

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework

Quality of Elderly Life: Applying PRECEDE Framework Theory

พัชรี วงศ์ผืน

Patcharee Vongfun

ภาควิชาวิทยาศาสตร์ วิทยาลัยแม่ฮ่องสอน

Department of Science, Mae Hong Son College

E-mail: patcharee\_von@cmru.ac.th

### บทคัดย่อ

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามทฤษฎี PRECEDE Framework ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเฉพาะขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทั้งนี้การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่แบ่งแยกฐานะทางสังคม ซึ่งผู้สูงอายุควรได้รับข่าวสารทางด้านสาธารณสุข รวมถึงการรับรู้สิทธิในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมค่านิยม ความเชื่อและเจตคติที่ดีในด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ความสำคัญ และความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้สูงอายุการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในสมรรถนะและคุณค่าในตัวเอง รวมทั้งการได้รับการดูแลและไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่เพียงลำพัง จากคนในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย ทางปัญญา ทางจิตวิญญาณ และทางสังคม และทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทฤษฎี PRECEDE Framework

## Abstract

Health promotion for elderly concerned as very important and be able to promote by using PRECEDE Framework. This study is focused on the fourth process, the analysis of input factors, contributing factors, and supplementary factors. The social status equality among elderly people has been highly considered. The health information as well as the right of medical treatment in varied aspects, for instance, health promotion, disease prevention and control, medical treatment, elderly rehabilitation etc., should be informed. The positive health value, believe and attitude among elderly people in community should be promoted and given more important especially in their potentiality and abilities in doing any activities. This promotion will gain elders' more confidence and self-esteem. The care taking and elderly isolation avoiding of family members will increase healthy body, mind, soul, and social interaction among elderly people and help them to live in the society with happiness.

**Keywords:** Quality of Elderly Life, PRECEDE Framework Theory

## บทนำ

ในปัจจุบันสังคมทุกประเทศทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ได้เพิ่มจากร้อยละ 10.5 ในปีค.ศ.1955 เป็น 12.3 ในปีค.ศ.1995 และคาดว่าจะสูงขึ้นถึง ร้อยละ 17.2 ในปี ค.ศ.2025 (WHO, 2009) ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยก็มีความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ศักยภาพทางเศรษฐกิจ และสภาพทางสังคมในด้านต่างๆ โครงสร้างประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยมากขึ้นตามลำดับและจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยที่ สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมด



(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง, 2560) ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อม โดยมีโอกาสเสี่ยงในการป่วยโรคเรื้อรัง และการได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้ม (Al-Aama T, 2011) สภาพร่างกายจะเห็นได้ว่าเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สภาพจิตใจก็มีการเปลี่ยนแปลงโดยจะหงุดหงิดง่ายและวิตกกังวลสูง เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือจากการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่าไม่ถึงครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี และมีผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0 ทางด้านจิตใจพบว่าร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวบอกรู้สึกเหงา รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุก็เปลี่ยนไปเพราะเกษียณอายุจากการทำงาน มีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาทและความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นถ้าได้มีการเตรียมตัวและให้การดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีการเตรียมความพร้อมอย่างจริงจังเพื่อรองรับต่อปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นตามมาอีกมากมาย (วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา, และ จิตาภา ศิริปัญญา, 2554) ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่นักวิจัยและนักวิชาการหลายสาขาให้ความสนใจศึกษาวิจัยมากกว่าทศวรรษ (Farquhar, 1995; Ormel et al., 1997; Moons, Werner & Sabina, 2006) นับตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งขอคนพบจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใช้เป็นข้อมูล ในการวางแผนดูแลสุขภาพเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างดีขึ้น ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิต เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงภาพรวมของผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร ทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

## ความหมายของคุณภาพชีวิต

Sirgy (2001 อ้างถึงใน Butr-Udom, 2007) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับ ความสบายทางร่างกายและส่วนประกอบของชีวิต ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กิจกรรมทางสังคม การพัฒนาตนเอง และการเติมเต็มด้านจิตวิญญาณ กิจกรรม นันทนาการเพื่อการผ่อนคลาย และส่วนสำคัญคือการได้รับความต้องการขั้น พื้นฐานของมนุษย์ที่ครบถ้วน

Hughes, Low และ Schellenberg (2003) เสนอแนวคิดด้านคุณภาพชีวิตที่ ดี บุคคลต้องมีส่วนประกอบ 4 ส่วน 1) สุขภาพที่ดี 2) รายได้ที่ดี 3) ไม่มีความ เจ็บป่วยทางจิต 4) ความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น และเสริมว่า ความสุขในชีวิตของ บุคคลต้องประกอบด้วยสุขภาพ สุขอนามัย สารอาหารการศึกษา งาน เสื้อผ้า สิ่ง อำนวยความสะดวก กิจกรรมผ่อนคลาย ประกัน และอิสระในการดำรงชีวิต

