

๙๒/๒๕๕๕

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 1)

Development of Integrative Aging Care Model (Phase I)

พิสิษฐ์ พริยาพรรณ และคณะ

๕๕K016๕๒๔

- 7 ก.ค. 2558

354985

กรมบริการ

- 8 ต.ค. 2558

กันยายน 2556

กิตติกรรมประกาศ Acknowledgement

แผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” ปีที่ 1 เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนวิจัย จาก สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม แผนงานวิจัยนี้มีระยะเวลาการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2555-2557) ประกอบด้วยโครงการย่อยทั้งสิ้น 19 โครงการ โดยในระยะที่ 1 หรือปีที่ 1 ได้ดำเนินโครงการวิจัยตามแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งสิ้น 8 โครงการ ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการเพื่อผลิตผลงานวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีคณะแพทยศาสตร์ เป็นแกนนำในการดำเนินการ และมีคณะวิชาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ดำเนินงานร่วมกันได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ ที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิแผนงานวิจัยนี้ ตลอดจนคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตรธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย
ธันวาคม 2556

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 1)

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ,ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต,ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธุ์
 ดร.กาญจนา พิบุลย์ ,พวงทอง อินใจ ,นพ.สมชาย ยงศิริ ,ดร.ยุวดี รอดจากภัย และ
 ดร.ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์
 คณะแพทยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

แผนงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมี วัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 4) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ 5) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 6) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างและแบบช่วงกลางวัน และ 7) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของไทย วิธีดำเนินการวิจัย ใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงสำรวจ และการวิจัยเชิงพรรณนา ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2555-กันยายน 2556 ผลการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย พบว่า

1. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ มีคุณภาพอยู่ในระดับที่ 3 หรือระดับ C (70.59%) งานวิจัยในระดับที่ 1 ระดับ A และ ระดับที่ 2 หรือระดับ B พบว่า มีการศึกษาน้อยที่สุด (5.88%) ประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การหกล้ม และการดูแลตนเอง รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (60%) การวิจัยเกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุภาคตะวันออก ส่วนใหญ่คือ โรคเบาหวาน รองลงมา คือ โรคสมองเสื่อม ภาวะหัวใจวายและโรคข้อเข่าเสื่อม งานวิจัยในระดับที่ 3 และ 4 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับสวัสดิการและโครงการเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ (60%)

2. สถานการณ์ด้านภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับ ดี และดีมาก โดยส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดี (46.7%)

3. การสังเคราะห์งานวิจัยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีการศึกษาวิจัยมากที่สุด โดยพบว่า ผลการศึกษาวิจัยเสนอรูปแบบการควบคุมโรคเบาหวาน 2 รูปแบบ คือ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีการดำเนินการติดตามประสิทธิผลของผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง และ 2) โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลควบคุมโรคเฉพาะเรื่อง โดยพบว่า รูปแบบที่ 1 สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือดแดงได้ และรูปแบบที่ 2 ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติสมาธิ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

4. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า ผู้หญิงเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประชากรผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก (68.2%, 84.6%, 76.57% และ 70.3%) อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในชุมชน คือ 67.3 ± 5.64 ปี และ ในศูนย์ให้บริการแบบพักค้าง คือ 71.92 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุที่ต่ำกว่า 70 ปี เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) (66.11% : 33.89% , 54.7% : 45.3% และ 77.33% : 22.67%) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คู่ (55.7%, 57.5% และ 43.93%) รองลงมา คือ สถานภาพ หม้าย (31.33 % , 39.33 % และ 29.84%) ส่วนใหญ่ ยังมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (56.1%, 68.2 % และ 78.0%) จำนวนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีมากกว่า ที่ไม่ได้รับการศึกษา มาก

5. การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในการให้บริการแบบช่วงกลางวัน พบว่า มีความต้องการมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5 องค์ประกอบ 14 มาตรฐาน ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ มี 4 มาตรฐาน 2) องค์ประกอบคุณลักษณะและสมรรถนะของ ผู้ให้บริการ มี 2 มาตรฐาน 3) องค์ประกอบด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ มี 6 มาตรฐาน 4) องค์ประกอบด้านระบบการเงินและการคลัง มี 2 มาตรฐาน และ 5) องค์ประกอบด้านระบบมาตรฐานภายใน มี 1 มาตรฐาน

6. การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง พบว่า ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 10 มาตรฐาน คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ มี 3 มาตรฐาน คือ มาตรฐานที่ 1 การดำเนินงาน มาตรฐานที่ 2 ระบบบริหารจัดการ มาตรฐานที่ 3 การบริหารการเงิน องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลสุขภาพ มี 3 มาตรฐานคือ มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการดูแลสุขภาพ มาตรฐานที่ 5 การดูแลสุขภาพ มาตรฐานที่ 6 การบริหารยา องค์ประกอบที่ 3 สิทธิและความคุ้มครอง มี 2 มาตรฐาน คือ มาตรฐานที่ 7 ด้านสิทธิของผู้สูงอายุ มาตรฐานที่ 8 ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ องค์ประกอบที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และระบบความปลอดภัย มี 1 มาตรฐาน คือ มาตรฐานที่ 9 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และ องค์ประกอบที่ 5 ด้านระบบมาตรฐานภายใน มี 1 มาตรฐาน คือ มาตรฐานที่ 10 ระบบและกลไกการประกันคุณภาพ

7. กลุ่มผู้ที่ให้การบริการผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง ตามบริบทของภาคตะวันออก ส่วนใหญ่ เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ (30.8%) ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงาน คุณวุฒิระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ถึง ตอนปลาย และไม่ได้ผ่านการรับรองการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สถานะส่วนใหญ่ ใช้กระบวนการสอนงานและอยู่ในความควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุ มีความต้องการ

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการบริหารจัดการและการปฏิบัติงาน ที่ผู้ดูแลควรได้รับการรับรองหรือผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

8. การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 239 ราย ผลการศึกษา พบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกๆ มิติ ($r=0.379$ $p<0.001$) ในระดับปานกลาง (64.44%) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคือ กลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ (25.34 ± 2.80 vs. 24.46 ± 3.05 , $p=0.03$) และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (94.60 ± 10.41 vs. 90.38 ± 8.72 $p=0.01$) ผลการตรวจด้วยเครื่อง BCM มีความสัมพันธ์กับผลการวัด MNA แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r=0.11$ $p=0.165$)

9. สถานการณ์โรคในผู้สูงอายุ ภาคตะวันออก พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเรียงลำดับ 5 ลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะอาหาร

10. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก ต้องการด้านการสนับสนุนจากสังคม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

11. การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ตามบริบทของภูมิภาคตะวันออก ของไทย มีความหมาย 2 แบบ คือ 1) ผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน และมีอาการทรุดลง ก่อนเสียชีวิต 2) ผู้ที่รักษาที่โรงพยาบาลไม่ได้แล้ว ต้องมาดูแลเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน การตายอย่างสงบที่บ้าน หมายถึง การตายที่หมดอายุขัย และจากไปแบบไม่ทรมาน การตายที่สงบและอบอุ่น ณ บ้านของตนเอง การตายที่ไม่รบกวนลูกหลาน การตายที่มีลูกหลานมาอยู่รอบข้าง และการตายตามธรรมชาติที่ทำให้ลูกหลานมีความสุข สบายใจ

12. ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ข้อ ได้แก่

1) การได้ทำบุญก่อนจากไป 2) การมีโอกาสดังเสียลูกหลาน การเตรียมผู้สูงอายุและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุตามอย่างสงบ ควรประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 7 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1.การที่ลูกหลานอยู่เคียงข้างตลอดเวลา 2.การมีเสียงพูดบอกนำทางก่อนสิ้นใจ 3. การช่วยให้ได้ทำบุญที่บ้าน 4. การที่ลูกหลานช่วยให้หมดความห่วงกังวล 5. การดูแลความสุขสบาย คอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 6. การที่ลูกหลานทำให้ตามที่ได้รับปากไว้ 7. การจัดเตรียมสิ่งของตามความเชื่อไว้ให้ก่อนการตาย

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพ สุขภาพผู้สูงอายุ

Development of Integrative Ageing Care Model (Phase I)

Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyaun,MD.,Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D.,Dr.Paiboon Pongsaengpan,PhD.

Dr.Kanchana Piboon,PhD. Puangtong Inchai, Dr.Somchai Yongsiri, M.D.,

Asst. Prof .Dr. Yuvadee Rodjarkpai and Dr.Sirilak Somanusorn,PhD.

Faculty of Medicine, Faculty of Public Health and Faculty of Nursing, Burapha University

Abstract

The purpose of this research project was developing integrated aging care model and sub-objectives were 1) developing and sharing aging health information 2) development health promotion model and evaluation health promotion potential in elderly 3) developing health care standard for elderly with chronic illness 4) development nutritional care model and nutritional assessment in elderly 5) development prototype of community and family for integrated aging health care 6) developing aging health care standard in nursing home and day care 7) development home-based peaceful dying preparation for elderly at the end of life. The population of this research project was the elderly, the provider and the care giver in eastern region of Thailand. Research methodologies were meta-analysis, systematic review, participatory action research and descriptive research. Study time since October 2012 to September 2013. It was found that;

1. The research synthesis of elderly in the eastern region revealed that there were in level C mostly(70.59%), level A and B slightly (5.88%), the most aging health care study were health promotion behavior, fall and self care. The research framework usually used Pender's health promotion model (60%), and the most study in chronic illness was Diabetic Mellitus and the second were dementia, heart disease and arthritis. The research in level C and D were study in elderly welfare and subsistence allowance project for the elderly mostly (60%).
2. Health status and health behavior in the eastern elderly were in the good and very good level. They feel healthy (46.7%).
3. The systematic review founded that Diabetic Mellitus was the most chronic illness to study and proposed 2 model for controlling disease namely;1) Self health care program by monitoring efficacy continuously 2) Special program for control health behavior(food, exercise, mediation, health education, counseling and complication prevention).
4. Demographic of the eastern elderly revealed that female were the most population in this area(68.2%, 84.6%, 76.57% and 70.3%), average of age was 67.3 $\pm$ 5.64 years in community and 71.92 years in nursing home. They were in the early elderly (60-69 years) more than the lately elderly (66.11% : 33.89% , 54.7%: 45.3% and 77.33% : 22.67%). Couple was the most status of them (55.7%, 57.5% and 43.93%) by widow was secondly (31.33 %, 39.33 %

and 29.84%). The sample has primary school education mostly and more interested that their education in higher level more than no education.

