต้องพึงระวังด้านสภาพร่างกาย เนื่องจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพ ตามช่วงวัย และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น การลดลงของกำลังกล้ามเนื้อสูงสุด การควบคุม ท่าทาง และความสมดุลร่างกาย การนอนหลับ การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย สายตา และการได้ยิน (วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์, 2553) ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้ นอกจากนี้สภาพจิตใจ ของผู้สูงอายุก็มีความสำคัญที่ต้องคำนึงถึงไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับบริการท่องเที่ยว ซึ่งจะมีผู้สูงอายุ มาประกอบอาชีพนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ จากการเจริญเติบโตด้านการท่องเที่ยวมากขึ้นทุกวัน เพื่อให้ได้ รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุ ในพื้นที่ต้นแบบชุมชนชายทะเล ในการส่งเสริมสุขภาพแรงงานสูงอายุ สถานบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิจัดระบบบริการสุขภาพ ที่เหมาะสมตามความเสี่ยงของงานในแต่ละอาชีพ และถูกต้องตามหลักอาชีวอนามัย และความปลอดภัย ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ในการเลี้ยงดูตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างมั่นคง ยั่งยืน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องหารูปแบบเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเลภาคตะวันออกของประเทศไทยที่ได้รับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ และการท่องเที่ยว และมีการปรับเปลี่ยนจากชุมชนที่มีวิถีชีวิตชนบทเป็นชุมชนเมืองมากขึ้น ผู้สูงอายุมี ทั้งคนในพื้นที่ดั้งเดิม และผู้ที่ย้ายถิ่นมาอยู่ใหม่เพื่อการประกอบอาชีพ และติดตามบุตรหลาน อย่างไรก็ตาม จากการทบทวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน ชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ บนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้การมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชายทะเลภาคตะวันออก

ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยบูรณาการแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเลภาคตะวันออก มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยเชื่อว่า องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นทางเลือกของการดูแลอีกทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเลภาคตะวันออก จึงนับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากทั้งในด้านบริการสุขภาพ และจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการขึ้นากำหนดนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุชายทะเลของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของแผนงานวิจัย

1. วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัย

เพื่อพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ: เพื่อ

- 2.1 พัฒนารูปแบบการจัดการฐานข้อมูลการใช้ยา และภูมิสารสนเทศทางการใช้ยา เพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายทะเลภาคตะวันออก
- 2.2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเลภาคตะวันออก
- 2.3 พัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเลภาคตะวันออก
- 2.4 พัฒนาเทคโนโลยี และระบบสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเลภาคตะวันออก

ทฤษฎีและกรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้นำแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่ แนวคิดคุณภาพชีวิต แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมถึงทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งนี้สามารถอธิบายแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดคุณภาพชีวิต

แนวคิดคุณภาพชีวิตมีการนำเสนอไว้อย่างกว้างขวางตามความเชื่อของแต่ละบริษัท สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเปนมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในดานร่างกาย ดานจิตใจ ดานระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ดานความสัมพันธ์ทางสังคม ดานสิ่งแวดล้อม ดานความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วฒนธรรม คานิยม และเป้าหมายชีวิตของแต่ละบุคคล (WHO, 1994) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอองค์ประกอบ และการประเมินคุณภาพชีวิต ไว้ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านระดับความเป็น อิสระของบุคคล (Level of independence) ด้านสัมพันธ์ภาพกับสังคม (Social relationship) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) และด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/ Person beliefs) (WHOQOL Group, 1994)

2. แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง คือ การที่บุคคลตั้งอยู่บนพื้นฐานของทางสายกลาง และความไม่ประมาท โดยคำนึงถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ตลอดจนใช้ความรู้ ความรอบคอบ และคุณธรรม ประกอบการวางแผน การตัดสินใจและการกระทำ กรอบแนวคิดนี้เป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนในทางที่ควรจะเป็น โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับบุคคลทุกระดับ และเป็นการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนที่สมดุลและยั่งยืน พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และเทคโนโลยี

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชทานพระราชดำริชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอดนานกว่า 25 ปี ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและเมื่อภายหลังได้ทรงเน้นย้ำแนวทางการแก้ไขเพื่อให้รอดพ้นและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยมีปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่ชี้ถึงแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควรต่อการกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอก ทั้งนี้ต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการ ทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎีและนักธุรกิจในทุกระดับ ให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ และความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง 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

จากแนวคิดหลักของสังคมทั้งสามประการ ทั้งจากสังคมผู้สูงอายุสังคมแห่งความกินดีอยู่ดี และเศรษฐกิจแห่งความพอเพียงทำให้ประเทศไทยต้องหันมาเริ่มพิจารณาตำแหน่งทางการแข่งขันอย่างจริงจังโดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านและประเทศอื่น ๆ ที่มีโครงสร้างของรายได้และทรัพยากรที่คล้ายคลึงกันจากแนวโน้มที่นับวันคนจะใส่ใจในสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีมากขึ้นเรื่อยๆ ประเทศไทยจึงสมควรจะได้รับการผลักดันเข้าสู่ "สังคมแห่งสุขภาพและความยั่งยืน (healthy and sustainable society)" โดยจะมุ่งเน้นถึงการใส่ใจทั้งในความเป็นอยู่การดำเนินชีวิตและสุขภาพของตนเองและผู้อื่นผ่านทางบริการด้านสุขภาพและความงามที่มีคุณภาพสูง ไม่ว่าจะเป็นการผลักดันทางด้านของบริการทางการแพทย์การบริการด้านการดูแลสุขภาพความงามเชิงองค์รวม รวมถึงการเชื่อมโยงกับบริการการท่องเที่ยวและบันเทิงต่าง ๆ เรียกว่าให้ชาวต่างชาติ ไปด้วยกันมามากมายและให้มาจับจ่ายกันในบ้านเรานั้นเองการให้บริการคุณภาพดังกล่าว จะลดแรงกดดันทางด้านราคาจากประเทศอื่น ๆ ที่ไม่มีเอกลักษณ์ด้านการบริการเหมือนกับเรา รวมถึงช่วยกระจายรายได้ในระดับที่เหมาะสมสู่ประชากรทุกระดับให้สามารถดำรงตนอยู่บนความพอเพียงของท้องถิ่นตนได้ด้วยรวมถึงลดความจำเป็นในการพึ่งพาการนำเข้าเทคโนโลยีไฮเทคต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นการสร้างตำแหน่งทางการแข่งขันที่ยั่งยืนระยะยาวและสอดคล้องทุกประการกับแนวคิดพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงทุกประการ

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล แก้ไขปัญหา ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตามการปฏิบัติงานขององค์การ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมีส่วนร่วมกับรับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพจิตในครอบครัวที่เจ็บป่วย (Friedman, 1997) บทบาทของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพจิตในครอบครัว (ผู้สูงอายุ) ตามภาวะสุขภาพ 6 ระยะ คือ 1) มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Health promotion and illness prevention) 2) มีส่วนร่วมในการดูแลในระยะที่มีอาการของโรค/ การเจ็บป่วย (Symptom experience stage) 3) มีส่วนร่วมในการแสวงหาการรักษาพยาบาล (Care seeking stage) 4) มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical contract stage) 5) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะที่ต้องพึ่งพา (Dependent patient stage) 6) มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation stage) ส่วนกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ

Friedman (1997) ประกอบด้วย 1) การดูแลหรือรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว 2) การกระตุ้นและให้กำลังใจ 3) การสนับสนุน ชี้แนะแนวทาง 4) การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของสมาชิกในครอบครัว และ 5) การประเมินพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในชุมชนเพื่อการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ และเป็นวิถีทางที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดปัญหา และความต้องการ การวางแผนการดำเนินงาน การประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับและใช้ผลประโยชน์

4. แนวคิดปัจจัยสามทางระบาดวิทยาในงานอาชีวอนามัย

แนวคิดปัจจัยสามทางระบาดวิทยาในงานอาชีวอนามัย หมายถึง ปัจจัยหลัก

ทางระบาดวิทยา 3 ประการที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจากการทำงาน ประกอบด้วย

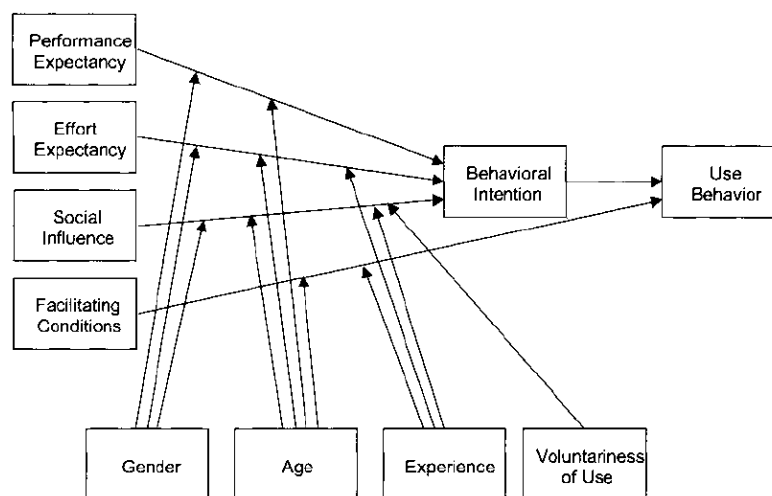
1) คนทำงานหรือผู้ประกอบการอาชีพ (Workers) แต่ละคนย่อมแตกต่างกันด้านคุณสมบัติพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ที่เกิดจากการทำงาน การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน และความต้องการการสนับสนุน เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ซึ่งทำให้มีความสามารถในการทำงานที่แตกต่างกัน มีโอกาสเกิดโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานที่แตกต่างกัน 2) สภาพการทำงาน (Working condition) ได้แก่ ระบบงาน กระบวนการทำงาน ลักษณะการทำงาน ตำแหน่งหน้าที่การงาน ชั่วโมงการทำงาน การพักระหว่างเวลางาน การทำงานเป็นผลัด ปริมาณงาน รวมทั้งสวัสดิการพื้นฐาน 3) สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Environment condition) ประกอบด้วยทั้งด้านกายภาพ (ความร้อน แสง เสียง ความสั่นสะเทือน) เคมี (สารเคมีทุกชนิดที่ใช้ในการทำงาน) ชีวภาพ (เชื้อโรค สัตว์และแมลงนำโรค) การยศาสตร์ (ท่าทางการทำงาน ฯลฯ) และสังคมจิตวิทยา (การทำงานหนักเกินไป สัมพันธภาพ) ที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพ ในภาวะสมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสามทำให้ไม่มีโรคเกิดขึ้น ในภาวะผิดปกติจะเกิดความไม่สมดุลของปัจจัยทั้งสาม ทำให้เกิดโรคจากการทำงานหรือการบาดเจ็บได้ แต่ถ้าภาวะสมดุลจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

5. แนวคิดพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

ทฤษฎีรวมของการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (Unified theory of acceptance and use of technology: UTAUT) ศึกษาพฤติกรรมการใช้และการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ

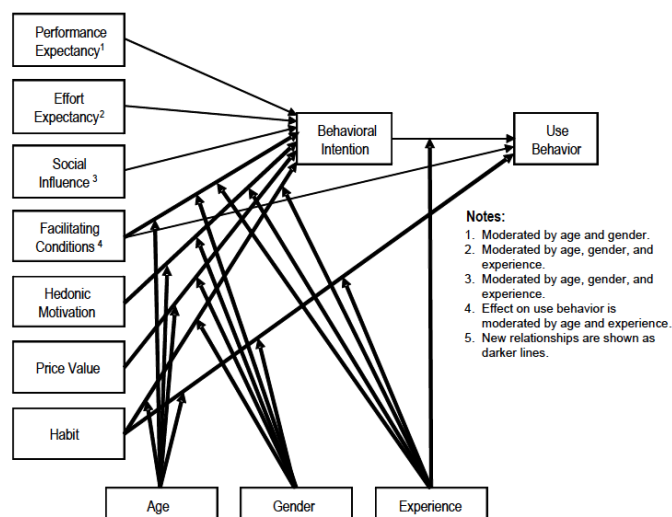
ตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจการใช้เทคโนโลยีในปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่

1) ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (Performance expectancy) 2) ความคาดหวังในความพยายาม (Effort expectancy) และ (3) อิทธิพลของสังคม (Social influence) และปัจจัยด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (Facilitation Conditions) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ โดยกำหนดตัวแปรควบคุม 4 ตัวได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ประสบการณ์ และ 4) ความสมัครใจในการใช้งาน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภูมิแบบจำลอง UTAUT

Modified UTAUT (Venkatesh, et al, 2011) ได้ปรับปรุงแบบจำลอง UTAUT โดยเพิ่มปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้เป็น 7 ปัจจัยคือ 1) ความคาดหวังในประสิทธิภาพ 2) ความคาดหวังในความพยายาม 3) อิทธิพลของสังคม 4) สภาพสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้งาน 5) แรงจูงใจด้านความบันเทิง 6) มูลค่าราคา และ 7) ความเคยชิน ทั้งนี้ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมมี 2 ปัจจัยคือ สภาพสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้งานและความเคยชิน โดยลดตัวแปรควบคุมเหลือ 3 ตัวคือ 1) เพศ 2) อายุ 3) ประสบการณ์ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิแบบจำลอง Modified UTAUT

6. การเปลี่ยนแปลงตามวัย

การสูงอายุ เป็นภาวะที่ร่างกายมีความเสื่อมถอยไปตามกาลเวลาภายหลังที่มีการเจริญเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายอย่างถาวรที่ดำเนินอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถดิกลับคืนมาได้ โดยจะปรากฏออกมาในรูปแบบของความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีดังนี้

การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือด และหัวใจในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง และการเพิ่มขึ้นของคอเลสเตอรอลที่ลิ้นหัวใจ เยื่อบุภายในหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ซึ่งมีผลทำให้ความสามารถในการหด และคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า มีการสะสมเนื้อเยื่อที่พังผืด ไขมัน และสารไลโปโปรตีนมากขึ้นตามอายุ ขนาดของหัวใจโตขึ้น ผนังกล้ามเนื้อหัวใจช่องล่างมีความหนาเพิ่มขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างยึดหยุ่นไม่ดี ทำให้ความสามารถในการหด และคลายตัวของหัวใจห้องล่างลดลง ลิ้นหัวใจมีแคลเซียม และไขมันมาเกาะมากขึ้น คอเลสเตอรอลที่ Mitral valve และ Tricuspid valve เกิดเยื่อพังผืด มีความหนามากขึ้น จึงเป็นผลให้พบเสียง Murmur ในผู้สูงอายุ นอกจากนี้จะพบว่ามีแคลเซียม และไขมันเกาะที่หลอดเลือด และมีการเปลี่ยนแปลงของคอเลสเตอรอลที่เป็นผลให้การยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำลดลง ทำให้หลอดเลือดตีบตัน เป็นผลกระทบทำให้ปริมาณการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายด้วย ซึ่งมักจะพบปัญหาเช่นนี้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหลอดเลือดเสื่อมแข็ง และจากการที่ปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อยลง ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลงมากจึงมีผลกระทบต่อสมรรถภาพในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ความสามารถในการจำ การผสมผสานความคิด และการตัดสินใจในคนสูงอายุช้ากว่าปกติ

การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท

ในผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียเซลล์สมอง และเซลล์ประสาท และมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ น้ำหนักสมองลดลง และปริมาตรสมองลดลงด้วย การไหลเวียนเลือดของสมองลดลง การใช้ออกซิเจนของสมองลดลง เนื่องจากภาวะการเสื่อมของหลอดเลือดที่แข็งตัวมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดในสมองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืดเป็นลมและอาจเกิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือด และเนื้อสมองตายได้ ขณะเดียวกันมีสารไลโปโปรตีนสะสม ที่เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท ทำให้ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง การสื่อสารสัญญาณประสาทในผู้สูงอายุจะช้าลง ความสามารถในการทำงานของระบบประสาทลดลง เช่น ความสามารถในการจำลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความจำเรื่องราวใหม่ ๆ จะลดลงหรืออาจจำไม่ได้แต่สามารถจำเรื่องในอดีตได้ดี ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ลดลง การตัดสินใจช้าลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง และมีการสูญเสียความสามารถในการตอบสนองด้านอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินหายใจ

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจจะมีมากขึ้นขึ้นอยู่กับสมรรถภาพปอดของแต่ละบุคคลในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจ กล่าวคือ กระดูกซี่โครงจะเริ่มมีแคลเซียมเกาะสะสมที่ช่องว่างระหว่างกระดูกซี่โครงมากขึ้น ทรวงอกมีความแข็งตัวมากขึ้น การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดน้อยลง ทำให้การขยายของปอดลดลง กระบังลมและกล้ามเนื้อ

หน้าท้องขยายตัวน้อยลง ซึ่งมีผลกระทบต่อหัวใจ ส่วนหมอนรองกระดูกไขสันหลัง มีการเสื่อม โด่งงุ่มมากขึ้น และมีแคลเซียมสะสม เป็นผลให้พื้นที่การขยายตัวของปอดลดลง หลอดลมมีความแข็งแรงมากขึ้น เนื่องจากมีแคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อนทำให้การยืดหยุ่นลดลง ช่องผ่านของอากาศลดลง เส้นใยอีลาสตินในปอดลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง ทำให้การยืดหยุ่นของปอดลดลง จำนวนถุงลมลดลง การยืดหยุ่นของถุงลมลดลง ทำให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ ผ่นึงถุงลม มีการฉีกขาด และแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจนที่ห่อหุ้มลดลง และมีการเชื่อมต่อกันตามขวางมากขึ้น ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของตัวปอด และหลอดเลือดในปอด มีความหนาและแข็งตัวทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในหลอดเลือดฝอยผ่านถุงลมลดลง และพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของถุงลมลดลงเป็นผลให้การซึมซาบของแก๊สออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ ลดลง

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร

ระบบทางเดินอาหารในคนสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปาก พบว่า จำนวนฟันลดลง มีการฟ่อของเยื่อในปาก ต่อมน้ำลายลดลง ต่อมรับรสฝ่อ และลดน้อยลงทำให้การรับรสของลิ้น เกิดภาวะเบื่ออาหาร ขณะเดียวกันการไหลเวียนของโลหิตในระบบทางเดินอาหารลดลง การบีบตัว ซ้ำลง กระเพาะอาหารมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุกระเพาะอาหารทำให้การหลั่งเอนไซม์ลดลง การสร้าง Pepsin ย่อยโปรตีนลดลง ปริมาณกรดไฮโดรคลอริกลดลง และการสร้าง Intrinsic factor ลดลง เป็นผลให้ในการดูดซึมวิตามินบี 12 เหล็ก แคลเซียม และโฟเลท ลดลง นอกจากนี้ ความสามารถในการดูดซึมอาหารต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากมีการฟ่อของเยื่อบุกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรค โลหิตจาง ความสามารถในการดูดซึมอาหารลดลงอย่างมาก เยื่อบุลำไส้ใหญ่ และ Mucous gland ที่ผนังลำไส้ฝ่อ กล้ามเนื้อหูรูดในลำไส้ใหญ่สูญเสียการยืดหยุ่น การส่งกระแสประสาทช้าทำให้ผู้สูงอายุ มีปัญหาเรื่องท้องผูก

การเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ

ในผู้สูงอายุมวลน้ำหนักของกล้ามเนื้อลดลง เนื่องจากเซลล์กล้ามเนื้อที่มีปริมาณลดลง กระดูก จะเริ่มบางลงอย่างช้า ๆ ปริมาณแคลเซียมในกระดูกลดลง เป็นผลให้กระดูกมีความบาง และเปราะ จะมีการหลุดร่วงของกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยจะมีหลังค่อม ความสูงของร่างกายลดลง อีกทั้งทำให้มีการ แตกหักของกระดูกสันหลัง และกระดูกชิ้นอื่น ๆ ง่ายมากขึ้น เช่น กระดูกสะโพก กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน และกล้ามเนื้อลายมีการเปลี่ยนแปลงของคอลลาเจน เส้นใยกล้ามเนื้อ มีการหดรัดตัว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างขนาดของกล้ามเนื้อเล็กลง บางคนกล้ามเนื้อจะนิ่มลง กว่าเดิม ความสามารถในการยืดหดของกล้ามเนื้อลดลง อีกทั้งเอ็น ข้อต่อ สึกกร่อน และยึดติด ทำให้ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงด้วย

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ

ไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และท่อปัสสาวะในผู้สูงอายุขนาดของไตจะเล็กลง Glomerulus มีลักษณะแข็ง และจำนวนลดลง การไหลเวียนของเลือดที่ไตลดลงร้อยละ 53 อัตราการกรองของไต ลดลง Glomerulus ทำหน้าที่กรอง และดูดซึมสารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายลดความสามารถในการ ทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง จึงเป็นผลให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ทำให้มีการสูญเสียน้ำและ

อีเลคโตรลิตซ์ ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีความจุลดลง ขณะเดียวกันการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่ดี ทำให้มีปัสสาวะคั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะภายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถ่ายปัสสาวะมากตอนกลางคืน

การเปลี่ยนแปลงในระบบผิวหนัง

ผิวหนังชั้นนอกมีการลอกหลุด การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิม ทำให้ความชุ่มชื้นของผิวหนังลดลง ความสามารถในการป้องกันอันตรายจากรังสียูวีลดลง ต่อมเหงื่อ หลอดเลือด และปลายประสาทลดลง ทำให้ความสามารถในการรักษาระดับอุณหภูมิของร่างกายลดลง การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง ผิวหนังมีลักษณะเหี่ยวย่น สูญเสียการยืดหยุ่น สูญเสียเส้นใยอีลาสติน และเส้นใยอีลาสตินหนาทำให้ผิวหนังยืดหยุ่นได้ลดลง ฉีกขาดง่าย การไหลเวียนของเลือดลดลงทำให้ผู้สูงอายุทนต่อความร้อนเย็นได้น้อย และมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย การที่ผิวหนังมีลักษณะการขาดน้ำ เปราะบาง แห้ง การยืดหยุ่นลดลง ทำให้มีการฉีกขาดง่าย และติดเชื้อง่ายนอกจากนี้ลักษณะผิวที่แห้ง ทำให้มีการคันเกิดขึ้นได้ง่าย อัตราการเจริญของผม และขนลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เซลล์สร้างสีของผมผลิตเมลานินลดลง ทำให้ผมและขนมีสีจางลงเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาว นอกจากนี้การไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงหนังศีรษะลดลงทำให้เส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ เล็บมีลักษณะหนาแข็ง และฉีกง่าย

การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทสัมผัส

ในผู้สูงอายุจะพบว่า การเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัสไปในทางที่เสื่อม เนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน การลิ้มรส การสัมผัส การเชื่อมด้านประสาทสัมผัส ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็นจะลดลงเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบของนัยน์ตา รูม่านตาเล็กลง ทำให้ปริมาณแสงที่จะไปที่จอรับภาพลดลง การสูญเสียการได้ยิน ใบหูในผู้สูงอายุจะมีขนาดใหญ่มากขึ้น ขนในรูหูจะมีขนาดใหญ่ และแข็ง ต่อมสร้างขี้หูทำให้ขี้หูในผู้สูงอายุแห้งมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อแก้วหูเป็นสีเทา หูชั้นกลางเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของหูชั้นใน เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงน้อยลงทำให้วิถีประสาทการรับรู้การทรงตัวลดลง มีการสูญเสียการได้ยินต่อมรับรสเสื่อมและฝ่อ ปริมาณต่อมรับรสลดลง ทำให้การรับรสเสีย ความไวต่อการรับรสลดลง การรับกลิ่นลดลงมีการสูญเสียเซลล์ใน Olfactory bulb ของสมอง และปริมาณเซลล์รับรู้ความรู้สึกที่บุในจมูกลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่สูบบุหรี่หรือจำนวนมากหรือการได้รับสารบางอย่างจะมีผลต่อการรับกลิ่น