องค์การอนามัยโลก ไดนิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและ ความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม คานิยม มาตรฐานของ สังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการ และบริการด้านต่างๆ ตลอดจน ลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อยู่อาศัย และสามารถประเมิน คุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัย และด้านจิตวิสัย (วรรณภา กุมารจันทร์. 2543, น.4)

อัจฉรา นวจินดา (2524, น.43) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลที่มี สุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี มีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในสภาพแวดล้อม ต่างๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาภาวะเศรษฐกิจและสังคม

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547, น.22) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความพึงพอใจ ความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข มีสุขภาพกายดี มีสุขภาพจิต ดีมีอาหารการกินดี มีสิ่งของหรือเงินใช้ตามความจำเป็น อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากการรวบรวมความหมายคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสรุป ได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการ ดำรงชีวิตในสังคม ซึ่งสามารถวัดได้จากความพึงพอใจในเรื่องความเป็นอยู่



ความสุข สุขภาพกายและจิต อาหารการกิน รวมถึงการมีสิ่งของใช้ตามความ จำ  
เปน การอยู่ในสภาพแวดล้อม และการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปิยภรณ์ เลหาบุตร (2557, น.20) ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่  
ดีต้องประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ด้าน คือ

1. การมีความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological well-being) หมายถึง  
การที่บุคคลสามารถประเมินได้ว่า ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาคุณภาพ โดย  
ประเมินได้จากผลกระทบระดับความสุขที่ได้รับและความสำเร็จที่ได้บรรลุตาม  
ความต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral competence)  
หมายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งรวมถึงการทำหน้าที่ของ  
ร่างกาย การมีสุขภาพที่ดีการรับรู้ที่ถูกต้องและการพฤติกรรมทางสังคมที่ถูกต้อง

3. สิ่งแวดล้อมของบุคคล (Objective environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อม  
ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และที่อยู่  
อาศัย

3.2 บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัวเพื่อน

3.3 บุคคลอื่นทั่วไปที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

3.4 สถานภาพทางสังคม อายุ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ

3.5 สถานภาพสังคมและวัฒนธรรมภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

4. การรับรู้คุณภาพชีวิต (Perceived quality of life) หมายถึงการที่บุคคล  
มีการประเมินตนเองเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตใจ ความสามารถในการทำ  
หน้าที่

### ทฤษฎี PRECEDE Framework

PRECEDE Framework (Green & Kreuter, 1999) เป็นกระบวนการ  
วิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคล และภายนอกตัวบุคคล PRECEDE Framework  
เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational

Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา มีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้น จะต้องมีกระบวนการที่ถึงปัจจัยสำคัญๆที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปกระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลผลิตที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเฉพาะขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอน ซึ่งคำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่ง หมายถึง กระบวนการไขปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัยและประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (กองสุขศึกษา, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social Diagnosis) เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรก ของการวิเคราะห์โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้อง หรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่นผู้ป่วยนักเรียนกลุ่มคนวัยทำงานผู้ใช้แรงงานหรือผู้บริโภค สิ่งที่สามารถประเมินได้ จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้างซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคมในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกันข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วยการเกิดโรคและภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดการกระจายของโรคการวิเคราะห์



ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Behavioral Diagnosis) จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล และสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเช่นสาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจเป็นต้นโดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Educational Diagnosis) ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

4.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึงปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำได้แก่ความรู้เจตคติความเชื่อค่านิยมการรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุเพศระดับการศึกษาขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขศึกษา

ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไปถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย ได้แก่

การรับรู้หมายถึงการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อหมายถึงความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจเช่นแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านคือความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรคความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ค่านิยมหมายถึงการให้ความสำคัญให้ความสำคัญพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเองเช่นผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วยซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

เจตคติต่อการดูแลสุขภาพหมายถึงการที่นักเรียน มีความตระหนักเรื่องการดูแลสุขภาพว่ามีประโยชน์หรือมีโทษจึงรู้สึกชอบหรือไม่ชอบที่จะดูแลสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดีในอนาคตประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพที่ดี 5 ด้านคือการบริโภคอาหารการออกกำลังกายการ หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพการพักผ่อนและนันทนาการ

4.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึงสิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชนรวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับบาราคาระยะทางเวลาฯลฯ นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญก็คือการหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ทั้งนี้ปัจจัยเอื้อหมายรวมถึง สิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งสามารถทำให้บุคคลสามารถใช้บริการสิ่งของและสถานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้นปัจจัยเอื้อจึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น





4.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึงปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใดลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่องเช่นการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญได้แก่เพื่อนนักเรียนครูอาจารย์หรือบุคคลในครอบครัวเป็นต้นปัจจัยเสริมอาจเป็นการกระตุ้นเตือนการให้รางวัลที่เป็นสิ่งของคำชมเชยการยอมรับการเอาเป็นแบบอย่างการลงโทษการไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่น ที่มีอิทธิพลต่อตนเองและอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ การดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษาจะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมนั้นมีปัจจัยเฉพาะอะไรบางอย่างที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัยจัดกลุ่มปัจจัยและความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆเหล่านั้นก็จะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies) เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้วขั้นต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วยเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Administrative Diagnosis) ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ที่จะมีส่วนต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวกคือทำให้โครงการสำเร็จบรรลุเป้าหมายหรือมีผลตรงข้ามคือกลายเป็นข้อจำกัด