5. Standard of aging health care in day care has 5 components and 14 standards such as; 1) Management has 4 standards 2) Characteristics and competencies of providers have 2 standards 3) Health care quality has 6 standards 4) Budgeting system has 2 standards and 5) Internal process has 1 standard.

6. Standard of aging health care in nursing home has 5 components and 10 standards namely; 1) Management has 3 standards(1.Operation standard 2.Management system standard 3. Financial standard) 2) Health care has 3 standards (4.Health care planning 5.Health care 6. Drug Administration) 3) Right and Protection have 2 standards (7. Elderly rights 8. Privacy and human dignity) 4) Environment and safety system has 1 standard (9. Environment and safety system) and 5) Internal process has 1 standard (10.Quality system and quality assurance)

7. The provider in nursing in the eastern region was nursing aid(30%), education in primary school or secondary school and more over they has not certify for elderly care. The nursing care mostly trained them by on the job training and be covered by registered nurses. On the other hand, the elderly need the certified provider importantly.

8. Nutrition status of 239 participants elderly found correlation between nutritional status and quality of life (QOL) ($r=0.379$ $p<0.001$) in the middle range(64.44%) had normal MNA. Those who had normal MNA also had better QOL (93.01 ± 10.61 vs. 89.69 ± 9.71 , $p=0.016$). The subjects who exercise more than 4 days per week had better MNA (25.34 ± 2.80 vs. 24.46 ± 3.05 $p=0.03$). Those who had higher income (more than 10,000 bath/month) had higher QOL (94.60 ± 10.41 vs. 90.38 ± 8.72 $p=0.01$). MNA correlated to all domain of QOL ($r=0.379$ $p<0.001$). BCM correlated to MNA but not QOL ($r=0.111$ $p=0.165$).

9. Illnesses situation in the eastern elderly found in the top 5 chronic illnesses namely; Hypertension, Diabetic Mellitus, Arthritis, Osteoporosis and Peptic ulcer.

10. The most elderly need of self health care was the social support.

11. Preparing of death and dying peaceful in home-based for the eastern elderly and their family were 2 types; 1) Sickness and dying at home 2) Sickness in hospital and refer to dying at home. Home-based dying peaceful means de-function, dying at their home, dying around their descendant and doesn't obligate their family.

12. The end of life care of the eastern elderly needs 2 aspects namely;1) Make merit before die and 2) Give parting instructions and has 7 items to prepare;1) Beside 2) Softly voice to passing this moment 3)Make merit 4)Help to release their concern 5) Comfortably daily care 6)Do covenant and 7) Prepare on their believe.

Keywords : Elderly , Elderly care, Aging, Aging care model, Health of Elderly

สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ

บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัย.....	2
	เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย.....	3
	เป้าหมายของผลผลิต (Output) และตัวชี้วัด.....	4
	เป้าหมายของผลลัพธ์ (Outcome) และตัวชี้วัด.....	4
	กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย.....	5
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
	การเผยแพร่.....	7
	ผู้ใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย.....	7
2	ทบทวนวรรณกรรม.....	8
	ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
	1. ความหมายของผู้สูงอายุ.....	8
	2. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.....	10
	3. สภาวะทางเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุไทย.....	11
	4. สภาวะทางสุขภาพ.....	12
	5. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	17
	6. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	18
	7. ความต้องการบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ.....	20

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่

หน้า

8. การส่งเสริมสุขภาพ.....	21
9. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ.....	21
10. การออกกำลังกาย.....	22
11. การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ.....	25
12. สถานดูแลผู้สูงอายุไทย.....	26
13. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	28
14. แนวคิด หลักการ และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	29
15. สรีระของภาวะใกล้ตาย.....	30
ส่วนที่ 2 กระบวนการศึกษาวิจัยของแผนงาน.....	36
1. การวิเคราะห์อภิมาน (Meta Analysis).....	36
2. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR).....	40
2.1. ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	42
2.2. หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม.....	44
2.3. ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม.....	45
ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
1. งานวิจัยเกี่ยวกับการสังเคราะห์งานวิจัยของผู้สูงอายุ.....	48
2. งานวิจัยเกี่ยวกับระบบข้อมูลและสารสนเทศผู้สูงอายุ.....	48
3. งานวิจัยเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ.....	50
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
แผนการบริหารแผนงานวิจัย.....	58
กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย.....	60
ระยะเวลา.....	61
สถานที่ทำการวิจัย.....	61
วิธีดำเนินการวิจัย.....	61

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการศึกษาวิจัย.....	70
โครงการวิจัยย่อยที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	72
โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน.....	74
โครงการวิจัยย่อยที่ 3 การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง.....	75
โครงการวิจัยย่อยที่ 4 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการให้บริการแบบช่วงกลางวัน.....	77
โครงการวิจัยย่อยที่ 5 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง.....	78
โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ.....	81
โครงการวิจัยย่อยที่ 7 รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ.....	83
โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่1) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน.....	85
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	87
สรุปผลการวิจัย.....	87
อภิปรายผลการวิจัย.....	94
ข้อเสนอแนะ.....	102
ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป.....	103
บรรณานุกรม.....	104
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	109

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

- 1 แสดงจำนวนประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503-2553 และการคาดการณ์
แนวโน้มของจำนวนประชากร ในปี พ.ศ. 2553 และ 2563 15

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงสภาวะด้านสังคมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยที่มีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันที่มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.8 เป็นร้อยละ 14.8 ในปีพ.ศ. 2559(ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11) ซึ่งถือว่าในช่วงแผนฯ11 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย สังคมไทยที่กำลังก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุจำเป็นต้องเร่งพัฒนา ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ และการจัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการ และเตรียมความพร้อมตามพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรู้เท่าทัน สามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุและสังคม เพื่อรองรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้อย่างชาญฉลาด ดังจะเห็นได้จากการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีผลบังคับใช้ เมื่อ ปี พ.ศ. 2546 ที่ส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการปรับปรุง และดำเนินกิจกรรมตามสาระสำคัญที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว เช่น โครงการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ โครงการเพื่อสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันงานผู้สูงอายุได้ถูกถ่ายโอนไปยังท้องถิ่นให้ดำเนินการ ซึ่งเป็นไปตาม กฎหมายของแต่ละท้องถิ่น และในปัจจุบันนายกรัฐมนตรีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้กำหนดนโยบายผู้สูงอายุเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล โดยได้มีมติของสมัชชาผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 และการร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับที่.....พ.ศ..... ซึ่งผ่านมติวุฒิสภา เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2552 แสดงให้เห็นว่า รัฐบาลได้ให้ความสำคัญและเตรียมความพร้อมอย่างเร่งด่วนเพื่อรองรับสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากร โดยมุ่งเน้นในเรื่องของการจัดสวัสดิการ การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุให้ประสานความช่วยเหลือ และระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนา การผลิตเทคโนโลยีเพื่อเตรียมการรับสภาพการณ์ดังกล่าว เพื่อเป็นการรองรับนโยบายดังกล่าว และเกิดความสอดคล้องในการดำเนินการ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำในภาคตะวันออก ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัย โดยระบุให้ศาสตราจารย์

ดูแลผู้สูงอายุเป็นศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยต้องเร่งสร้างความเป็นเลิศและระดมทรัพยากรเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และความเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (มหาวิทยาลัยบูรพา , 2553) ทำให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการและการพัฒนาเพื่อผลิตผลงานวิจัยในศาสตร์ดังกล่าวจากการรวมกลุ่มของคณะผู้วิจัยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ ซึ่งมีศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือดังกล่าว ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะแพทยแผนไทยอภัยภูเบศร และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดชลบุรีและสำนักงานสาธารณสุขในภาคตะวันออก ร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการครบวงจร โดยเริ่มตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ความมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง รูปแบบการพัฒนาครอบครัวและชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ และการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จากการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมทั้งการสร้างมาตรฐานระบบบริการแก่ผู้สูงอายุ สำหรับท้องถิ่น ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ ตลอดจนผู้ดูแล ครอบครัว และผู้สูงอายุเอง จวบจนวาระสุดท้ายสู่การตายอย่างสงบ อันเป็นการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร โดยผ่านช่องทางการถ่ายทอดความรู้ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อต่อยอดผลการศึกษาวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้

- 1) เพื่อพัฒนาสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง
- 4) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
- 5) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

แบบบูรณาการ

- 6) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง

และแบบช่วงกลางวัน

7) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตาย

อย่างสงบ

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัยนี้ จะเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11(พ.ศ. 2555-2559) อันได้แก่

1. ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม

มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ และเป็นการจัดบริการทางสังคมสร้างโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เสริมสร้างพลังให้กลุ่มผู้สูงอายุมีทางเลือกการใช้ชีวิตในสังคม สร้างความมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว ชุมชน

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง และเป็นพลังในการพัฒนาสังคม