การเปลี่ยนแปลงอวัยวะสืบพันธุ์

การเปลี่ยนแปลงด้านอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง จะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของฮอร์โมนในร่างกายซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในเพศหญิงอวัยวะเพศจะเหี่ยวย่น เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง Pubic hair บางลง ช่องคลอดแคบลงความยืดหยุ่นลดลง น้ำหล่อลื่นช่องคลอดลดลง มดลูกมีขนาดเล็กลงมีเยื่อพังผืดมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง ท่อรังไข่ฝ่อ ความยาวท่อรังไข่สั้นลง ภาวะความต้องการทางเพศลดลง เนื่องจากฮอร์โมนเพศลดลง รังไข่สร้างฮอร์โมนเพศลดลง

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ปัจจุบันสภาวะของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างมาก เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย ทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงเป็นผลให้สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีเพิ่มจำนวนมากขึ้น ขณะเดียวกันโดยธรรมชาติในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาไปในทางที่เสื่อม สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจะเป็นไปมากขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของแต่ละบุคคลด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียในวัยสูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หากเป็นการสูญเสียที่กระทบหนักจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอย่างถาวรเป็นภาวะซึมเศร้าได้ การสูญเสียสถานภาพทางสังคม เกิดจากการเกษียณอายุต้องออกจากการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกไร้ค่า ไร้ความหมายในชีวิต และขาดเพื่อน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเป็นวัยที่มีการสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรหลานของตนเองแยกย้ายไปมีครอบครัวใหม่ เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม และวัฒนธรรม จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การทำความรู้จัก และมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านน้อยลง ขาดความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประกอบกับความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่กับบ้านจะขาดความอบอุ่นต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชราเป็นที่พึ่ง นอกจากนี้สังคมไทยยังมีการเปลี่ยนแปลงค่านิยม และวัฒนธรรมเป็นสังคมแบบตะวันตกมากขึ้น คือ ต่างคนต่างอยู่ ลูกหลานโตขึ้นไม่มีการทดแทนบุญคุณกัน ให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุลดลง คิดว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ล้าสมัยไม่เชื่อฟังในคำสั่งสอน ซึ่งความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัยขึ้น และผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนให้ดำเนินไปตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 มีความตระหนักในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งมีการเสื่อมถอยของร่างกายที่เป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัยส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งมีผลกระทบต่อการพัฒนาของประเทศ ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยภายใต้แผนงานวิจัยเรื่องการพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ บนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนำผู้มีความรู้ความสามารถเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัว องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ในการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยรวม และเป็นผลดีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจทั้งประเทศ

วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย

แผนงานวิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยร่วมวางแผนการบริหารแผนงานวิจัยและการดำเนินงาน พร้อมทั้งขั้นตอนการดำเนินงานตลอดแผนงานวิจัย ดังนี้

1. ประชุมทีมวิจัยทั้งหมด เพื่อเตรียมการดำเนินการทำวิจัย
2. ประชุมทีมวิจัยชุดโครงการย่อย เพื่อวางแผนในการดำเนินงาน
3. ประชุมทีมวิจัยชุดโครงการย่อย เพื่อติดตามความก้าวหน้าทุก 2 เดือน
4. ประชุมทีมวิจัยทั้งหมด เพื่อติดตามความก้าวหน้า และสรุปงานวิจัยเป็นระยะ

ทุก 3 เดือน

5. ประชุมทีมวิจัยชุดโครงการย่อย เพื่อสรุปผลการวิจัย และเขียนรายงานการวิจัย
6. ประชุมทีมวิจัยเพื่อสรุปผลการวิจัย และเขียนรายงานการวิจัยของแผนงานวิจัย

กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย

คณะผู้วิจัยบริหารโครงการวิจัยโดยมีการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามลักษณะงานวิจัยที่ออกแบบในโครงการ ซึ่งแบ่งงานได้ดังนี้

1. ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย

ทำหน้าที่บริหารและควบคุมแผนงานวิจัยให้ดำเนินไปได้ด้วยความเรียบร้อย

โดยให้คำปรึกษา เสนอความคิดเห็น และอำนวยความสะดวกแก่คณะผู้วิจัยแต่ละโครงการ

2. หัวหน้าโครงการการวิจัย

หัวหน้าโครงการ จัดทีมวิจัยซึ่งขึ้นอยู่กับความสนใจและประสบการณ์ของผู้ร่วมวิจัย

โดยแต่ละทีมจะทำหน้าที่วางแผนการออกแบบรายละเอียดการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล และดำเนินโครงการประชุมตามแผนที่วางไว้ แต่ละทีมจะมีผู้รับผิดชอบประมาณ 2-3 คน แล้วแต่ลักษณะของงานและความเชี่ยวชาญของผู้วิจัย

3. เลขานุการแผนงานวิจัย เป็นผู้เก็บข้อมูล ประสานงาน นัดประชุม บันทึกรายงานการประชุม จัดทำเอกสาร จัดหมายโต้ตอบ จัดเก็บข้อมูลต่าง ๆ

4. เภรัญญิกแผนงานวิจัย เป็นผู้จัดเก็บ ติดต่อประสานงาน และบริหารด้านการเงินของแผนงานวิจัย

การสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่จากการทำการวิจัยตามแผนงานวิจัย

ในแผนงานวิจัยครั้งนี้ มีการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ในลักษณะ คือ เปิดโอกาสให้อาจารย์ของคณะเภสัชศาสตร์ ที่เพิ่งจบการศึกษาระดับปริญญาเอก และเป็นอาจารย์ใหม่ เข้ามาเป็นนักวิจัยร่วมทุกกระบวนการของการวิจัย โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการพัฒนาโครงร่างวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

การดำเนินการวิจัย และผลการวิจัยของโครงการวิจัยในแผนงานวิจัย

สรุปการดำเนินการวิจัยและผลการวิจัยของโครงการวิจัย 4 โครงการภายใต้แผนงานวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 1 การสร้างรูปแบบการจัดการฐานข้อมูลและแผนที่ภูมิศาสตร์سنเทศทางการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนชายทะเลภาคตะวันออกเฉียงใต้

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจวิธีการใช้ยาในผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา ลดผลการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยา

2. การศึกษาระบาดวิทยาของผู้สูงอายุเขตพื้นที่ชายฝั่งภาคตะวันออกเฉียงใต้เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้ข้อมูลทางภูมิศาสตร์ระบบเทคโนโลยี (GIS) เพื่อระบุพื้นที่ทางภูมิศาสตร์อาศัยระบบกำหนดตำแหน่งบนโลก GPS Tracking Android

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดัน โรคหัวใจโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออกเฉียงใต้ในพื้นที่ เทศบาลเมืองแสนสุข และเทศบาลเมืองอ่างศิลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) แกนนำ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20-30 คน และ 2) ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 150 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข และเทศบาลตำบลอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

การเก็บรวบรวมเกี่ยวกับลักษณะโครงสร้างทั่วไปของชุมชน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประวัติการรักษาโรคประจำตัวและการใช้ยารักษาโรค (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) พฤติกรรมแสวงหาภาวะสุขภาพ (Health-seeking behaviors) การจัดการดูแลตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self-management) แบบแผนในการดูแลรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน และภูมิปัญญาท้องถิ่น ความสุขสบาย (Comfort) ความผาสุก (Well-being) ปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

ระยะที่ 2 คัดสรรรูปแบบการจัดการฐานข้อมูลการใช้ยา และภูมิสารสนเทศทางการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองในการพิจารณาการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.1 การจัดทำแผนที่ภูมิสารสนเทศการใช้ยา ทำการแยกแยะระดับความรุนแรงของพฤติกรรมการใช้ยา ผ่านเครื่องมือสารสนเทศในการเก็บข้อมูลต้องทำการยืนยันตัวบุคคลเพื่อเข้าถึงฐานข้อมูล

2.2 ติดตามและประเมินเกี่ยวกับ Clinical outcomes, Health care expenditures, and Quality of life คุณแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลจาก 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลแสนสุข ตำบลอ่างศิลา และตำบลเหมืองเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 150 คน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวาน ผลการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ประเภท ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา สิทธิการรักษา ที่อยู่ และพิกัด GPS ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกันในเชิงพื้นที่ทั้งสามตำบล ยกเว้นแต่สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาลกับพื้นที่สองตำบล คือ ตำบลแสนสุข และตำบลอ่างศิลา ($p < .05$)

2. ข้อมูลทั่วไปสำหรับการคัดกรองอาสาสมัคร ประกอบด้วย 2 ประเภทการตรวจร่างกาย

2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่ ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกันในเชิงพื้นที่ทั้งสามตำบล ยกเว้นน้ำหนักตัวเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 การตรวจวัดค่าความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด (Postprandial blood sugar) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกันในเชิงพื้นที่ทั้งสามตำบล

3. ข้อมูลสุขภาพของอาสาสมัคร ได้แก่ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง ความชอบรับประทานอาหารรสจัด หวาน เปรี้ยว เค็ม เผ็ด และมัน การดูแลรักษาตัวเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกันในเชิงพื้นที่ทั้งสามตำบล ยกเว้น ประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคของบิดา มารดา และพี่น้องสายตรง การดื่มชา กาแฟ การออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ข้อมูลการใช้ยาของอาสาสมัคร เพื่อเก็บข้อมูลของชื่อยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ขนาดความแรงของยา ข้อบ่งใช้ วิธีรับประทาน/ ใช้ยา วันที่เริ่มใช้ยา วันที่หยุดใช้ยา และประวัติการแพ้ยา/ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกัน ในเชิงพื้นที่ทั้งสามตำบล ยกเว้น ข้อมูลการเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรังที่เกิดในผู้สูงอายุ การใช้ยาเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และหรือการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการได้รับยาแบบ Fixed combination drug มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การสำรวจข้อมูลทุกประเภทร่วมกับเก็บข้อมูลในการใช้ยาของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยา การกระจายตัวของยาที่ใช้ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุในประเทศไทย การระบาดของโรคในพื้นที่สำรวจเพื่อดูความชุกของโรค นำมาสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชายฝั่งภาคตะวันออกของไทย ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้มาเพื่อชี้ให้เห็นเขตพื้นที่ใดที่มีความเร่งด่วนที่ต้องเข้าไปส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนยาและพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น

โครงการวิจัยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเล วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. สำรวจ และประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเลภาคตะวันออก ที่คัดสรร
2. สำรวจความต้องการการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนชายทะเลภาคตะวันออก ที่คัดสรร
3. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเลภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มี 60 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ประชาชนในพื้นที่ จำนวน 80 คน บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่คัดสรร จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 200 คน กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มประชากร

ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การคัดสรรพื้นที่และชุมชน การเตรียมพื้นที่ และการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

- 1.1 การคัดสรรพื้นที่ดำเนินการวิจัยร่วมกันระหว่างทีมวิจัย หน่วยงานในพื้นที่ และบุคลากรผู้รับผิดชอบในพื้นที่ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 1.2 เตรียมพื้นที่ โดยการชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินการ และระยะเวลาของการวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจ และความตระหนักแก่ผู้นำชุมชน ประชาชน และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเพื่อความร่วมมือในการวิจัย
- 1.3 สำรวจ และประเมินข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือการวิจัยที่กำหนด ประกอบด้วย 1) สำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 3) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ 4) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล 5) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของประชาชน และ 6) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของบุคลากรจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง
- 1.4 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 1.5 สรุปผล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อประชาคมในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชายทะเล การประเมินผล และสรุปผลการวิจัย

- 2.1 ประชุมระดมสมองกับผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่
- 2.2 วางแผนและจัดเตรียมทรัพยากรเพื่อดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดไว้
- 2.3 ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามแผนการจัดกิจกรรมและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชายทะเล และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