ของโครงการปัจจัยเหล่านี้ได้แก่งบประมาณระยะเวลาความสามารถของ ผู้ดำเนินการตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กรดังนั้นในการวางแผนเพื่อ ดำเนินงานสุขศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนไม่น้อยไปกว่าใน ขั้นตอนอื่น ๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้าน เหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation) ขั้นตอนนี้จะมี ปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานโดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ ในการประเมินและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้วการประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับคือการประเมินโครงการหรือ โปรแกรมสุขศึกษาการประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัย ทั้ง 3 ด้านและท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพ ชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

### การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสรุปการประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework เพื่อ ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่แบ่งแยก สถานะทางสังคม ทั้งนี้ผู้สูงอายุควรได้รับข่าวสารทางด้านสาธารณสุข รวมถึงการ รับรู้สิทธิในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุโดยอาศัยองค์ประกอบของการ บริการสุขภาพดังต่อไปนี้

#### 1.1 การส่งเสริมสุขภาพ ให้กับผู้สูงอายุในด้านส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต

ให้มีร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บได้แก่ การโภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุ การให้สุขศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเป็นการป้องกันและควบคุม โรคได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มี สุขภาพจิตที่ดี โดยอาศัยกำลังใจจากคนในครอบครัว ในสังคม หรือจะเป็นการ ให้รางวัลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีเป็นต้นแบบของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ



**1.2 การป้องกันและควบคุมโรค** การจัดบริการการป้องกันและควบคุมโรคให้ กับผู้สูงอายุ การปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหา น้ำสะอาดสำหรับบริโภค การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การกำจัดของเสียและพาหะนำโรค และการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ

**1.3 การรักษาพยาบาล** โดยมีการบริการด้านการรักษาพยาบาล จัดบริการการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมตามจำนวนผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบท

**1.4 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ** ได้แก่การจัดบริการฟื้นฟูสภาพทางร่างกายหลังจากผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย เพื่อให้ร่างกายได้กลับเข้าสู่สภาพปกติอย่างเต็ม และจัดบริการกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย เช่น ผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุทำให้บางส่วนของร่างกายพิการ การฟื้นฟูสภาพทางจิตใจ ซึ่งสามารถจัดให้มีบริการสำหรับช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุให้อยู่ในภาวะปกติ รวมถึงให้มีบริการแนะนำปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเจ็บป่วย

2. การส่งเสริมค่านิยม ความเชื่อและเจตคติที่ดีในด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ความสำคัญ และความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้สูงอายุ

3. การจัดกิจกรรมต่างๆสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในสมรรถนะและคุณค่าในตัวเอง รวมทั้งการได้รับการดูแลและไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่เพียงลำพัง จากคนในครอบครัว

### **บทสรุป**

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงภาพรวมของผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร ทั้งด้าน สุขภาพร่างกายและจิตใจด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังจากการเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้ง

ทางกาย ทางปัญญา ทางจิตวิญญาณ และทางสังคม และทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

### เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *ทฤษฎีแบบจำลอง PRECEDE Framework*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ประเทศไทยจำกัด.
- ปิยภรณ์ เลหาบุตร. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวงอำเภอสัตหีบจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และ จิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 33
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนัก นายกรัฐมนตรี. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560 – 2564*. กรุงเทพฯ:
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *ประมวลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2551*. [CD-ROM]. กรุงเทพฯ: กลุ่มบูรณาการข้อมูลสถิติ <http://service.nso.go.th/nso/web/publication/e-book.html>
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์. (2547). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา นวจินดา. (2525). แนวคิดการศึกษาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต. *ประชากรศึกษา*, 10 (2), 43.
- Al-Aama, T. (2011). Falls in the elderly spectrum and prevention. *Canadian Family Physician*, 57, 771–776.

- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1439–1446.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning an educational and ecological approach*. (3<sup>rd</sup>ed.). Toronto: Mayfield.
- Hughes, K. D., Lowe, G., & Schellenberg, G. (2003). Men's and women's quality of life in the new Canadian economy. Retrieved from <http://cprn.org/doc.cfm?=65&l=en>
- Butr-Udom, T. (2007). *The Quality of life of Thai labour in Singapore*. Doctoral dissertation National Institute of Development Administration.
- Moons, P., Werner, B., & Sabina, De Geest. (2006). Critique on the conceptualization of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of nursing studies*, 43, 891–901.
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N. & Vonkorff, H. (1997). Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Social science & medicine*, 45(7), 1051–1063.
- WHO. (2009). 50 facts: Global health situation and trends 1955–2025. Retrieved from [http://www.who.int/whr/1998/media\\_centre/50facts/en/](http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/)