2.1 สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถดำรงชีวิตอย่างรู้เท่าทัน

2.2 สร้างปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต และพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในชุมชน

2.3 สร้างความเข้มแข็งให้แก่สถาบันครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตในชุมชนที่สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ภาคตะวันออก

3. ยุทธศาสตร์การสร้างเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจในภูมิภาค

มีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมและปรับตัวเข้าสู่บริบทโลกและภูมิภาคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

3.1 สร้างความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยการยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2 เสริมสร้างศักยภาพชุมชนและท้องถิ่นในการรับรู้และเตรียมพร้อมรับกระแสการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

3.3 สร้างเครือข่ายของสถาบันการศึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชนและภูมิภาค

เป้าหมายของผลผลิต (output) และตัวชี้วัด

1. มีระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก
จำนวน 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ ด้านสถานการณ์สุขภาพ , ด้านระบบบริการสุขภาพ และด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก
2. ได้รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน
3. กลุ่มชุมชนในภาคตะวันออก ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. มีมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ทั้งแบบการให้บริการ Day care และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Home)
5. ได้รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
6. กลุ่มชุมชนในภาคตะวันออกได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
7. ได้รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
8. ได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบ

เป้าหมายของผลลัพธ์ (outcome) และตัวชี้วัด

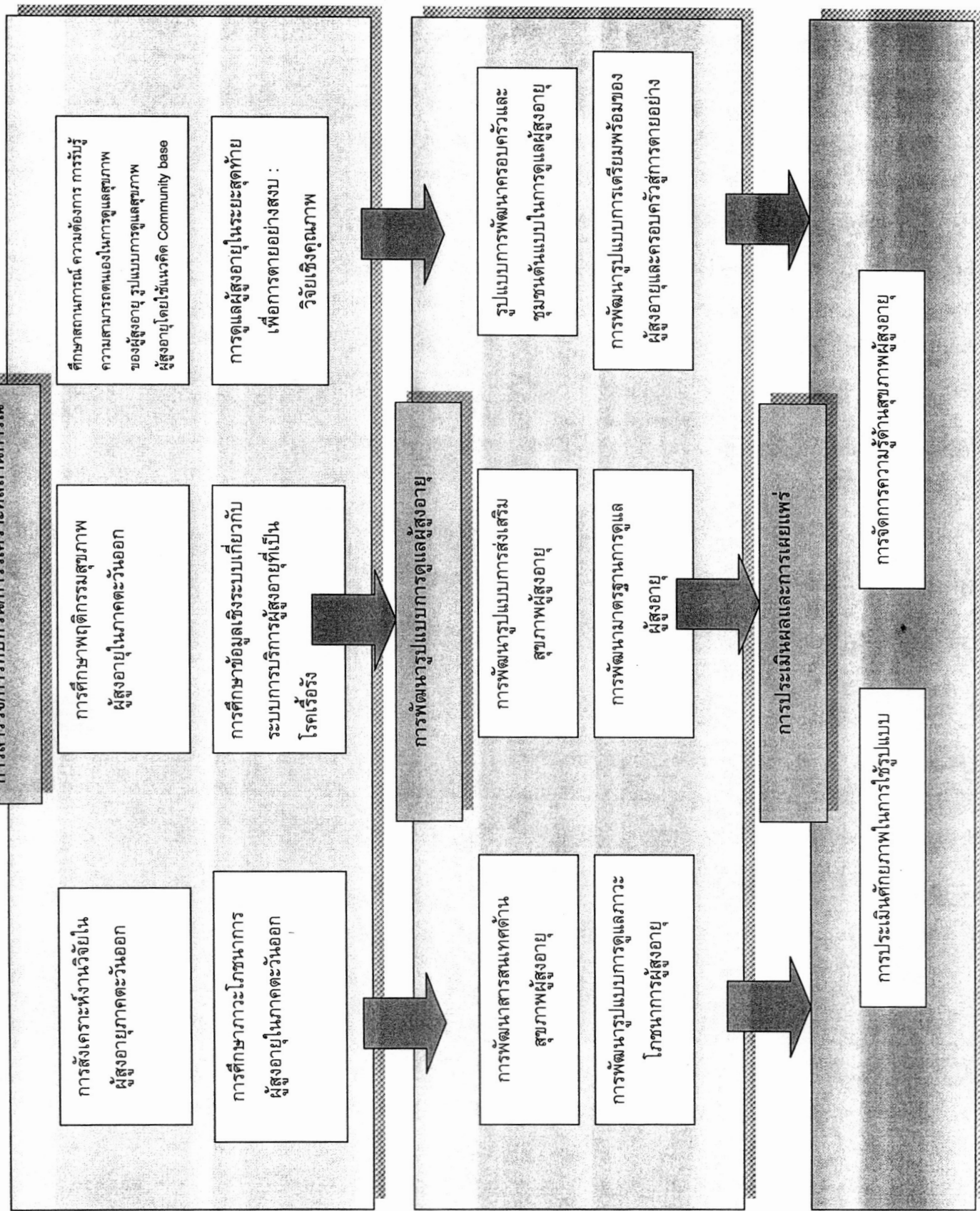
เป้าหมายของผลลัพธ์ของแผนงานวิจัยครั้งนี้ ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้นำผลลัพธ์ไปใช้ ได้แก่ ชุมชนในภาคตะวันออก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานหรือองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุดังนี้

- 1.สามารถเข้าถึงและนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและใช้ประโยชน์ได้จากข้อมูลสารสนเทศ และฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างสะดวก รวดเร็ว
2. กลุ่มชุมชนและสมาชิกในชุมชนภาคตะวันออกสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนไปปฏิบัติได้จริง
- 3.มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
4. กลุ่มชุมชนและสมาชิกในชุมชนภาคตะวันออก สามารถนำรูปแบบดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุไปปฏิบัติได้จริง
- 5.กลุ่มชุมชนและสมาชิกในชุมชนภาคตะวันออกสามารถนำรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการไปปฏิบัติได้จริง
- 6.กลุ่มชุมชนและสมาชิกในชุมชนภาคตะวันออกสามารถนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบไปปฏิบัติได้จริง

กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย

ทฤษฎี แนวคิด และหลักการที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยของแผนงานวิจัยนี้ ได้แก่

1. แนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทางด้านสุขภาพ
2. แนวคิดการจัดการความรู้
3. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ
5. แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง
6. แนวคิด Community base service
7. วิธีการ Benchmarking
8. การพัฒนารูปแบบโดยใช้วิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม
9. แนวคิดการใช้กระบวนการ Self help group
10. หลักการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนาความเป็นเลิศในศาสตร์ผู้สูงอายุ ตามแผนยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยบูรพา
2. เป็นการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร (ตั้งเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ-การตายอย่างสงบ)
3. เป็นการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นการประสานความร่วมมือในรูปแบบของคณะทำงานเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการและการวิจัยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการประสานความร่วมมือดังกล่าว รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับชุมชนในภาคตะวันออก ทั้งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขในเขตภาคตะวันออก
4. เป็นการสร้างความมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

การเผยแพร่

1. การเผยแพร่ข้อมูลผลการวิจัยผ่านWebsite , วารสารวิชาการ , การนำเสนอผลงานทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ
2. การเผยแพร่ผลการวิจัยผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มคณะผู้วิจัย ผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาทิ ชุมชนในท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุ
2. กลุ่มผู้ดูแล ครอบครัวของผู้สูงอายุ
3. หน่วยงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
4. องค์กรอื่นๆ ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 กระบวนการศึกษาวิจัยของแผนงาน

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” “คนแก่” หรือ “คนชรา” นั้นโดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหงอก หน้าตาเหี่ยวเฉา การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมาย คำว่า “ชรา” ว่าแก่ด้วยอายุ ชำรุด ทрудโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมมากนัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและกลุ่มนักวิชาการที่พิจารณาแล้วเห็นว่า คำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และถดถอยสิ้นหวัง ดังนั้นที่ประชุมคณะผู้อาวุโส โดยมี พลต.ต.หลวงอรรถสิทธิ สุนทร เป็นประธานจึงได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่า เป็นผู้ที่สูงทั้งวันวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 ให้ความหมายคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิดหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นคำนิยามที่ใช้ทางราชการและตามกฎหมาย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549 ; วันเพ็ญ ปันราช, 2552)

การพิจารณาว่า บุคคลใดเข้าข่ายผู้สูงอายุนั้น มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันตามการให้ความหมายของนักวิชาการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological ageing หรือ Biological ageing) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผิวหนังเหี่ยวเฉา ผมหงอก ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
2. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological ageing) เป็นการพิจารณากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สถิติปัญญา การรับรู้และการเรียนรู้ที่ถดถอย

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological ageing) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

ส่วนบาริโล และสมิธ (Barirow and Smith, 1979 อ้างถึงใน วัณเพ็ญ ปันราช, 2552) เสนอข้อคิดเห็นว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่า ผู้ใดชราภาพหรือผู้สูงอายุ เพราะเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะไปตีตราว่าผู้หนึ่ง ผู้หนึ่งชราภาพ การจะพิจารณานั้นควรพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากการงานซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยเกษียณ

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีระวิทยาเรื่องทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีระวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยผู้สูงอายุอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันถึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอายุ คือความจำเริ่มเสื่อม การขาดแรงจูงใจ แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดที่มีผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดตามความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยได้แนวความคิดจากการเสื่อมถอยทางสภาพร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จึงหมายถึง บุคคลที่มีวัยเกิดกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมักจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสนอเพราะมีสภาพร่างกาย และอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนี้ยังอาจจะเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปี

นอกจากนี้ มัลลิกา มัตติโก และคณะ (2542) ได้เสนอว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพแข็งแรงเป็นวัยที่ทำงานและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้พึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ “คนแก่” คือ

บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีสถานภาพและบทบาทที่ลดลงที่สังคมเริ่มทอดถอนสถานภาพที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจ ส่วนคำว่า “คนชรา” คือผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องพึ่งพาบุตรหลานในทุกด้าน

ดังนั้นคำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่ให้ความหมายในเชิงคุณค่าที่สูงกว่าทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ เกียรติ และศักดิ์ศรี การเข้าสู่ภาวะสูงอายุของบุคคลนั้นสามารถพิจารณาได้จากหลายประเด็นหรือหลากหลายเกณฑ์ ซึ่งการทำความเข้าใจกับความหมายของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่จะต้องศึกษาทบทวน และแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับวงจรชีวิตของมนุษย์ เพื่อให้เกิดหลักประกันที่มั่นคงและเข้าสู่วงจรสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าคนในกลุ่มอายุอื่นมาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี มาแล้ว ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัจจัยทางประชากรที่สำคัญ 2 ประการได้แก่

1. คนไทยนิยมมีลูกน้อยลงทำให้มีการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์จาก 42.2 คนต่อประชากรพันคนในปีพ.ศ.2507 เป็น 10.9 คนต่อประชากรพันคนในปีพ.ศ. 2548

2. การพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุจึงเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุของไทยสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-79 ปี มีจำนวน 6,172,000 คน (ร้อยละ 90.44) 2) กลุ่มวัยปลาย อายุ 80-99 ปี มีประมาณ 648,000 คน (ร้อยละ 9.5) และ 3) กลุ่มที่อายุ 100 ปีขึ้นไปมีประมาณ 4,000 คน (ร้อยละ 0.06)

(มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550)

นอกจากการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุในมิติของอายุแล้ว อีกมิติหนึ่งควรพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ โดยมีการจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงเช่นกันดังนี้ (สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2551)

ช่วงแรก เป็นช่วงของวัยที่ยังมีพลังหรืออาจเรียกว่าเป็น Active aging ผู้สูงอายุในวัยนี้มีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถและภูมิปัญญาที่ยังพร้อมใช้งานได้ ประกอบกับสภาพร่างกายยังคงแข็งแรงกระฉับกระเฉงผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัยนี้สามารถทำงานสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้เป็นอย่างดี ช่วงเวลาแห่งการมีพลังของความสูงวัยโดยปกติมักจะพบในช่วง 60-69 ปี

ช่วงที่สอง เป็นช่วงแห่งการพักผ่อน ในช่วงนี้ผู้สูงอายุอาจยังมีสภาพร่างกายโดยรวมที่ยังดีอยู่แต่ไม่กระฉับกระเฉง หรือเริ่มอ่อนแอลง บางคนสูญเสียความคล่องแคล่วทางกาย ความสามารถในการเห็น การได้ยิน การเคี้ยวอาหาร และปัญหาการทรงตัว ดังนั้น ผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้จึงต้องการการพักผ่อนมากกว่าการทำงานพบในช่วง 70-79 ปี

ช่วงที่สาม เป็นช่วงแห่งการพึ่งพิง ในช่วงวัยนี้ผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วยและมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น จึงต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้นผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในช่วงแห่งการพึ่งพิงมักจะพบในวัยที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

สภาวะทางเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุไทย

สถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ (Financial Status of ageing) ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศเกิดความทันสมัยด้านต่าง ๆ ทั้งวิทยาการและเทคโนโลยี ทำให้มีการขยายตัวหรือเกิดการเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบทางผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม วิถีทางดำเนินของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเสื่อมโทรมของร่างกายจึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีฐานะยากจน และผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 มีรายได้ต่ำ ไม่มากพอที่จะจุนเจือตนเองและครอบครัว โดยเป็นปัญหากับผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง มีผู้สูงอายุร้อยละ 0.4 ที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 3.4 มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อปี และร้อยละ 13.4 ที่ครัวเรือนมีรายได้ระหว่าง 2,500-9,999 บาทต่อปี ปัญหารายได้ต่ำนี้พบชัดเจนในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ในผู้สูงอายุหญิง และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่า (มัทนา พนานิรามัย และนางนุช สุนทรชวากานต์, 2545) มีผู้สูงอายุร้อยละ 22 เป็นบุคคลหลักในการหาเลี้ยงครอบครัวโดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุชายในเขตชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรม ผู้สูงอายุในชนบทจำเป็นต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เนื่องจากลูกหลานนิยมย้ายออกไปทำงานต่างถิ่นหรือทำงานในเมืองใหญ่ และเมื่อมีบุตรภักนำมาฝากให้ปู่ ย่า ตา ยายดูแล การเลี้ยงดูเด็กจึงตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูตนเองแล้วยังต้องหาเลี้ยงบุตรหลานอีกด้วย และผู้สูงอายุอาจมีรายได้บางส่วนจากการเก็บกู้จากบุตรที่ไปทำงานต่างถิ่น ส่งเงินมาให้สำหรับเป็นค่าเลี้ยงดูหลานที่นำมาฝากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือ นอกจากนี้บุตรจะเป็นแหล่งสำคัญในการสนับสนุนใช้จ่ายยามเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในขณะเจ็บปวดหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รายได้ของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลของปิสินเสไทย (2551) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 63.6 จะหยุดการประกอบอาชีพประจำแต่ผู้สูงอายุที่เหลืออีก 1 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 36.4 ยังไม่ยอมเกษียณตัวเองจากการทำงาน ซึ่งรายได้ที่ได้รับสามารถสรุปได้ดังนี้

สำหรับผู้สูงอายุที่ยังทำงาน พบว่า ร้อยละ 70 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 50,000 บาท/ปี ที่เหลืออีก ร้อยละ 30 เป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 50,000 บาท/ปี ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มย่อยได้เป็น ประมาณ

ร้อยละ 15.3 มีรายได้ต่ำกว่า 100,000 บาท/ปี ประมาณร้อยละ 10.0 มีรายได้ระหว่าง 100,000-299,999 บาท/ปี และ ประมาณร้อยละ 4.7 มีรายได้สูงกว่า 300,000 บาท/ปี ขึ้นไป

นภาพร ชโยวรรณ (2531) ทำการศึกษาสภาวะเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบปัญหาเกี่ยวกับการเงิน (ร้อยละ 39) รองลงมาคือปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 34) และปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 13) และมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่ไม่มีปัญหา ซึ่งทั้งเพศชายจะมีปัญหามากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาทางการเงินมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง โดยผู้สูงอายुर้อยละ 48 มีรายได้ส่วนใหญ่จากบุตร ร้อยละ 28 มาจากการทำงานของตนเอง ร้อยละ 8 มาจากเงินออม และร้อยละ 2 มาจากเงินบำนาญ

จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการศึกษาถึงรายได้ ในรอบปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุและคู่สมรส พบว่า ผู้สูงอายุมียาได้เฉลี่ยน้อยกว่า 20000 บาทต่อปี และแหล่งรายได้สำคัญคือจากบุตร รองลงมาคือจากการทำงานของตนเองและการได้รับการสงเคราะห์มีสัดส่วนที่ต่ำที่สุด โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทมีแหล่งรายได้จากการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

สภาวะทางสุขภาพ

สถานภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Status of Aging)

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้ระบบภายในร่างกายของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายชะงักการเจริญเติบโตเริ่มเสื่อมถอยและทำงานอย่างไม่ปกติ อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทำให้ผิหนังเหี่ยวแห้ง เกิดความผิดปกติทางเดินโลหิต เกิดการเปลี่ยนแปลงของต่อมต่าง ๆ ได้แก่ ต่อมเหงื่อ ผิวหนังแห้งแตก เกิดการเสื่อมทางกระดูกและกล้ามเนื้อรวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสมอง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายและระบบอื่น ๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบ เป็นการเสื่อมถอยทางสุขภาพ และระบบประสาท ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรับโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายและเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่น

ด้านภาวะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่า ปัญหาปวดข้อและปวดหลังเรื้อรังเป็นปัญหาของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยมีความชุกมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มอายุ ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่พบบ่อยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549: วรรณภา ศรีวัชรรัตน์ และผ่อง

พรรณอรุณแสง, 2549) อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมิได้หมายถึงว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดจะมีภาวะการเจ็บป่วยและเป็นโรค ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากยังเป็นกลุ่มที่มีร่างกายแข็งแรงสามารถกระทำการกิจวัตรต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ ข้อมูลจากการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 93.1 ยังช่วยเหลือตนเองได้จากร้อยละ 4.0 ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 1.1 ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และร้อยละ 1.8 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

กล่าวโดยสรุปภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดกับวัยผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งได้ก่อให้เกิดความต้องการการพึ่งพิงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานและมีภาวะทุพพลภาพตามมา ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมและจิตใจตามมาด้วย

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Disability of ageing)

อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพในประเทศพบถึง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุและ 1 ใน 5 เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่ต้องการการดูแล สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพคือโรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทยต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจากการพยากรณ์ประชากรของประเทศไทย พบว่า ปี ค.ศ. 2010, 2020 และ 2030 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาจำนวนถึง 499,837, 741,466 และ 1,100,754 คน ตามลำดับ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิฑูร พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ซึ่งจำนวนนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้อีกหากการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่ทันการณ์ และที่สำคัญคือตัวเลขเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าอนาคตข้างหน้าประเทศไทยต้องให้ความสนใจ “ผู้ดูแล” และ “การดูแลระยะยาว” เพื่อบริการรับสถานการณ์ และจากข้อมูลอัตราการพึ่งพิงของประเทศไทย พบว่าในปี ค.ศ. 2530 ที่อัตราส่วนประชากรพึ่งพิง (Dependency Ratio) เพิ่มขึ้นอย่างมากที่อาจเป็นภาระหนักต่อประเทศชาติที่ต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าว