เทศบาลเมืองแสนสุข เป็นเมืองชายฝั่งทะเลตะวันออก ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี อยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ระยะทางประมาณ 74 กิโลเมตร อยู่ห่างจากตัวเมืองชลบุรี ประมาณ 13 กิโลเมตร มีพื้นที่ครอบคลุม 3 ตำบล คือ ตำบลแสนสุขทั้งตำบล ตำบลเหมือง (บางส่วน) และตำบลห้วยกะปิ (บางส่วน) รวมพื้นที่ปัจจุบันทั้งสิ้น 20.268 ตารางกิโลเมตร (12,667.5 ไร่) เทศบาลเมืองแสนสุข เป็นชุมชนทางการศึกษา การท่องเที่ยว และที่พักอาศัย ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายประมาณ ร้อยละ 80 % เศรษฐกิจโดยรวมจึงขึ้นอยู่กับภาคพาณิชย์กรรม กิจกรรมด้านการค้า ตั้งอยู่หนาแน่นบริเวณตลาดหนองมนและชายหาดบางแสน อาชีพอื่น ๆ ที่เสริมสร้างเศรษฐกิจของชุมชน ได้แก่ อาชีพประมง ทำสวนมะพร้าว ฟาร์มกุ้ง รับจ้าง และรวมถึงกิจการที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านการท่องเที่ยว เช่น การให้เช่าจักรยาน เรือลากกล้วย (บานาน่าโบ๊ท) เรือลากโซฟา สกู๊ตเตอร์ เรือใบ เป็นต้น

ส่วนลักษณะของชุมชนหาดวอนนภา เป็นชุมชนในเขตเทศบาล มีจำนวนครัวเรือนของชุมชน 317 หลัง จำนวนครัวเรือนในการวิจัย 150 หลัง และมีจำนวนประชากรของชุมชน 1,033 คน ชุมชนหาดวอนนภาเป็นชุมชนประมง ชาวชุมชนเป็นคนไทย และคนไทยเชื้อสายจีน ดำเนินชีวิตด้วยการออกทะเล หาปลาทั้งเรือเล็ก เรือยนต์ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ใช้ มีสะพานปลาสำหรับรับซื้อปลา และสัตว์ทะเล นอกจากอาชีพประมงแล้ว ยังมีอาชีพที่เกี่ยวข้องเนื่องเป็นผลผลิตที่เกิดจากการประมง เช่น ทำน้ำปลา ผลิตภัณฑ์ทะเลแห้ง มีประชาชนจากพื้นที่ตอนบนของหนองมน และพื้นที่อื่น ๆ อพยพมาอาศัยอยู่มากขึ้น

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.0 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.0 และทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.0 มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.0 เมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 66.0 ไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นของรัฐบาล ยาที่ใช้ประจำส่วนใหญ่ คือ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.0 มีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 68.0 ใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรทองหรือบัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.0 ระบุว่ามีความสุขภาพดี ร้อยละ 50.0 ทุกคนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้ดี

ด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ เท่ากับ 0-17 คะแนน ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 9-17 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 12.93 คะแนน ($SD = 2.02$) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0-48 คะแนน ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 13-36 คะแนน

โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เท่ากับ 25.96 ($SD = 4.66$) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0-20 คะแนน ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 9-20 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 16.02 ($SD = 2.9$)

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.0 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 38.0 และอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 28.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.0 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.0 มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 50.0 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือ เป็นบุตร ร้อยละ 50.0 ด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0-17 คะแนน ผลการวิจัยพบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 11-17 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 14.74 คะแนน ($SD = 1.41$)

3. ประชาชน ประชาชนในพื้นที่คัดสรรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 27.5 และอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 22.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.2 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.3 มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 51.25 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือ เป็นบุตร ร้อยละ 50.0 ด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของประชาชน มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0-17 คะแนน ผลการวิจัยพบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของประชาชน เท่ากับ 10-17 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้ ๆ เท่ากับ 14.61 คะแนน ($SD = 1.70$)

4. บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 มีอายุในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 50.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษา/ปริญญาตรี ร้อยละ 55.0 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 75.0 ด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0-17 คะแนน ผลการวิจัยพบว่า ช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เท่ากับ 10-17 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 14.61 คะแนน ($SD = 1.70$)

ส่วนที่ 2 ความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.0 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.0 และต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 52.0 โดยต้องการช่วยเหลือด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 ช่วยพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล ร้อยละ 30.7 และเข้าอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.0

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 72.0 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.0 และไม่ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 76.0 ส่วนที่ต้องการ

ความช่วยเหลือนั้นต้องการความช่วยเหลือด้านด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.3 เข้าอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.0 ผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.0 และช่วยพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล ร้อยละ 33.3

3. ประชาชน ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 70.0 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 76.3 และไม่ต้องความช่วยเหลือเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 52.5 ส่วนที่ต้องการความช่วยเหลือนั้น ต้องการความช่วยเหลือด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.9 เข้าอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.6

4. บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า ทุกคนเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.0 และไม่ต้องความช่วยเหลือเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.0 ส่วนที่ต้องการความช่วยเหลือนั้น ต้องการเข้าอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 100

ส่วนที่ 3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชายทะเล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชายทะเล ประกอบด้วย 6 ส่วน ที่สัมพันธ์กันดังนี้

1. การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ

กำหนดจัดให้มีการส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุ เรื่อง 1) การเปลี่ยนแปลงตามวัยด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ 2) หลักการ วิธีการ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการส่งเสริมภาวะอารมณ์ และการจัดการความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ 3) แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ

2. การพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

กำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับการฝึกทักษะที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 1) ด้านการออกกำลังกาย เช่น กายบริหารแบบนั่ง และกายบริหารแบบยืน ซึ่งควรจัดให้มีความร่วมมือกับ อสม.จัดให้ต้นแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 2) ด้านรับประทานอาหาร ควรฝึกทักษะการจัดรายการอาหารที่เหมาะสม รายการแลกเปลี่ยนสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวาน รายการอาหารแลกเปลี่ยนเพื่อลดโซเดียมสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง รายการอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับลดไขมัน อาหารเพื่อลดน้ำหนัก การอ่านฉลากอาหาร การวางแผนจัดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ โดยเน้น การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และแหล่งอาหารที่หาง่ายในท้องถิ่นชายทะเล การคำนวณแคลอรีอาหารแต่ละมื้อ การคำนวณดัชนีมวลกาย ฝึกทักษะการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การจินตนาการ และการนวดผ่อนคลาย ฝึกทักษะการบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

กำหนดให้ใช้กลวิธีให้ความรู้และพัฒนาทักษะเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุและครอบครัว ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ทักษะการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น สภาพแวดล้อม เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม เป็นต้น 2) การตั้งเป้าหมาย พยาบาลตั้งเป้าหมาย

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล 3) การวางแผนและเตรียมความพร้อม เป็นการวางแผนโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการพัฒนาทักษะเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วางแผนร่วมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อพิจารณาเลือกวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ละคน

3. การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กำหนดให้มีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แก่ผู้ดูแล เรื่อง

1) การเปลี่ยนแปลงตามวัยด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ 2) หลักการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมภาวะอารมณ์ และการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพ และด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 3) แนวคิดแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4) บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลและครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สำคัญควรประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในบ้าน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน เน้นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในบ้าน ต้องเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ส่วนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน ควรต้องเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ชุมชน (ประธานชุมชน อสม.ประจำชุมชน) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ เทศบาลเมืองแสนสุข รพ.สต. ร่วมกันสร้าง และดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สถานที่ออกกำลังกาย การมีสุขภาพที่ดี 2) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น การปราศจากเชื้อโรค และพาหะนำโรค ยุง แมลงวัน และ 3) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของคนรอบข้างในชุมชน

5. การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน แกนนำ และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน

เกี่ยวกับ 1) การเปลี่ยนแปลงตามวัยด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ 2) หลักการและวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมภาวะอารมณ์ และการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพ และด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 3) แนวคิดแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4) บทบาท หน้าที่และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

6. ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุก อย่างต่อเนื่อง

กำหนดให้บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ในชุมชนชายทะเล อย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน เป็นต้น ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุขโดยเน้นบริการทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น ให้บริการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้านที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ บริบท วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเล

โครงการวิจัยที่ 3 รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชนชายทะเลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาชีพอนามัย ความปลอดภัย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชนชายทะเลตะวันออก
3. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ อาชีพอนามัย และความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) พื้นที่ทำการวิจัย เป็นชุมชนชายฝั่งทะเลบางแสน และอ่างศิลา ที่อยู่ในเขตการปกครอง ของเทศบาลเมืองแสนสุข และเทศบาลตำบลอ่างศิลา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 200 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) แรงงานสูงอายุนอกระบบที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพ ค่าขายริมหาดชายทะเล บางแสน และอ่างศิลา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้บริหารของสถานบริการระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือเป็นหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข ของเทศบาลแสนสุข และเทศบาลอ่างศิลา ทำงานที่สถานบริการแห่งนั้น ไม่น้อยกว่า 5 ปี และ 3) บุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุ ประกอบด้วย พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขของสถานบริการระดับปฐมภูมิ พยาบาลจากกองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมของเทศบาล ประธาน อสม. ประธานชมรมผู้สูงอายุ และตัวแทนแรงงานสูงอายุ จำนวน 44 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. สสำรวจแรงงานสูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขายริมหาดจากผู้ที่มาขอใบอนุญาตและชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาลและค้นหาจากรายชื่อสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งทีมผู้วิจัยเดินสำรวจเอง
2. สัมภาษณ์แรงงานสูงอายุโดยใช้แบบสัมภาษณ์
3. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารของสถานบริการระดับปฐมภูมิ สันทนาการกลุ่มแรงงานสูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ
4. นำเสนอผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มแรงงานสูงอายุ ต่อกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุ
5. ประชุมสัมมนาสรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วมกับแรงงานสูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ และนำมากำหนดรูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อม การทำงานสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออก

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 56-60 ปี ร้อยละ 27.5 รองลงมา คือ อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 25.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ป.1-ป.4) ร้อยละ 68 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.0 มีดัชนีมวลกายเกิน ร้อยละ 76.5

ข้อมูลการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ทำงานอยู่บริเวณแนวหาดอ่างศิลา ร้อยละ 51.0 หาดบางแสน ร้อยละ 41.0 และหาดวอนนภา ร้อยละ 5.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักประเภทแผงลอยขายของทะเลสด ร้อยละ 36.5 รองลงมา คือ ล้อเลื่อนขายอาหาร ร้อยละ 17.5 และแผงลอยขายของทะเลแห้ง ร้อยละ 11.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักเป็นระยะเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 38.0 รองลงมา คือ ระยะเวลา 11-20 ปี ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของกิจการ/จ้างตนเอง ร้อยละ 90.5 ทำงานทุกวัน ร้อยละ 77.5 ทำงานวันละ 9-12 ชั่วโมง ร้อยละ 45.5 รองลงมา คือ ทำงานน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 42.0 ด้านรายได้ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยข้อมูล ร้อยละ 63 ในรายที่เปิดเผยข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,001-1,1000 บาท ร้อยละ 10 ด้านการนอนหลับพักผ่อน 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 34.0 รองลงมา คือ 7 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 24.5 มีการงีบหลับช่วงกลางวัน ร้อยละ 51 โดยผู้ที่มีการงีบหลับช่วงกลางวัน ส่วนใหญ่งีบหลับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที ร้อยละ 43.1 รองลงมา คือ มากกว่า 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ร้อยละ 38.2 กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.5 ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น ร้อยละ 94.0 สุขภาพในปัจจุบัน พบว่า มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.5 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.0 รองลงมา คือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.0

การดูแลสุขภาพเวลาเจ็บป่วยเล็กน้อย พบว่า ส่วนใหญ่รักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 40.5 รองลงมา คือ ซึ่ยามารับประทาน ร้อยละ 34.0 แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้บริการ พบว่าส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 46.0 รองลงมา คือ คลินิก ร้อยละ 23.0