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ (ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจอันเป็นปกติของบุคคลอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความบกพร่อง หรือความพิการทางร่างกาย) ภาวะพึ่งพาและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย พบว่าปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยประสบอยู่คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้าและการหกล้ม เป็นต้น นอกจากนี้ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (2542) ยังพบว่าปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติและถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ โดยมีผู้ที่ประสบปัญหาทุพพลภาพนานกว่า 6 เดือนถึงร้อยละ 19 และประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 4 ประสบปัญหาภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7 –2.1 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือและมีการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

ผลการศึกษาถึงสภาพบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับโดยการประเมินจากการได้รับบริการเกี่ยวกับโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคความดันเลือดสูง พบว่า โรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจและเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และมีฐานะดี และพบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50 ที่เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ผู้มีฐานะดีหรือมีการศึกษาสูงจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและมีฐานะยากจนหรือการศึกษาต่ำกว่าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุภาคอื่นๆ ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเข้าถึงบริการได้มากกว่าและมีฐานะดีกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆด้วยก็ได้

จำนวนและภาวะที่พึงพึงของประชากรสูงอายุไทย

จำนวนและภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับความสำเร็จของนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย และความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสาธารณสุขได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศ กล่าวคือ ประชากรวัยเด็ก 0-14 ปี มีสัดส่วนลดลงจากปี พ.ศ. 2543 แต่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 5.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นประมาณ 8.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรวัยอื่น ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2503-2553 และการคาดการณ์แนวโน้มของจำนวนประชากร ใน ปี พ.ศ. 2553 และ 2563

พ.ศ.	ทุกกลุ่มอายุ	0 – 14 ปี	15 – 59 ปี	60 ปีขึ้นไป
2503	26,202.7	11,319.6	13,674.9	1,208.2
2513	34,383.9	15,506.3	17,196.6	1,681.0
2523	44,824.8	17,165.7	25,213.5	2,445.6
2533	54,545.5	15,946.9	34,584.6	4,014.0
2543	61,770.2	15,104.6	40,795.9	5,869.7
2553	66,404.6	13,642.4	44,284.1	8,381.8
2553	69,410.4	12,737.2	44,284.2	12,389.0

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2548 อ้างถึงใน วันเพ็ญ ปันราช, 2552)
แหล่งข้อมูล: ปี พ.ศ. 2503 – 2543 จากสำมะโนประชากร

มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ
ส่วนหนึ่งมีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพิง การที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าประชากรอายุ 16-59 ปี คือประชากรวัยทำงานที่ต้องเป็นภาระในการเลี้ยงดูประชากรวัยเด็ก (ประชากรวัย 0-14 ปี) และประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เรียกว่าอัตราการพึ่งพิง ซึ่งการที่อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นก็หมายความว่ารัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย

มุมมองต่อสถานภาพพึ่งพิงของผู้สูงอายุ
การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปในแต่ละช่วงอายุมีผลกระทบต่อสถานภาพของบุคคลเป็นอย่างมาก ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่การเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ความเข้มแข็ง ความมีชีวิตชีวาและความหวังในชีวิต แต่การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสถานภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ในลักษณะถดถอย และการเปลี่ยนแปลงแต่ละด้านต่างมีผลกระทบต่อกันเป็นลูกโซ่ ซึ่งสถานภาพด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมีดังนี้

สถานการณ์ทางจิตใจของผู้สูงอายุ (Psychological Status of Ageing)

จากการสำรวจผู้สูงอายุไทย พบว่า ส่วยใหญ่มีสุขภาพจิตดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงสถาบันการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ซึ่งความทุกข์ในของผู้สูงอายุไทย เพราะลูกหลานทอดทิ้ง ไม่มีลูกหลานดูแล สังคมทอดทิ้งไม่เห็นคุณค่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทจะทุกข์ใจที่ต้องทุกข์กาย

จากโรคจากความยากจน จากการต้องดูแลหลายที่ถูกพามาให้เลี้ยง ขาดผู้ดูแลและขาดเครื่องอุปโภคบริโภคที่ควรมี (วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการประมวลสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อม เช่น การที่ผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือและเชื่อฟังของบุตรหลาน การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และการที่บุตรหลานยังให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลในทางตรงกันข้ามคือ ความรู้สึกสูญเสียจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับสูง อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปจะพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลทุกข์ร้อนห่วงใยลูกหลาน กลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล ไปจนถึงมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว หดท้อใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ ฯลฯ และตัวแปรด้านสถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หย่าร้าง ผู้ที่แข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอและมีโรคภัยไข้เจ็บ (มัลลิกา มัติโก, 2542)

สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุไทย

พบว่า ประมาณร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 81.1 อาศัยอยู่ในชนบท โดยพบว่า ผู้สูงอายุชายจะอาศัยอยู่กับคู่สมรสในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสหม้าย) ผู้สูงอายุหญิงจะมีความต้องการการดูแลจากลูกหลานมากกว่าผู้สูงอายุชาย และพบว่าประมาณร้อยละ 31 ของผู้สูงอายุไทยไม่ได้รับการศึกษาในระบบ โดยในจำนวนนี้จะพบในผู้สูงอายุหญิงเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

แหล่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมดอยู่ในชุมชนและอยู่ในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่อยู่อาศัยในสถาบัน เช่น วัด และสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุไทยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือน ส่วนน้อยเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ที่อยู่ตามลำพัง (วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) แต่ตัวเลขนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่อาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบให้ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กน้อย และการเคลื่อนย้ายแรงงานของประชากรวัยแรงงานที่อพยพไปแสวงหางานในพื้นที่เขตเมืองและแหล่งอุตสาหกรรมมากขึ้น

หากพิจารณาบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชนแล้วจะพบว่า ปัจจุบันสถานภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ในอดีตผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวปกครองบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและทำหน้าที่ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวจะมีความรักใคร่และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่ใน

ปัจจุบันลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปที่ขนาดของครอบครัวมีขนาดเล็กลงที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสถานสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม ที่ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในฐานะผู้รับมากกว่าผู้ให้ จากผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้อาศัย เกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญและต้องพึ่งพาผู้อื่นและไม่อาจทำประโยชน์ให้กับชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ได้เหมือนในอดีต

มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ

ส่วนหนึ่งมีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพิง การที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าประชากรอายุ 16-59 ปี คือประชากรวัยทำงานที่ต้องเป็นภาระในการเลี้ยงดูประชากรวัยเด็ก (ประชากรวัย 0-14 ปี) และประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เรียกว่าอัตราการพึ่งพิง ซึ่งการที่อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นก็หมายความว่ารัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมี 3 สภาวะ คือ (1) การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ การได้รับอาหารพอเพียง ได้ออกกำลังกาย มีกิจกรรม มีการพักผ่อน มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ฯลฯ (2) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ การร่วมกิจกรรมเพื่อป้องกัน ส่งเสริม แก้ไขปัญหาการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การมีงานอดิเรกคลายเหงา การทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง การไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการตาย ฯลฯ (3) การดูแลตนเองในภาวะสุขภาพถดถอย ได้แก่ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้และสนใจสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ฯลฯ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองต่างกัน ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพทางเศรษฐกิจ โดยเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) ผู้สูงอายุที่อายุน้อยยังไม่สูงมากดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ที่อายุสูงมาก ชลธร รักษาณรงค์, 2545) ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูง ดูแลสุขภาพตนเองยามเจ็บป่วยดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำแต่มีการรักษาความสะอาดและออกกำลังกายต่ำกว่า (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้มีฐานะต่ำกว่า (ชลธร รักษาณรงค์, 2545 และ กรกมล บำรุงวัด, 2545) นอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมาก (เช่น ลูกหลาน เพื่อนบ้าน) จะมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูล การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาก ผู้สูงอายุในครอบครัวขยายมีการดูแลตนเอง รักษาความ

สะอาด ออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดียว (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีจะมีการรับประทานอาหารและการปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดี (กรกมล บำรุงวัด, 2545) สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี จะขาดการตอบสนองความต้องการจากครอบครัวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพกับครอบครัวไม่ดี (สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย, 2539 และชลลดา ภักดีประพจน์, 2541)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การวัดคุณภาพชีวิต จะประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2545)

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมี ผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษา ทาง การแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความ เศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อ การ ดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่อง ความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ ว่าตนได้เป็น ผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการ มีเพศ สัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการ ดำเนิน ชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การ รับรู้ ว่า ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่ง

ประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

มีมุมมองหลายมิติ ได้แก่ มิติความพึงพอใจในชีวิต มิติความภาคภูมิใจ มิติสุขภาพและมิติสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (ศศิธร ธรรมารักษ์, 2539 อ้างถึงวิธีการวัดคุณภาพชีวิตของ George and Bearon. 1980 และ Fillenbaum. 1986) ซึ่งศศิธร ธรรมารักษ์ (2539) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแต่ละด้าน ได้แก่

1. ความพึงพอใจในชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง คือ ผู้ที่คิดว่าตนเองมีฐานะพอกินพอใช้ รู้สึกว่าตนเองสุขภาพดีและยังมีกิจกรรมทางสังคม

2. ความภาคภูมิใจ

ผู้สูงอายุที่มีความภาคภูมิใจในชีวิตสูงคือ การทำกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ มีสุขภาพดี มีรายได้พอ ได้รับการเยี่ยมเยียนจากลูกหลานและญาติพี่น้อง ไม่มีปัญหาสุขภาพ ติดตามข่าวสารเป็นประจำ และได้รับการดูแลจากครอบครัว (ไม่ใช่จากสถานสงเคราะห์)

3. สุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาใคร คือผู้ที่อายุยังน้อย ติดตามข่าวสาร (อ่านหนังสือพิมพ์สม่ำเสมอ) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพและทำกิจกรรมทางสังคมเสมอ

ในมิติด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุนี้ มีผู้ศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ พบว่า ผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันคือ การมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้านหรือการได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อความพึงพอใจ การมีคนสนิทสนมชอบพอกันที่สามารถพูดคุยระบายความทุกข์ ปรับทุกข์ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ (ลลิลญา ลอยลม, 2545) และในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล จะพึงพอใจในชีวิตต่ำ (สมพร ชัยยุทธ์, 2542) นอกจากนี้ ยังมีผู้พบว่า การที่ผู้สูงอายุยังสามารถดูแลตนเองได้ สามารถทำกิจกรรมตามที่ตนเองต้องการได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขด้วย

ความต้องการบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ศึกษาเรื่อง "รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550" ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า รัฐบาลและเอกชนได้จัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา บัตรสุขภาพ บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ บริการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟ เป็นต้น เมื่อพิจารณาความต้องการการช่วยเหลือจากรัฐบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือร้อยละ 82.9 ต้องการมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลฟรี ร้อยละ 74.1 ต้องการเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ร้อยละ 70.4 ต้องการมีบัตรสุขภาพเพื่อลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ยังมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 24.4 ที่ต้องการพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ และร้อยละ 18.4 ต้องการพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของเอกชน ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือในทุกๆด้านมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบสัดส่วนความต้องการการช่วยเหลือจากรัฐบาลของผู้สูงอายุในภาคต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือแทบทุกด้านมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการขอมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ

การใช้บริการสวัสดิการต่างๆที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 79.0 และ 63.0 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุร้อยละ 52.8 มีการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทมีสัดส่วนการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 61.3 และ 33.9 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากที่สุดร้อยละ 81.0 สำหรับกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุที่ใช้บริการสวัสดิการต่างๆที่รัฐจัดให้สำหรับผู้สูงอายุน้อยกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 14.1 มีการใช้บริการบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.1 ใช้บริการโครงการบัตร 30 บาทรักษาทุกโรค และร้อยละ 54.4 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ

ความต้องการที่จะให้รัฐจัดสวัสดิการต่างๆเพิ่มจากที่มีอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 92 ต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดศูนย์ ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ จัดบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการให้รัฐบาลจัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เพื่อจะได้มีงานทำ มีรายได้ ผู้สูงอายุร้อยละ 89.1 ต้องการให้มีการลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเบาภาระของบุตรหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความต้องการการช่วยเหลือจากรัฐบาล การใช้บริการสวัสดิการ และความต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มของผู้สูงอายุชายและหญิงนั้นไม่แตกต่างกัน

การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ การพัฒนาสุขภาพ การคงไว้ และการป้องกันการเสื่อมถอย ของสถานะทางสุขภาพ โดยเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าจะต้องอาศัยความรู้ของสาขาที่หลากหลายและการดำเนินการของส่วนการบริการต่าง ๆ ทั้งทางสุขภาพและสังคม ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. การให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นกระบวนการให้ข้อมูลข่าวสารที่มุ่งให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยกลวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การสอนรายกลุ่ม การมีส่วนร่วมของชุมชน การสื่อสารมวลชน
2. การป้องกันโรค หมายถึงกระบวนการเพื่อให้การวินิจฉัยโรคหรือปัญหาทางสุขภาพในระยะแรกก่อนจะมีอาการทางคลินิก (การตรวจคัดกรองโรค) หรือการป้องกันเฉพาะโรค เช่น การให้วัคซีน การดำเนินงานเพื่อป้องกันการหกล้ม
3. การคงไว้ซึ่งภาวะทางสุขภาพ หมายถึงการจัดการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง
4. นโยบายสาธารณะทางสุขภาพ เป็นกระบวนการทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยตรงหรือเพื่อให้การสนับสนุน เช่น การจัดสรรงบประมาณ การออกกฎหมายเฉพาะ เช่น กฎหมายให้บริการการตรวจคัดกรองแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า การพัฒนาระบบบริการ หรือการควบคุมการโฆษณาที่อาจเป็นผลเสียแก่สุขภาพ เช่น โฆษณาน้ำหรือ

โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ปัญหาทางด้านภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุไทยมีทั้งที่มากเกินไป หรือไม่เหมาะสม และที่ขาดหรือไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการและการดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมทางโภชนาการที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการและลักษณะของการขาดสารอาหาร

ปัจจัยที่พบร่วมกับภาวะทุพโภชนาการมีหลายประการทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การรับประทานอาหารคนเดียว การอาศัยอยู่โดยลำพัง สถานะทางสังคม ความยากจน การดื่มสุราเป็นประจำ มีปัญหาเรื่องฟัน และช่องปาก ความเจ็บป่วยทางกาย ภาวะสมองเสื่อม มีปัญหาโรคซึมเศร้า และมีภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุคำนึงถึงโอกาสของการเกิดภาวะขาดสารอาหาร นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติจะต้องให้การพิจารณาถึงภาวะทุพโภชนาการเป็นพิเศษ

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างภาวะโภชนาการวัดโดยดัชนีมวลกาย (body mass index), ปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold thickness) กับ อัตราการเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กันเป็นรูปตัว U (Joan C., 1991) นั่นคือไม่ว่าจะมีภาวะทุพโภชนาการหรือ โภชนาการเกิน ล้วนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้นั่นเอง การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ (Wadhwa A., 1997) พบว่าการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม, ฐานะยากจน, อยู่อย่างโดดเดี่ยว เป็นสาเหตุหลัก นอกจากนี้ประเภทของอาหารประจำวันก็มีผลต่ออุบัติการณ์การเกิดทุพโภชนาการและการขาดวิตามินในผู้สูงอายุอีกด้วย ภาวะอื่นที่มีผลเช่น ปัญหาทันตกรรมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ทำให้การบดเคี้ยวมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการสูง

การออกกำลังกาย (Physical activity)

การออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหวทางกาย คือการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลายมัดใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน กิจกรรมนันทนาการ การเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ (Hardman & Stensel, 2003)

การเคลื่อนไหวทางกายจะประกอบไปด้วย

1. การเคลื่อนไหวร่างกายขณะทำงานบ้าน (Household physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวทางกายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมงานบ้านได้แก่ การถูพื้น ขัดพื้น ทำความสะอาดบ้าน ทำสวน รดน้ำต้นไม้ กวาดหญ้า เป็นต้น
2. การเคลื่อนไหวร่างกายขณะเดินทาง (Transportation physical activity) ได้แก่ การเดินไปทำงาน หรือเดินไปโรงเรียน การขี่จักรยาน เป็นต้น
3. การเคลื่อนไหวร่างกายขณะประกอบอาชีพ (Occupational physical activity) ได้แก่ การยกของ การแบกหาม งานไม้ ซ่อมรถ เป็นต้น
4. การเคลื่อนไหวร่างกายขณะว่างจากการประกอบอาชีพหรือการเดินทาง ได้แก่ การออกกำลังกาย เล่นกีฬา กิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ เป็นต้น

ระดับความหนักของการเคลื่อนไหวร่างกาย

ระดับการเคลื่อนไหวร่างกายจะแบ่งเป็น 3 ระดับ (วิภาวรรณ ลีลาสำราญ และ วุฒิชัย เพิ่มศิริ วาณิชย์, 2547) ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายระดับเบา หมายถึงกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวทางกายในระดับที่เทียบเท่ากับ อัตราการเผาผลาญพลังงานน้อยกว่า 3.5 kcal/นาที ได้แก่ การเดินช้า ๆ เล่น

กอล์ฟ โดยนั่งรถกอล์ฟ ทำสวน พรวนดิน ปั่นจักรยานแบบไม่มีแรงต้าน ดูปู่น ออกกำลังกายแบบ ยืดเส้น

1. การเคลื่อนไหวร่างกายระดับปานกลาง หมายถึงกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวทางกายในระดับที่เทียบเท่ากับ อัตราการเผาผลาญพลังงาน 3.5 – 7 kcal/ นาที (ยังพูดได้ เสียงไม่ขาดตอน) ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ เล่นกอล์ฟ ลากหรือหิ้วอุปกรณ์เอง ว่ายน้ำ ตัดหญ้า โดยใช้เครื่องตัดหญ้า เล่นเทนนิสประเภทคู่ ซี่จักรยาน 5-9 ไมล์/ชั่วโมง บนพื้นราบ ภูพื้น ทำความสะอาดบ้าน ยกน้ำหนัก

2. การเคลื่อนไหวร่างกายระดับหนัก หมายถึงกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวทางกายในระดับที่เทียบเท่ากับ อัตราการเผาผลาญพลังงาน มากกว่า 7 kcal/นาที (เสียงพูดขาดตอน) ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ เดินแข่ง วิ่งแข่ง แข่งขันว่ายน้ำ ตัดหญ้าด้วยกรรไกรตัดหญ้า เล่นเทนนิสประเภทเดี่ยว ซี่จักรยานขึ้นเขา หรือขี่ด้วยความเร็วมากกว่า 10 ไมล์/ชั่วโมง เคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์

รูปแบบของการออกกำลังกาย

1. การบริหารเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น

การบริหารเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกายหรือการฝึกเพื่อยืดกล้ามเนื้อ เนื่องจากกล้ามเนื้อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายซึ่งมีผลต่อความยืดหยุ่นของร่างกาย การบริหารเพื่อยืดกล้ามเนื้อจึงเป็นวิธีการหลักที่ใช้เพิ่มความยืดหยุ่น

ซึ่งประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อยืดกล้ามเนื้อมีหลายประการดังต่อไปนี้

1. ช่วยให้การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นไปได้อย่างสะดวกและไม่ตึง หรือฝืดขัดตามข้อ
2. ช่วยลดอุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บที่เกิดจากการเล่นกีฬา หรือการออกกำลังกาย
3. เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปวดหลังที่อาจเกิดขึ้นได้
4. เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการเล่นกีฬา
5. ลดอาการปวดเมื่อยหลังจากการออกกำลังกาย

ดังนั้นการบริหารยืดกล้ามเนื้อ จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการเล่นกีฬา และการออกกำลังกายทุกชนิด หรือการใช้งานในชีวิตประจำวันเพราะสามารถทำได้ง่ายและไม่เสียเวลามาก บุคคลที่ควรมีการออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อมักจะเป็นบุคคลที่จะต้องใช้งานร่างกายหรือมีความเสี่ยงต่อความสูญเสียการยืดหยุ่นของร่างกาย บุคคลต่อไปนี้จึงควรที่จะบริหารเพื่อยืดกล้ามเนื้อเป็นประจำ ได้แก่

1. นักกีฬาทุกประเภท
2. ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ
3. ผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดการฝืดขัดของข้อ และมีอาการปวดข้อ และกล้ามเนื้อได้ง่าย การออกกำลังกายเพื่อยืดกล้ามเนื้อจะช่วยบรรเทาปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ได้

673.0438

15 294

๓. ๒

354985

4. ผู้ที่มีภาวะจากโรคหรือปัญหาต่อไปนี้ เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อตึง ปวดข้อและ กล้ามเนื้อ อัมพฤกษ์ หรืออัมพาต

หลักของการบริหารเพื่อยืดกล้ามเนื้อ

1. กายบริหารอบอุ่นร่างกายประมาณ 10 – 15 นาทีก่อนที่จะยืดกล้ามเนื้อ ซึ่งถือเป็นการอุ่นเครื่องทำให้ร่างกายอบอุ่น
2. บริหารยืดกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยเลือกส่วนที่จะใช้บ่อย ๆ ในการเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือการใช้งานในชีวิตประจำวัน ซึ่งกล้ามเนื้อและข้อเหล่านั้นจะมีการดึงตัวได้ง่าย
3. การบริหารและยืดกล้ามเนื้อแต่ละท่านั้นควรจะยืดอย่างช้า ๆ จนรู้สึกไม่ตึงและไม่ปวดยืดค้างไว้ประมาณ 10 – 20 วินาที
4. ในแต่ละท่าที่ยืดนั้นให้ทำซ้ำ 2 – 3 ครั้ง
5. ควรบริหารยืดกล้ามเนื้อทุกวัน ก่อนการออกกำลังกาย หรือหลังจากที่ใช้งานในชีวิตประจำวัน

สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นนักกีฬาหรือไม่ได้ออกกำลังกาย ก็สามารถบริหารยืดกล้ามเนื้อได้ทุกวัน หรือควรทำเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2. การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานของร่างกาย

ความแข็งแรงของร่างกายกับความทนทานเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันมาก แตกต่างกันที่การใช้พลังงานของกล้ามเนื้อ การฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นการฝึกให้กล้ามเนื้อใช้พลังงานแบบที่ไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic training) ส่วนการฝึกเพื่อความทนทานของกล้ามเนื้อ จะฝึกให้กล้ามเนื้อเน้นการใช้พลังงานส่วนใหญ่เป็นแบบแอโรบิก (Aerobic training) หรือใช้ออกซิเจน การฝึกอย่างใดอย่างหนึ่งร่างกายจะได้ผลประโยชน์ทั้งสองอย่างควบคู่กันไปเสมอโดยจะเด่นในอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น นักกีฬายกน้ำหนัก จะถูกฝึกแบบอะแนโรบิก ด้วยการฝึกยกน้ำหนักเพิ่มขึ้นทีละ 5 – 10 กิโลกรัม ทุก ๆ สัปดาห์จนได้น้ำหนักสูงสุดของการยก การฝึกแบบนี้จะไม่เน้นการยกซ้ำหลาย ๆ ครั้งต่อวันแต่จะเน้นการยกน้ำหนักค่อนข้างมากไปเลย สำหรับการฝึกเพื่อเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อนั้นจะเน้นไปในทางตรงกันข้าม คือ ฝึกให้กล้ามเนื้อทำงานไม่หนักแต่นาน หรือทำซ้ำ ๆ ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน เช่น การฝึกนักกีฬาวิ่งมาราธอน จะไม่เน้นการยกของหนัก ไม่เน้นการวิ่งเร็ว ๆ แต่จะเน้นการวิ่งเหยาะ ๆ นาน ๆ จึงสังเกตได้ว่ากล้ามเนื้อของนักกีฬายกน้ำหนักจะหนาและใหญ่ แต่ก็มีความแข็งแรงและทนทานในการวิ่งอยู่บ้าง ในทางตรงกันข้ามกล้ามเนื้อของนักกีฬาวิ่งมาราธอนจะเพรียวบาง วิ่งได้ไกลและทนทาน แต่ก็มีความแข็งแรงอยู่บ้างเช่นกัน

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

จากรายงานสถานการณ์วิสาหกิจ ขนาดกลางและขนาดย่อม ปี 2551 และแนวโน้ม ปี 2552 ของสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม(2551) ได้รายงานสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุไทย ไว้ดังนี้

บริการสำหรับผู้สูงอายุไทย ในปัจจุบัน สามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. บริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย

การบริการสุขภาพในลักษณะนี้มีบริการอยู่ทั่วไปทั้งจากภาครัฐและเอกชน บริการจากภาครัฐได้แก่ การให้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง ๆ กลุ่ม/ชมรมทางสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์ เพื่อรวมกลุ่มทำกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม เช่น การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการแนะนำวิธีการป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลิกเหล้า บุหรี่และยาเสพติด เป็นต้น

การบริการสร้างเสริมสุขภาพจากภาคเอกชน ได้แก่ การบริการในศูนย์สุขภาพต่าง ๆ เช่น ศูนย์ธรรมชาติบำบัด สปา ฟิตเนส นวดไทย นวดคลายเครียดและศูนย์การแพทย์แผนไทย เป็นต้น ซึ่งบริการเหล่านี้จะมีทางเลือกที่หลากหลายและค่าใช้จ่ายสูง ทำให้เป็นที่นิยมเฉพาะในกลุ่มที่มีผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และมีความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจุบันผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปสนใจในบริการลักษณะนี้มากขึ้นเป็นลำดับ แนวโน้มการบริการด้านนี้จึงมีพื้นที่บริการกว้างและหลากหลายขึ้น

การบริการการแพทย์แผนไทยเป็นอีกบริการหนึ่งที่ปัจจุบันได้รับการยอมรับจากประชาชน ผู้ใช้บริการอย่างกว้างขวาง และเป็นที่นิยมสำหรับผู้สูงอายุ และมีให้บริการทั้งในสถานบริการภาครัฐและเอกชน

2. บริการด้านสันทนาการ และการท่องเที่ยว

ผู้สูงอายุที่ยังมีสภาพร่างกายแข็งแรงและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการซื้อ นิยมการท่องเที่ยวและจับจ่ายสินค้าของท้องถิ่น ซึ่งเป็นการกระจายรายได้ไปยังชุมชนได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่สามารถใช้เวลาว่างในการพักผ่อนให้เกิดประโยชน์และมีความสุขกับกิจกรรมที่ได้ทำอย่างเต็มที่ เนื่องจากมีกำลังทรัพย์และเวลาว่างเหมาะสมสำหรับการเดินทางท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อน และพบปะเพื่อนฝูงหลังเกษียณจากงาน

ปัจจุบันบริการสันทนาการและการท่องเที่ยวอยู่ในรูปของกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ แต่บริการด้านนี้ในตลาดยังมีอยู่อย่างจำกัด และการเข้าถึงบริการยังมีน้อย ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ราคาค่าบริการที่สูงและความไม่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

3. บริการสุขภาพที่เน้นการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการโดยภาครัฐ และเอกชน ในรูปแบบของ โรงพยาบาล และคลินิก อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุต้องการบริการทางสุขภาพต่างจากคนวัยอื่น ๆ ซึ่งหลายประเทศที่เข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุได้จัดบริการทางการแพทย์และการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ สำหรับประเทศไทยแม้ว่าภาครัฐได้จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2506 แต่การดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรมอย่างจริงจังและมาตรฐาน ก็ยังไม่ชัดเจน ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐมีข้อจำกัดในด้านจำนวนผู้ป่วยที่มากทำให้ความพร้อมของห้องพักรักษา การบริการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอต่อความต้องการขณะที่โรงพยาบาลเอกชน แม้จะมีเครื่องมือทันสมัย มีแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญ แต่ราคาค่าบริการสูง ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าไปใช้บริการยังมีจำนวนไม่มาก ตลอดจนประเทศไทยขาดแคลนแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ต้องใช้บริการจากแพทย์อายุรกรรมทั่วไปหรือให้บริการตามลักษณะโรค ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องมีแพทย์ให้การดูแลหลายคน เพราะอาจมีความเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรค ต้องรับประทานยาครั้งละมาก ๆ และอาจเกิดอาการข้างเคียงได้ง่าย

4. บริการผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ช่วงที่สามของ暮年หรือที่เรียกว่าวัยพึ่งพิง ความต้องการการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่นเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเพิ่มสำคัญและจำเป็นมากขึ้นเรื่อยๆเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในวัยพึ่งพิงมีมากขึ้น