ข้อมูลอาชีวอนามัย

ผลการวิจัยพบว่า สถานที่ประกอบอาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ร้อยละ 81.0 ส่วนใหญ่ไม่ได้สัมผัสสิ่งคุกคามในสถานที่ทำงานอาชีพหลัก ร้อยละ 63.0 ส่วนใหญ่รับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ 52.5 สวมใส่ผ้ากันเปื้อน ร้อยละ 44.0 รองลงมาคือ หมวกคลุมผม ร้อยละ 16.0 และปลอกแขน ร้อยละ 14.0 เดินทางมาทำงานโดยมอเตอร์ไซด์ส่วนตัว ร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ รถพ่วงข้างหรือรถสามล้อ, ครอบคร้วมาส่ง, จักรยาน, เดินเท้า ร้อยละ 36.5

ข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 50.5 และต้องการการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 49.5 ต้องการสนับสนุนด้านความรู้ ร้อยละ 11.0 และอุปกรณ์ป้องกันอันตราย 15.5 ต้องการการสนับสนุนการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 44.0 โดยต้องการการตรวจร่างกาย ร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ ต้องการตรวจไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 29.2

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน ร้อยละ 52.5 และมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน ร้อยละ 44.5 โดยส่วนใหญ่มีการสัมผัสกับความร้อนหรือการทำงานกลางแจ้ง ร้อยละ 72 บริเวณที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีแสงสว่างจ้ามากหรือมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 59.5 ผลกระทบเมื่อมีแสงสว่างจ้ามากหรือมีแสงสว่างไม่เพียงพอ คือ ส่วนใหญ่มีอาการแสบตา น้ำตาไหล ตาแดง ปวดตา ร้อยละ 54.6 บริเวณที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีฝุ่นละออง/ คิวบิก/ กลิ่นจากการปรุงอาหาร ร้อยละ 56.5 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีอาการเมื่อมีฝุ่นละออง/ คิวบิก/ กลิ่นจากการปรุงอาหาร ร้อยละ 73.5 ไม่มีการสัมผัสสารเคมี ร้อยละ 69.5 ส่วนกลุ่มที่สัมผัสสารเคมีนั้นพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ (เช่น ผื่นคัน ระคายเคืองที่ผิวหนังตา) ร้อยละ 86.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำงานที่ต้องยกของหนัก ร้อยละ 63.5 และมีผลกระทบจากการทำงานที่ต้องยกของหนัก ร้อยละ 74.0 โดยผู้ที่มีผลกระทบ มีอาการปวดเมื่อยเล็กน้อยพอทนได้ ร้อยละ 65.4

ข้อมูลทางกายศาสตร์และผลกระทบ

ผลการวิจัยพบว่า ท่าทางการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในท่าหนึ่ง ร้อยละ 33.5 รองลงมา คือ ท่าหนึ่งและยืน ร้อยละ 18.5 และทำยืน ร้อยละ 17.5 ส่วนใหญ่ต้องยืนทำงานติดต่อกันนาน 30 นาที ร้อยละ 68 เมื่อยืนนาน มีผลกระทบอวัยวะต่าง ๆ ร้อยละ 68 โดยส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยบริเวณขา ร้อยละ 12 รองลงมาเป็นบริเวณหลัง ร้อยละ 6 บริเวณเข่า ร้อยละ 6 บริเวณขาและเข่า ร้อยละ 6.5 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องนั่งนานเกิน 30 นาที ร้อยละ 75.0 เมื่อนั่งนาน มีผลกระทบอวัยวะต่าง ๆ ร้อยละ 50.5 โดยผู้ที่มีอาการกระทบต่ออวัยวะ ส่วนใหญ่ปวดเมื่อยบริเวณหลัง ร้อยละ 11.5 รองลงมา คือ หลังและเอว ร้อยละ 8.5

ข้อมูลคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ร้อยละ 84.0 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 78.5 ด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.5 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 48.5 รองลงมา มีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 44.0 ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ๆ ร้อยละ 99.5

ส่วนที่ 2 รูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเลตะวันออก

จากผลการวิจัยได้รูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ของแรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเลตะวันออก ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ ควรประกอบด้วย การทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค กิจกรรมคัดกรองโรค และควรให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และ อสม. ได้รับการอบรมความรู้เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัย จัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน

2. รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก ควรดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล แพทย์ รวมทั้ง อสม. ที่มีอาชีพค้าขายที่ชายทะเล ช่วงเวลาที่จัดบริการสุขภาพ คือ วันจันทร์ถึงพฤหัสบดี ยกเว้นวันศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ สถานที่ให้บริการ ควรที่ชายหาดบางแสน และอ่างศิลา จัดกิจกรรมให้แรงงานสูงอายุแบบตัวต่อตัว จัดรูปแบบการให้ความรู้ผ่านลูกหลาน เพื่อนบ้าน ผู้ค้าในร้านค้าใกล้เคียง จูงใจแรงงานสูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม ควรมีการพัฒนาหรือสร้างผู้นำที่ไม่เป็นทางการเพื่อนำการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ควรให้ความรู้และอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอาชีวอนามัย และความปลอดภัยแก่แรงงานสูงอายุ โดยควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ 1) ปัญหาการไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน 2) ปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อกระดูก การนั่ง ยืน เดิน ยก เคลื่อนย้ายของตามหลักกายวิศาสตร์ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 3) ให้ความรู้โรคและปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ โรคผิวหนัง ผื่นคัน การสัมผัส ความร้อน และฝุ่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการสัมผัสแสงแดดจ้า อบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การหกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก มีดบาด ทิ่มตา โดยอบรม อสม. ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้มีทักษะเพิ่มขึ้น และอบรม อสม. ที่เป็นแรงงานสูงอายุ และสร้างแกนนำปฐมพยาบาลที่ชายหาด

3. มีทีมงาน ผู้ประสานงาน ผู้นำในการทำกิจกรรมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยตั้งคณะทำงาน และบูรณาการการทำงานร่วมกับเทศบาล และทำแผนงานประจำปีร่วมกัน เพื่อให้เทศบาลทำงานตามแผนที่คิดร่วมกันกับ สคร. และ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี เป็นหัวหน้ากลุ่มทำงาน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และ รพ.สต. ทำหน้าที่ประสานงานให้ข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการในพื้นที่ ร่วมกิจกรรม รวมทั้งทำงานร่วมกับ อสม. และแกนนำของแรงงานสูงอายุที่มีอาชีพค้าขายริมทะเล

4. กลไกการทำงาน กลไกการทำงานควรเริ่มจากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค (สคร) ที่ 3 จังหวัดชลบุรี และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการดูแลแรงงานนอกระบบให้เข้าใจขอบเขตงาน และบทบาทความรับผิดชอบ ฝึกทักษะ จัดงบประมาณสนับสนุน จัดเจ้าหน้าที่มาให้การสนับสนุนด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัย และความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออก

กระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการอาชีวอนามัย โดยควรมีหลักสูตรอบรม จัดอบรมความรู้ ทักษะ ให้เจ้าหน้าที่ ควรเพิ่มงบประมาณสำหรับบริการอาชีวอนามัย รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยนั้นหน่วยงาน สคร รพศ. เจ้าหน้าที่สุขภาพของเทศบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกันบริหารจัดการการให้บริการ การจัดตั้งเครือข่ายในการทำงานดูแลแรงงานอายุระหว่างหน่วยงานภาครัฐ กับ อสม. ของพื้นที่ชายทะเลในการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับให้แก่แรงงานอายุอาชีพค้าขายชายทะเล

โครงการวิจัยที่ 4 การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชายทะเลต้นแบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และปรับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุ และออกแบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะกับผู้สูงอายุในชุมชนชายฝั่งทะเล

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุในเขตชายฝั่งทะเล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชายฝั่งทะเล ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 300 คน ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้จำนวนตามต้องการโดยไม่มีหลักเกณฑ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและทีมงานลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือช่วยกรอกแบบสอบถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดทางร่างกายของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 กระบวนการปรับพฤติกรรมด้านการยอมรับเทคโนโลยีเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ และออกแบบเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชายฝั่งทะเล

ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุในเขตชายฝั่งทะเลมาออกแบบกิจกรรมการอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้มากขึ้น ซึ่งได้จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “วัยเก๋าเข้าใจไอที” เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ Social media เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และเข้าใจการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเบื้องต้นได้ รวมถึงมีความรู้การใช้ Social media เช่น Line Facebook Youtube เป็นต้น และเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในอนาคต ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรมทั้งหมด 6 ชั่วโมง ซึ่งมีวิทยากร และผู้ช่วยวิทยากรดูแล รวมทั้งตอบข้อซักถาม พร้อมสังเกตทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุ ตลอดระยะเวลาการอบรม จำนวน 11 คน โดยแบ่งเนื้อหาประกอบด้วย การใช้คอมพิวเตอร์

เบื้องต้น การใช้อินเทอร์เน็ตในชีวิตประจำวัน และการใช้ Social media ในการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน เช่น Line Facebook Youtube เป็นต้น โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชายฝั่งทะเล ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน ที่ประสงค์สมัครใจเข้าร่วมการอบรม สื่อที่ใช้ในการจัดอบรม ได้แก่ เอกสารคู่มือประกอบการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “วัยเก๋าเข้าใจไอที” เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและ Social Media เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้เรียนรู้ และเข้าใจ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเบื้องต้นได้ รวมถึงมีความรู้การใช้ Social media เช่น Line Facebook Youtube

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุในเขตชายฝั่งทะเล

ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุในเขตชายฝั่งทะเล ตำบลแสนสุข พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.0 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 66.0 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 85.3 สถานภาพสมรส/ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 48.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 76.7 อาชีพก่อนเกษียณ คือ ค่าขาย คิดเป็นร้อยละ 42.3 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.5 รองลงมา คือ โรคปวดหลัง/ เอว ร้อยละ 14.51 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.0 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพปกติ (ไม่มีโรคประจำตัว) ร้อยละ 11.0

จากการศึกษาพฤติกรรมการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภทต่าง ๆ พบว่า สื่อที่ผู้สูงอายุติดตามทุกวัน คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 61.3 รองลงมา คือ วิทยุ ร้อยละ 18.3 และหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 15.3 ตามลำดับ สำหรับสื่อที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ดู/ ไม่สนใจเลย คือ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 72.7 รองลงมา คือ นิตยสาร ร้อยละ 69.3 และวิทยุ ร้อยละ 51.7 ตามลำดับ และการศึกษาการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.0 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตเลย แต่ใช้อุปกรณ์สื่อสารแบบพกพา ร้อยละ 80.3 ซึ่งพบว่า ยี่ห้อที่ใช้มากที่สุด คือ Samsung ร้อยละ 38.59 รองลงมา คือ Nokia ร้อยละ 27.48 เมื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยต่อวันในการใช้เทคโนโลยีน้อยกว่า 10 นาที ร้อยละ 40.3 รองลงมา คือ ระหว่าง 10-30 นาที ร้อยละ 22.3

ความคิดเห็นต่อการใช้เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศของผู้สูงอายุ พบว่า ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการใช้เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก พบว่า การใช้เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศมีประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น รองลงมา คือ เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการใช้เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ และการใช้เทคโนโลยี และระบบสารสนเทศเป็นประจำจะช่วยให้ท่านทราบถึงประโยชน์ของการใช้งาน ตามลำดับ สำหรับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ การใช้เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเป็นประจำช่วยให้ท่านคุ้นเคยกับการใช้งาน การใช้เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศสืบค้นข้อมูลช่วยให้ประหยัดเวลา และใช้เวลาในการเรียนรู้เพื่อใช้เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ เมื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการใช้โทรศัพท์มือถือ พบว่า ในภาพรวมมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก พบว่า โทรศัพท์มือถือมีประโยชน์ในการติดต่อสื่อสาร รองลงมา คือ โทรศัพท์มือถือสร้างความสะดวกในการดำรงชีวิตประจำวัน และเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการใช้โทรศัพท์มือถือ ตามลำดับ สำหรับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ โทรศัพท์มือถือมีประโยชน์ในการใช้หาข้อมูล

ผลการศึกษาความต้องการข้อมูลด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ พบว่า อันดับหนึ่ง คือ มีความต้องการสื่อสารกับเพื่อนหรือญาติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 รองลงมา ต้องการข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 และข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านของข้อมูลการดูแลสุขภาพ พบว่า มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับการติดต่อขอความช่วยเหลือยามฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 รองลงมา คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 และข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และการติดต่อกับแพทย์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 ตามลำดับ

2. กระบวนการปรับตัวกิจกรรมด้านการยอมรับเทคโนโลยีเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้

จากการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “วัยเก๋าเข้าใจไอที” เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีและ Social media เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้เรียนรู้ และเข้าใจการใช้คอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ตเบื้องต้นได้ รวมถึงมีความรู้การใช้ Social media เช่น Line Facebook Youtube และ Line และเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในอนาคต ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรมทั้งหมด 6 ชั่วโมง ซึ่งมีวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากรดูแล รวมทั้งตอบข้อซักถาม พร้อมสังเกตทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุ ตลอดระยะเวลาการอบรม มีผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตและ Social media จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า

2.1 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการอบรม จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวนร้อยละ 76.7 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 71.3 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 86.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 70.0 และอาชีพก่อนเกษียณ คือ ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 51.6

2.2 พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและ Social media ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการอบรม คือ ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต และ Social media ร้อยละ 83.3 และไม่เคยใช้ Web Browser เช่น Google ในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 66.7 สำหรับการใช้ Social media ในชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.3 ที่ใช้ Social media ในชีวิตประจำวัน เมื่อสอบถามเพิ่มเติม พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 56 คน ใช้โปรแกรม LINE ในชีวิตประจำวัน รองลงมา คือ Facebook และ Youtube ตามลำดับ สำหรับระบบปฏิบัติการของสมาร์ตโฟน คือ ระบบ Android จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 76.6 และพบว่า มีผู้สูงอายุที่ไม่ใช้สมาร์ตโฟน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 สำหรับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ Social media ในทุกข้ออยู่ในระดับน้อย โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้งาน Social media เช่น Line Facebook Youtube มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.65

2.3 การประเมินทักษะการใช้อินเทอร์เน็ต และ Social media ของผู้สูงอายุ พบว่า ทักษะก่อนการอบรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.87 และเมื่อได้รับการอบรมแล้วพบว่า ผลการประเมินทักษะ หลังการอบรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.12 เมื่อทำการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้ เทคโนโลยีและ Social media ของผู้สูงอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้งาน ฯ ของผู้สูงอายุ ก่อนเรียนแตกต่างจากคะแนนทักษะการใช้งาน ฯ ของผู้สูงอายุหลังเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

2.4 การวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต และ Social media พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการอบรม ฯ จำนวน 60 คน มีความพึงพอใจต่อภาพรวมในการจัดโครงการอบรม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 และเห็นว่าโครงการอบรม ฯ มีประโยชน์เป็นอย่างมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ในทุกด้าน ซึ่งมีเรียงลำดับ ดังนี้ ด้านวิทยากรและการบรรยาย ด้านบริการและสถานที่ ด้านภาพรวมของกิจกรรม ด้านเอกสารประกอบการอบรม ตามลำดับ

3. การออกแบบเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชายฝั่งทะเล

การออกแบบเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ การทำงานของระบบ คือ ผู้สูงอายุจะมีอุปกรณ์ขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินหรือสร้อยคอ ซึ่งมีหน้าที่ส่งข้อมูลการแจ้งเตือนของผู้สวมใส่ส่งผ่าน Bluetooth ไปยัง Smartphone ซึ่งทำหน้าที่เป็นเกตเวย์ (IoT gateway) เพื่อส่งข้อมูลที่ไปยังระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแสดงข้อมูลการแจ้งเตือนต่าง ๆ ผ่าน Cloud service ที่มีผู้ดูแลรับผิดชอบอยู่ ผลการทดสอบการทดลองใช้ระบบ ฯ สรุปได้ดังนี้

3.1 กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ที่ทดลองใช้ระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 90.0 อายุระหว่าง 70-79 ปี มีความคิดเห็นว่าคุณสมบัติแจ้งเตือนมีความเหมาะสม ร้อยละ 60.0 ปุ่มกดขอความช่วยเหลือใช้ง่ายและสะดวก ร้อยละ 70.0 ระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุมีประโยชน์ ร้อยละ 80.0 และมีความต้องการใช้อุปกรณ์ติดตามตัวต่อไป ร้อยละ 100 และเมื่อสอบถามถึงข้อเสนอแนะควรจะมีการแจ้งเตือนกรณีฉุกเฉินเป็น SMS ไปยังลูกหลาน หรือผู้ดูแล และปุ่มกดขอความช่วยเหลือต้องใช้แรงอย่างมาก อีกทั้งไม่แน่ใจว่าการขอความช่วยเหลือไปยังระบบนั้น ติดต่อกับไปยังระบบแล้วหรือไม่ และเห็นว่าอุปกรณ์ควรมีระบบแจ้งเตือนกรณีแบตเตอรี่หมด และมีความต้องการใช้อุปกรณ์ติดตามตัวในกรณีที่ผู้สูงอายุออกจากบ้านไปทำกิจกรรมนอกสถานที่

3.2 เจ้าหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน ที่ทดลองใช้ระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความคิดเห็นว่าระบบแจ้งเตือน ฯ มีประโยชน์ ร้อยละ 100.0 ระบบแจ้งเตือน ฯ มีความเหมาะสมครอบคลุมความต้องการ ร้อยละ 60.0 ระบบแจ้งเตือน ฯ สามารถเข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว ร้อยละ 80.0 และระบบแจ้งเตือน ฯ มีความสะดวกในการสืบค้น ร้อยละ 60.0 และเมื่อสอบถามข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พบว่า การที่อุปกรณ์ไม่ออนไลน์ เหตุผลส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นคืออุปกรณ์และสมาร์ทโฟนไม่ได้เชื่อมต่อสัญญาณ Bluetooth กัน และพบว่าสมาร์ทโฟนบางรุ่นไม่รองรับการใช้งานแอปพลิเคชัน รวมถึงควรมีการเพิ่มเติมข้อมูลญาติ หรือผู้

ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน และควรเพิ่มเติมที่อยู่และแผนที่เพื่อความสะดวกในการติดต่อผู้ใช้งาน ในกรณีฉุกเฉิน

3.3 การทดสอบประสิทธิภาพการทำงานของระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า การเก็บข้อมูลการกดสัญญาณขอความช่วยเหลือส่งข้อมูลไปยังระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 60 ครั้ง พบว่า การเชื่อมต่อของเครือข่ายเครือข่าย 3G มีค่าเฉลี่ย 46.45 วินาที และระบบมีระยะเวลาการออฟไลน์ของการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างอุปกรณ์กับระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ มากที่สุดคือ 193 นาที ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยต่อครั้งในการออฟไลน์ คือ 13.38 นาที

สรุปจากการดำเนินงานของโครงการวิจัยภายใต้แผนงานทั้ง 4 โครงการวิจัย ได้ผลลัพธ์ของแผนงานวิจัยครั้งนี้ คือ ชุมชนชายทะเลต้นแบบที่มีรูปแบบและระบบการพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการฐานข้อมูลการใช้ยาและภูมิสารสนเทศทางการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายทะเลภาคตะวันออก
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
3. รูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ของแรงงานสูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก
4. เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก

อภิปรายผลการวิจัย

แผนงานวิจัยครั้งนี้ มุ่งให้เกิดชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุที่ยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีการประยุกต์แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชายทะเล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เศรษฐกิจพอเพียงนั้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตั้งอยู่บนพื้นฐานของทางสายกลางและความไม่ประมาท โดยคำนึงถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ตลอดจนใช้ความรู้ ความรอบคอบ และคุณธรรม ประกอบการวางแผน การตัดสินใจและการกระทำ ดำรงอยู่และปฏิบัติตนในทางที่ควรจะเป็น โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย วัฒนธรรม วิถีชีวิต และบริบทของพื้นที่ชายทะเล มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้ความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญา และความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกในปัจจุบัน ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป โดยผู้สูงอายุไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่น การผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ เหมาะสมต่อสุขภาพวัยสูงอายุ ความมีเหตุผลเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับระดับความพอเพียงของผู้สูงอายุที่จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ๆ อย่างรอบคอบ ส่วนภูมิคุ้มกันเป็นการเตรียมตัวของผู้สูงอายุให้พร้อมรับผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีเงื่อนไขของการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียง 2 ประการ คือ เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรอบด้านในการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพทุกด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผนและความระมัดระวังในการปฏิบัติ ตัว ส่วนเงื่อนไขคุณธรรม ประกอบด้วย ผู้สูงอายุมีความตระหนักใน คุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริตและมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว จะช่วยพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบพึ่งพาตนเอง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ทำให้ครอบครัวเข้ามา มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในชุมชนเพื่อการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ และเป็นวิถีทางที่จะทำให้บรรลุการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกด้าน เนื่องจากชุมชน/ ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนของการส่งเสริม

สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การกำหนดปัญหาและความต้องการ การวางแผนการดำเนินงาน การประเมินผลและการมีส่วนร่วมในการรับและใช้ผลประโยชน์

จากผลการวิจัยรูปแบบการจัดการฐานข้อมูลการใช้ยาและภูมิสารสนเทศทางการใช้ยา เพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายทะเลภาคตะวันออก นั้นพบว่า ผลการวิจัยได้ฐานข้อมูลการใช้ยาและแผนที่ภูมิสารสนเทศการใช้ยา เพื่อใช้ในการระบุพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ด้วยระบบกำหนดตำแหน่งบนโลก GPS Tracking Android on Google map ผ่านเครื่องมือสารสนเทศ และมีการเก็บข้อมูลโดยต้องทำการยืนยันตัวบุคคลเพื่อเข้าถึงฐานข้อมูลทางเว็บไซต์ ซึ่งจากการทำการสำรวจข้อมูลทุกประเภทพร้อมกับเก็บข้อมูลในการใช้ยาของผู้สูงอายุนั้น ได้มีการนำมาวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยา ระบาดวิทยาของโรคไม่ติดต่อในกลุ่มผู้สูงอายุ ในแง่การใช้ยาในการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน การกระจายตัวของยาที่ใช้ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุในประเทศไทย การระบาดของโรคในพื้นที่สำรวจเพื่อดูความชุกของโรค จากข้อมูลต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถนำมาสร้างฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชายฝั่งภาคตะวันออกของไทย ซึ่งให้เห็นว่า เขตพื้นที่ใดที่มีความเร่งด่วนที่ต้องเข้าไปส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนยา และพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น รวมถึงการประเมินความเสี่ยงหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของกลุ่มพื้นที่ที่มีความเสี่ยง สามารถเร่งไปให้ความรู้การใช้ยาที่ถูกต้องได้ทันทั่วทั้งที่เช่นกัน อีกทั้งจากกระบวนการพัฒนางานวิจัย รวมทั้งได้มีการประดิษฐ์นวัตกรรมเพื่อนำเสนอเทคโนโลยีทางการแพทย์โดยใช้ภูมิสารสนเทศการใช้ยา การประเมินเกณฑ์เขตพื้นที่ที่มีความเสี่ยง สามารถรองรับสถานการณ์โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุและการใช้ยาได้ทันทั่วทั้งการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์คาดการณ์แนวโน้มในอนาคตไว้ล่วงหน้า และการพัฒนาชุดอุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถเข้าถึงระดับชุมชน สามารถ ลดการพึ่งพาเทคโนโลยีต่างประเทศ ได้ ดังนั้นการจัดการฐานข้อมูลการใช้ยาและภูมิสารสนเทศทางการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายทะเลภาคตะวันออกครั้งนี้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งสามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

จากผลการวิจัยการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายทะเล พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายทะเลพัฒนาขึ้นจากใช้ข้อมูลพื้นฐาน ปัญหา และความต้องการการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายทะเลที่ได้มาจากการประเมินด้วยการใช้แบบวัดต่าง ๆ การสัมภาษณ์ และการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม โดยการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว ประชาชน และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ร่วมกัน โดยมีผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านนโยบาย โดยบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องรวมทั้งคำนึงถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ซึ่งต้องการการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายทะเลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะมีความเหมาะสม และเอื้อประโยชน์สูงสุดต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายทะเล ทั้งนี้อภิปรายได้ดังนี้

การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการพัฒนาทักษะ

เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรู้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และวิธีการส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจและจัดการปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัยด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และหลักการ วิธีการ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายครบถ้วน และปริมาณเพียงพอ การวางแผนการจัดรายการอาหารที่เหมาะสม มีรายการแลกเปลี่ยนสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวาน รายการอาหารแลกเปลี่ยนเพื่อลดโซเดียมสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง รายการอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับลดไขมัน อาหารเพื่อลดน้ำหนัก การเลือกซื้ออาหาร การอ่านฉลากอาหาร การวางแผนจัดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และแหล่งอาหารที่หาง่ายในท้องถิ่นชายทะเล 2) การออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมในการเคลื่อนไหวร่างกาย ปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกายอย่างความสม่ำเสมอ และใช้วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การบริหารร่างกายในท่าหนึ่งและการบริหารในท่าอื่น 3) การส่งเสริมภาวะอารมณ์ และการจัดการความเครียด เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ช่วยทำให้ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การจินตนาการ การนวด การฟังดนตรีและการฟังธรรมะ การสร้างเสริมอารมณ์ดี โดยการยิ้มกับทุกคน ทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ร้องเพลง วาดรูป เป็นต้น รวมถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เป็นการจัดการที่กระทำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ 4) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (อโรคยา) หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เบาหวาน เอดส์ เป็นต้น และ 5) การดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เน้นให้มี การจัดสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัยสามารถเข้าถึงได้ สามารถสร้างแรงกระตุ้น และดูแลรักษาง่าย สิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย หมายถึง ปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย และสุขภาพอนามัย ได้แก่ มีที่พักอาศัยเป็นสัดส่วน มีระบบสาธารณูปโภคที่ดี มีระบบป้องกันภัยที่ดี เช่น มีแสงสว่างที่เพียงพอ มีราวจับในห้องน้ำ พื้นบ้านไม่ลื่น มีสัญญาณฉุกเฉินเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น สามารถเข้าถึงได้ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถเข้า-ออกบ้านได้สะดวก เช่น มีทางลาดสำหรับรถเข็น การจัดทำประตูบ้านหรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในบ้าน มีความเหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งานสามารถสร้างแรงกระตุ้น หมายถึง การตกแต่งสภาพที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อความน่าอยู่ เช่น เลือกใช้สีบ้านที่เหมาะสม มีความสว่างเพียงพอ เป็นต้น ดูแลรักษาง่าย หมายถึง บ้านผู้สูงอายุควรออกแบบให้ดูแลรักษาได้ง่าย และมีความปลอดภัย ซึ่งการได้รับความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้ข้อดีหรือจุดแข็งของตนเอง (Helmreich et al., 2017)

ส่วนการฝึกทักษะนั้น พบว่า ทักษะที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ และนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (Kanfer, 1998) ผู้สูงอายุควรได้รับการฝึกทักษะการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กายบริหารแบบนั่งและกายบริหารแบบยืน ซึ่งควรจัดให้มีความร่วมมือกับ อสม.จัดให้ต้นแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี มีการสาธิตการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารแบบนั่ง และท่ากายบริหารแบบยืน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย จะพยายามแสดงความสามารถนั้นอย่างเต็ม ซึ่งจะช่วยเพิ่มการปฏิบัติต่อเนื่องได้ (Resnick & Inguito, 2011) ฝึกทักษะการจัดรายการอาหารที่เหมาะสม รายการแลกเปลี่ยนสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวาน รายการอาหารแลกเปลี่ยนเพื่อลดโซเดียมสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง รายการอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับลดไขมัน อาหารเพื่อลดน้ำหนัก การอ่านฉลากอาหาร การวางแผนจัดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพโดยเน้น การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และแหล่งอาหารที่หาง่ายในท้องถิ่นชายทะเล การคำนวณแคลอรีอาหารแต่ละมื้อ การคำนวณดัชนีมวลกาย ฝึกทักษะการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การจินตนาการ และการนวดผ่อนคลาย ฝึกทักษะการบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

นอกจากนี้ การใช้กลวิธีให้ความรู้และพัฒนาทักษะเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุและครอบครัว ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ทักษะการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น สภาพแวดล้อม เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม เป็นต้น 2) การตั้งเป้าหมาย พยาบาลตั้งเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล 3) การวางแผนและเตรียมความพร้อม เป็นการวางแผนโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบในการการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการพัฒนาทักษะเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วางแผนร่วมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อพิจารณาเลือกวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ละคน ซึ่งกลวิธีทั้ง 3 ขั้นตอนนี้จะช่วยสร้างแรงจูงใจและเพิ่มพูนความสำเร็จของการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะเพื่อการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (DeCoste & Maurer, 2011)

การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิผลจากการทำประชาคมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน สรุปประเด็นการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ประกอบด้วย การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อการบรรลุภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการต่าง ๆ คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และให้การสนับสนุนชุมชนในการกำหนดทิศทาง และการสร้างประชาสังคมในชุมชนต่างๆ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มจิตอาสา เป็นต้น ซึ่งชุมชนหาดวอนนภา มีกลุ่มออกกำลังกายที่เข้มแข็งที่ก่อตั้งโดยความร่วมมือของชุมชน ผู้สูงอายุ อสม. มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มจิตอาสาของชุมชนหาดวอนนภาเป็นการร่วมมือทั้ง อสม. และประชาชนในชุมชน การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นวิถีทางที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่การ

วิจัยกำหนดไว้โดยการให้ประชาชน มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน (สุจินดา สุขรุ่ง, อารยา ปรานประวีตร, อารี พุ่มประวathy, 2561) ได้แก่ การกำหนดปัญหา และความต้องการการวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล การมีส่วนร่วมในการรับและใช้ผลประโยชน์ ซึ่งควรกำหนดให้แก่นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ ร่วมรับประโยชน์ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีความคิดเห็นและความรับผิดชอบร่วมกันต่อการดำเนินการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทิศทางที่ต้องการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ นำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในบ้านและชุมชนจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดการทางกายภาพ ที่ประกอบด้วย จัดการให้มีถนนปลอดภัยต่อการเดิน -การสัญจรของผู้สูงอายุ มีไฟฟ้าส่องสว่าง ตามแนวถนนทาง มีสวนสาธารณะให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้ออกกำลังกาย มีการปกป้องและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรทางธรรมชาติ เช่น แนวชายหาดของหมู่บ้าน เป็นต้น รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ศูนย์เรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพร ศูนย์เรียนรู้เกษตรปลอดภัยและเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้น ส่วนสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อต่างๆ เช่น การกำจัดพาหะนำโรค ยุง แมลงวัน ส่วนสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การสร้างเสริมสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของคนรอบข้างในชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น รณรงค์ให้ผู้สูงอายุ และประชาชนในพื้นที่ลดอาหารเค็ม ซึ่งเป็นอาหารที่มีมากในชุมชน และลดการใช้เครื่องปรุงรส จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคเพื่อลดการเกิดโรคเรื้อรัง

ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุก อย่างต่อเนื่อง

อธิบายได้ว่า การที่บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน มีการปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุขโดยเน้นบริการทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น ให้บริการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้านที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ บริบท วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเล จะเป็นการส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Pender, 1996) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และต่อเนื่อง

จากผลการวิจัยการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของแรงงานสูงอายุในระบบในชุมชนชายทะเลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต พบว่า แบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของแรงงานสูงอายุระบบครั้งนี้ จะสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงานสูงอายุระบบได้ เนื่องจากรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ มีการกำหนดให้จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กิจกรรมคัดกรองโรค และอบรมความรู้เฉพาะทางด้านอาชีวอนามัยแก่เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และอสม. รวมถึงจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 (สคร.) กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลชลบุรี ร่วมกับเจ้าหน้าที่งานสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อม พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับพยาบาลหรือนักวิชาการของเทศบาล พยาบาลของ รพ.สต. โดยทำงานร่วมกับ อสม. และแกนนำของผู้ที่มีอาชีพค้าขายริมทะเล ซึ่งจะส่งผลให้แรงงานสูงอายุในระบบในชุมชนชายทะเลได้รับการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพ

ส่วนรูปแบบรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก จะส่งผลให้แรงงานสูงอายุระบบในชุมชนชายทะเลได้รับการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพ เนื่องจากกำหนดให้จัดกิจกรรมให้แรงงานสูงอายุแบบตัวต่อตัว จัดรูปแบบการให้ความรู้ผ่านลูกหลาน เพื่อนบ้าน ผู้ค้าในร้านค้าใกล้เคียง จูงใจแรงงานสูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งมีการพัฒนาหรือสร้างผู้นำที่ไม่เป็นทางการเพื่อนำการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้ และอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่แรงงานสูงอายุ โดยควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ 1) ปัญหาการไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของงาน 2) ปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อกระดูก การนั่ง ยืน เดิน ยก เคลื่อนย้ายของตามหลักการยศาสตร์ การยึดเหยียดกล้ามเนื้อ 3) ให้ความรู้โรคและปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ โรคผิวหนัง ผื่นคัน การสัมผัส ความร้อนและฝุ่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการสัมผัสแสงแดดจ้า อบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การหกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก มีดบาด โดยอบรม อสม. ประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้มีทักษะเพิ่มขึ้น และอบรม อสม. ที่เป็นแรงงานสูงอายุ และสร้างแกนนำปฐมพยาบาลที่ชายหาด นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีทีมทำงาน ผู้ประสานงาน ผู้นำในการทำกิจกรรมอาชีวอนามัย และความปลอดภัย โดยตั้งคณะทำงาน และบูรณาการการทำงานร่วมกับเทศบาล และทำแผนงานประจำปีร่วมกัน เพื่อให้เทศบาลทำงานตามแผนที่คิดร่วมกันกับ สคร. และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลชลบุรี เป็นหัวหน้ากลุ่มทำงาน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และ รพ.สต. ทำหน้าที่ประสานงานให้ข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบการในพื้นที่ ร่วมกิจกรรม รวมทั้งทำงานร่วมกับ อสม. และแกนนำของแรงงานสูงอายุมืออาชีพค้าขายริมทะเล โดยมีกลไกการทำงานที่เหมาะสมในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบให้เข้าใจ ขอบเขตงานและบทบาทความรับผิดชอบ ฝึกทักษะ จัดงบประมาณสนับสนุน จัดเจ้าหน้าที่มาให้การสนับสนุนด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ

จากผลการวิจัยเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก สามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออกได้ เนื่องมาจากกระบวนการปรับพฤติกรรมด้านการยอมรับเทคโนโลยีครั้งนี้ ใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะการใช้งานเทคโนโลยีและ Social media เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในอนาคต ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสนใจ และต้องการเข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุมีทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สมาน ลอยฟ้า (2554) กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ตต่อผู้สูงอายุนั้น เป็นการช่วยกระตุ้นความสามารถในการคิดการเรียนรู้ การอ่าน และการทำความเข้าใจกับสิ่งที่อ่านความจำ และชะลออาการภาวะสมองเสื่อม และช่วยขยายโอกาสในการศึกษาและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ รวมถึงทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นถึงคุณค่าและประโยชน์ของการใช้คอมพิวเตอร์

ส่วนระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ จัดทำขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในกรณีเหตุฉุกเฉิน โดยภาพรวมการทำงานของระบบ คือ ผู้สูงอายุจะมีอุปกรณ์ขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินหรือสร้อยคอ ซึ่งมีหน้าที่ส่งข้อมูลการแจ้งเตือนของผู้สวมใส่ส่งผ่าน Bluetooth ไปยัง Smartphone ซึ่งทำหน้าที่เป็นเกตเวย์ (IoT gateway) เพื่อส่งข้อมูลที่ไปยังระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแสดงข้อมูลการแจ้งเตือนต่าง ๆ ผ่าน Cloud service ที่มีผู้ดูแลรับผิดชอบอยู่ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีความเห็นว่า อุปกรณ์แจ้งเตือนมีความเหมาะสม ปุ่มกดขอความช่วยเหลือใช้งานง่ายและสะดวก และระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุมีประโยชน์ แต่มีความต้องการเพิ่มการแจ้งเตือนแบตเตอรี่ของอุปกรณ์ สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลในส่วนที่เกี่ยวข้องเห็นว่า ระบบแจ้งเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ มีประโยชน์ เหมาะสมครอบคลุมความต้องการ และสามารถเข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว

จากผลการวิจัยทุกโครงการวิจัยของแผนงานวิจัยการพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า แผนงานวิจัยชุดนี้ตอบสนองยุทธศาสตร์การสร้างศักยภาพและความสามารถเพื่อการพัฒนาทางสังคมให้มีความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคอุบัติใหม่ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจ การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อสิ้นสุดแผนงานวิจัย ผู้สูงอายุชายทะเลกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินงานของโครงการวิจัยภายใต้แผนงานทั้ง 4 โครงการวิจัย ได้ผลลัพธ์ของแผนงานวิจัยครั้งนี้ คือ ชุมชนชายทะเลต้นแบบที่มีรูปแบบและระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ที่สำคัญ คือ 1) รูปแบบการจัดการฐานข้อมูลการใช้ยาและภูมิสารสนเทศทางการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายทะเลภาคตะวันออก 2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 3) รูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ของแรงงานสูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก 4) เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยของแผนการวิจัย เรื่อง การพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ บนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานและองค์ในระดับนโยบายระดับประเทศ และท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุชุมชนชายฝั่งทะเล และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุชุมชนชายฝั่งทะเล เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่มีคุณภาพ ต่อเนื่อง และยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน สามารถประยุกต์ใช้ผลการวิจัยครั้งนี้ สู่การพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเลในเขตพื้นที่รับผิดชอบต่อไป ขยายผลสู่พื้นที่ชายทะเลอื่น ๆ

2. นักวิชาการและนักวิจัย ได้รูปแบบชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุชายทะเลของประเทศไทย ซึ่งสามารถนำไปต่อยอดในการศึกษาวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

นักวิชาการ นักวิจัย และผู้สนใจ สามารถนำรูปแบบชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุครั้งนี้ ไปทดลองใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อไป

ผลผลิต (output)ของแผนงานวิจัย

ผลผลิตของแผนงานวิจัยนี้ คือ ได้ชุมชนชายทะเลต้นแบบที่มีรูปแบบและระบบการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ตัวชี้วัด คือ ชุมชนชายทะเลต้นแบบ 1 แห่ง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการฐานข้อมูลการใช้ยาและภูมิสารสนเทศทางการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อชายทะเลภาคตะวันออก ตัวชี้วัดผลผลิต คือ คุณภาพและความเป็นไปได้ของฐานข้อมูลการใช้ยาและภูมิสารสนเทศทางการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อชายทะเลภาคตะวันออก
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตัวชี้วัดผลผลิต คือ คุณภาพและความเป็นไปได้ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก
3. รูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ของแรงงานสูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก ตัวชี้วัดผลผลิต คือ คุณภาพและความเป็นไปได้ของรูปแบบในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก
4. เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก ตัวชี้วัดผลผลิต คือ คุณภาพและความเป็นไปได้ของเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

ฉันทนา จันทวงศ์ นันทพร ภัทรพุทธ วรณภา ลือกิตินันท์ และ กัญจนวลัย นนทแก้ว แพร์รี่. (2559). อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพ คุณภาพชีวิต และข้อเสนอแนะในการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่แรงงานสูงอายุนอกระบบ: กรณีศึกษาในชุมชนชายทะเลฝั่งตะวันออกของประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 32 (1), 1-14

ผลงานวิจัยที่นำเสนอในที่ประชุมวิชาการทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

ผลงานวิจัย เรื่อง Real-time system for monitoring activity among the elderly using an RF SoC device with triaxial accelerometer data over a wireless sensor network. ในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ the 2014 IEEE MTT-S International Microwave Workshop Series on RF and Wireless Technologies for Biomedical and Healthcare Applications (pp. 126-129). ณ London: United Kingdom. ระหว่างวันที่ 8-10 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง เทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชายทะเลภาคตะวันออก

**ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยตามแผนการบริหารงาน และแผนการ
ดำเนินงานตลอดแผนงานวิจัย**

แผนงานวิจัย มุ่งให้เกิดชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุที่ยั่งยืน ผลการสำเร็จการวิจัยระยะนี้เป็นผลสำเร็จระยะกึ่งกลาง (I)

รายงานสรุปการเงิน
เลขที่โครงการระบบบริหารงานวิจัย (2558A10801002) สัญญาเลขที่ 12/2558
โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558
มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อโครงการ การพัฒนาชุมชนชายทะเลต้นแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง
 ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัยผู้รับทุน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ
 รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558
 ระยะเวลาดำเนินการตามแผนงานวิจัย 2 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558

รายรับ

จำนวนเงินที่ได้รับ

งวดที่ 1 (50%)	72,500	บาท	เมื่อวันที่ ตุลาคม พ.ศ. 2557
งวดที่ 2 (40%)	58,000	บาท	เมื่อวันที่ กันยายน พ.ศ. 2558
งวดที่ 3 (10%)	0 (ไม่ได้เบิก)	บาท	เมื่อวันที่ -
รวม 130,500		บาท	

รายจ่าย

รายการ	งบประมาณที่ตั้งไว้	งบประมาณที่ใช้จริง	จำนวนเงินคงเหลือ/เกิน
1. ค่าตอบแทน	90,000	86,000	-
2. ค่าจ้าง	-		
3. ค่าวัสดุ	10,000	10,000	
4. ค่าใช้สอย	15,500	15,000	-
5. ค่าครุภัณฑ์	-	-	-
6. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ			-
- ค่าสาธารณูปโภคมหาวิทยาลัย	14,500	14,500	
- ค่าโทรศัพท์ โทรสาร	15,000	5,000	
รวม	145,000 *	130,500 **	-

*ยอดเงินรวมที่ตั้งไว้ **ยอดเงินรวมที่เบิกทั้งหมด (เฉพาะงวดที่ 1 และงวดที่ 2)

(.....)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)
 ผู้อำนวยการแผนการวิจัยผู้รับทุน

บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง. (2559). สถิติผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=3491&template=1R1C&yeartype=M&subcatid=27
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). สถิติผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20170707092742_1.pdf
- จารุวรรณ พิมพ์ค้อและสมาน ลอยฟ้า. (2552). การใช้และความต้องการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารบรรณารักษศาสตร์และสารนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 27(1-3), 79-88.
- ณภัทร จารุจุฑารัตน์. (2560). กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 4(2), 159-174.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทศบาลแสนสุข. (2555). แผนพัฒนาสามปี พ.ศ. 2556-2558. ชลบุรี: เทศบาลเมืองแสนสุข.
- นารัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). รายงานการวิจัยตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้ำฝน กองอรินทร ชลธิชา เรือนคำ และโรชินี อุปรา. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาพสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่วัยกลางขึ้นไป ในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่.
- ปณิดา ลิ้มปะวัฒน์. (2554). ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 10 (3), 12-24
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง และธัมมน นามวงษ์. (2550). ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*, 18(1), 26-39.
- พรทิพย์ สุขอดิษฐ์, จันทร์ชลี มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์. (2557). วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการศึกษาศาสตร์และการพัฒนาล้านคม*, 10(1), 90-102.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. (2553). คุณภาพชีวิตและระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวริย์ บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ), *ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย* (หน้า 147-165). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สกุณา บุญนารถ. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย*. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- สมาน ลอยฟ้า. (2554). ผู้สูงอายุกับเทคโนโลยีสารสนเทศ. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*, 29(2), 57-58.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี
วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ: สำนักพระพุทธรศาสตร์แห่งชาติ.
- สุจินดา สุขรุ่ง อารยา ปราณประวีตร และอารี พุ่มประไพทย์. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการ AIC: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปิ่นแต อำเภอก
วชนูน จังหวัดพิจิตร. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(2), 159-176.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร จิราพร ชมพิกุล จุฑาธิป ศीलบุตร กวินารัตน์ สุทธิสุนทร เกียรติศักดิ์
ธรรมอภิพล และสมชาย วิริภิมย์กุล. (2556). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย
บูรณาการเพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. นครปฐม: สถาบันพัฒนา
สุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, รวิวรรณ เผ่ากัณหา, วัชริน สีนธวานนท์, เกษม
เวชสุทธานนท์, ทศนีย์ ญาณะ และพุกษา บุกบุญ. (2552). *การดูแลผู้สูงวัยในชุมชน:
ระบบ หลักการ และแนวทางปฏิบัติ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.
- สุภาภรณ์ วรอรุณ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
จังหวัดสุพรรณบุรี ประเทศไทย. *สุพรรณบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*
- สุรศักดิ์ มั่งสิงห์ และจรรุวรรณ มณฑิราช. (2555). การศึกษาความต้องการทางด้านเทคโนโลยี
สารสนเทศและการสื่อสารของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. ในการประชุม
วิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยศรีปทุม ประจำปี 2555. (หน้า 12-20) กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- สุวิช ธีระโคตร และวีรพงษ์ พลนิกรกิจ. (2561). พฤติกรรมการใช้และการรู้เท่าทันอินเทอร์เน็ตและ
ทัศนคติการใช้เนื้อหาด้านสุขภาวะบนอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและ
การดูแลสุขภาพ*, 36(1), 72-80
- อัจฉรา นวจินดา. (2549). ทฤษฎีคุณภาพชีวิตตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. ใน *การประชุมวิชาการ
ประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2549 จัดโดยสมาคมประชากรไทย* (หน้า 1-30). กรุงเทพฯ:
สมาคมประชากรไทย.
- Alemdar, H. & Ersoy, C. (2010). Wireless sensor networks for healthcare: A survey. *Computer Networks*, 54(15), 2688-2710.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. New Jersey: New Brunswick.
- Clark, N., Becker, M., Janz, N., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-
Management of chronic disease by older adults. *Journal of Aging and
Health*, 3(1), 3-27.
- DeCoste, K., & Maurer, L. (2011). *The diabetes self-management education process*.
Chicago: American Association of Diabetes Educators.
- Friedman, M. M. (1997). *Family nursing: Theory & Stroke*, 30(1), 1478-1485.

- Helmreich, I., Angela, K., Andrea, C., & Jochem, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults: Protocol. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), 259.
- Juan A. Botia, Ana Villa and Jose Palma. (2012). Ambient Assisted Living system for in-home monitoring of healthy independent elders. *Expert Systems with Applications*, 39, 8136–8148.
- Kanfer, R. (1998). Motivation in organization behavior: History, advances and prospects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 136(2), 6-19.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (5th ed.). St.Louis: Mosby.
- Pender N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Resnick, B. A., & Inguito, P. L. (2011). The resilience scale: Psychometric properties and clinical applicability in older adults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 11-20.
- Venkatesh, V., Morris, M. & Davis, G. B. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, vol. 27(3), 425-478.
- Venkatesh, V., Thong, J. Y. L. & Xu, X. (2012) Consumer acceptance and use of information technology: Extending the unified theory of acceptance and use of technology. *MIS Quarterly*, 36,(1), 157-178.
- World Health Organization [WHO]. (1994). *Community based rehabilitation and the health care referral services: A guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *The world health report 2002-Reducing risks, Promoting health life*. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL Group]. (1994). *The development of the world health organization quality of life assessment instrument: Quality of life assessment instrument perspectives*.