ปัจจุบันเริ่มมีการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบใหม่ ซึ่งต่างจากการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่เคยปฏิบัติกันมาในอดีต โดยการจัดให้มี “ผู้ช่วย” ในการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้ รูปแบบบริการโดยมากเป็นการจ้างผู้ช่วยมาจากศูนย์ดูแลต่าง ๆ ให้เข้ามาดูแลผู้สูงอายุ บริการลักษณะนี้มีหลายรูปแบบตามความต้องการของสังคม เช่น บริการที่จัดให้ในบ้าน ในโรงพยาบาลหรือแม้แต่ในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ หรือ Nursing home ที่รับผู้สูงอายุมาอยู่ประจำ ให้การดูแลครอบคลุมทุกด้าน

อย่างไรก็ตาม บริการเหล่านี้ยังจำกัดอยู่เฉพาะในเมือง และเป็นบริการโดยเอกชนที่หวังผลกำไร ทำให้การเข้าถึงบริการยังเป็นไปอย่างจำกัด รวมทั้งบริการดังกล่าวยังมีราคาสูงและปัจจุบันยังขาดการกำหนดมาตรฐานบริการ ทำให้คุณภาพบริการไม่สม่ำเสมอ

สถานดูแลผู้สูงอายุไทย

ความหมาย ประเภทของและสถานการณ์ของสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. สถานสงเคราะห์คนชรา หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาต่าง ๆ เช่นไม่

มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล หรืออยู่กับครอบครัวแต่ปราศจากความสุข โดยกำหนดให้เฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เข้าพักอาศัย สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการผู้สูงอายุ และบ้านพักฉุกเฉิน ตามระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการ ให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

(1) สถานสงเคราะห์ให้บริการผู้สูงอายุ โดยแยกออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

(ก) ประเภทสามัญ ได้แก่ การให้บริการดูแลผู้รับบริการ โดยไม่เสียค่าบริการ

(ข) ประเภทหอพัก ได้แก่ การให้บริการจัดให้ผู้รับบริการเข้าอยู่ในหอพักโดยเสียค่าบริการให้สถานสงเคราะห์ ตามอัตราที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกำหนด

(ค) ประเภทปลูกบ้านอยู่เอง ได้แก่ การให้บริการที่ทางราชการอนุญาตให้ผู้รับบริการปลูกบ้านพักอยู่ในบริเวณสถานสงเคราะห์ ตามหลักเกณฑ์ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกำหนด

(2) บ้านพักฉุกเฉินให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นการชั่วคราวไม่เกิน 15 วัน หากผู้สูงอายุที่มีเหตุจำเป็นต้องพักเป็นระยะเวลานานกว่าที่กำหนด ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ หรือผู้อำนวยการศูนย์

สถานการณ์ เมื่อผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ไประยะเวลาหนึ่งมักมีปัญห สุขภาพตามมา และพบว่าร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด ทำให้สถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่ที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการรองรับการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะดังกล่าวขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้น (ศิริพันธุ์ สาสัดย์และคณะ, 2552)

2. สถานบริบาล (Nursing Home) หมายถึง สถานที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน และมีอาการไม่มาก เช่น อยู่ในภาวะทุพพลภาพ มีโรคเรื้อรัง มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ ต้องได้รับการดูแลที่ใช้ทักษะทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันบางอย่างให้แก่ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยหน่วยงานเอกชน ซึ่งมีความหลากหลายในการขึ้นทะเบียน ยังไม่มีมาตรฐานกำหนด และขาดการกำกับควบคุมคุณภาพ และการควบคุมราคา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 15,000-5,0000 บาทต่อเดือน ส่งผลให้ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจไม่ดีไม่สามารถแบกรับภาระนี้ได้ (ศิริพันธุ์ สาสัดย์และคณะ, 2552)

3. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล (Long stay hospital) หมายถึง สถานพยาบาลที่จัดให้มีบริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง

สถานการณ์ ส่วนใหญ่เป็นการจัดให้บริการโดยโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงสำหรับในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแฝงในโรงพยาบาล เป็นการให้บริการแก่

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการการฟื้นฟูสภาพที่มีความหลากหลาย
ครบวงจร ผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประเภทของรูปแบบการดูแลระยะยาว ขึ้นอยู่กับมิติของการพิจารณา หากพิจารณา
ตามมิติของลักษณะการให้บริการ

คอฟฟี (อั้งใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, น.22) ได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น
4 รูปแบบ ดังนี้

1) รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการที่บ้าน (Integrated Home-Service Center Model)
เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ
นอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการ
ได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการ
สุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการได้แก่ การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถ
รับ-ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพ
กลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์

2) รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวม บริการ ซึ่ง
ส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน โดยมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและ
จัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการคือครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพัก
คนชราที่มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การ
ทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านบริการแม่บ้าน บริการรถรับ - ส่ง บริการนี้มี
ความแตกต่างจากรูปแบบที่ 1 เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็น
บริการพื้นฐานภายในบ้าน

3) รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) เป็นบริการเบื้องต้น สำหรับผู้สูงอายุ
ที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุอีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำ
ผู้สูงอายุไปอยู่ในสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่บริการทาง
โทรศัพท์ แม่บ้าน อาหาร บริการดูแลสุขภาพกลางวันการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน
บริการแม่บ้าน บริการรถรับ-ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล

4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับ
ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟื้นฟู และการพักฟื้นภายหลังเจ็บป่วยทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลใน
สถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันต้อง
อาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ หน่วยงานที่ให้การ
ดูแลรักษาระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการ คือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การ
พยาบาล การดูแลด้านการแพทย์นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสน
บำบัด และบริการสังคม อื่นๆ

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งรูปแบบการดูแลออกตามมิติของสถานที่ และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ โดยแบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

- 1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่า ในสถานที่เดียวกัน
- 2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการเตรียมการดูแลในบ้าน หรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น หรือเป็นชุมชนแออัด
- 3) การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดบริการ โดยองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีนักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ฯ) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร เป็นผู้ให้บริการ
- 4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแล โดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550, น.43) ได้แบ่งรูปแบบการบริการระยะยาวตามมิติแหล่งให้บริการ ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

- 1) บริการดูแลในสถานบริการ (institutional-based care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน
- 2) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) เป็นบริการในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่า การดูแลระยะยาวมีรูปแบบการดูแลหลักอยู่ 3 รูปแบบ คือ การดูแลที่บ้านหรือในครอบครัว การดูแลในชุมชน และการดูแลในสถาบัน โดย 3 รูปแบบนี้ สามารถอธิบายลักษณะการพึ่งพาแต่ละขั้นของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกัน

แนวคิด หลักการ และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลทุกวัยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือแพทย์ลงความเห็นว่าหมดทางรักษา หรือบุคคลที่รับรู้ว่าจะตายหรืออยู่ในระยะสุดท้ายสุดท้ายของ ชีวิตการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป็นระบบการดูแลที่แตกต่างไปจากระบบการแพทย์ที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไปโดยเน้นการลดและบรรเทาความทุกข์และทรมาน การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดและการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ให้ มากที่สุดโดยให้ การดูแลทั้งผู้ป่วย และครอบครัว

สรีรวิทยาของภาวะใกล้ตาย

เมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงบางอย่างไม่จำเป็นต้องแก้ไข บางอย่างสมควรแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

การเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตจะช่วยให้ผู้ดูแลและญาติดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม ลดวิธีการดูแลรักษาที่ไม่จำเป็น ผู้ป่วยไม่ทรมานมาก บางอย่างนอกจากไม่ก่อประโยชน์ใดๆ แก่ผู้ป่วยแล้ว ยังอาจเป็นผลเสียกับผู้ป่วยได้

ผู้ป่วยที่ใกล้ตายจะมีการเบื่ออาหาร กินอาหารได้น้อยลง การเคี้ยวจะยอให้กินอาหารตามปกติ จึงไม่มีประโยชน์ นอกจากนี้ยังพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นจะทำให้มีสารคีโตน (Ketone) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและลดความเจ็บปวดลงได้ จึงอาจเป็นผลดีสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายด้วยซ้ำ

ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอ สมควรยอมรับ อาจไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกง่วงนอน อาจนอนหลับตลอดเวลา ดังนั้นควรให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

ผู้ป่วยใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลง หรือจดดื่มเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphine) ทำให้รู้สึกสบายขึ้น ลดอาการเจ็บปวดได้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการริมฝีปากแห้ง คอแห้ง อาจใช้สำลีหรือผ้าชุบน้ำสะอาดแตะที่ริมฝีปาก จะช่วยลดอาการปากแห้งได้

จากการที่ร่างกายเสื่อมสภาพลง การรับสัมผัสและสื่อสารจึงลดลงจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดลดลง การไหลเวียนเลือดส่วนปลายน้อยลงทำให้ผิวหนัง แขนขา มีลักษณะเป็นจ้ำๆ สีออกม่วงแดง ผู้ป่วยหลายรายอาจมีอาการเพ้อ ประสาทหลอน เห็นผี เหมือนภาพเก่าๆ เห็นญาติที่เสียชีวิตเห็นความผิดบาปในอดีต ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา หรือจากความผิดปกติในการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

เมื่อมีความเจ็บป่วยย่อมมีความเครียด ความกังวล ความกลัวอยู่ในใจทุกคน เมื่อเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความตาย จึงยังมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยทุกคน จะมากขึ้นอยู่กับสภาพทางร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอง

ข้อควรคำนึงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับ การควบคุมอาการปวด ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณ ปัญหาทางครอบครัวและสังคม
2. ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับ เหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญ - แนวทางการรักษาและการจัดการดูแล การปฏิบัติตามค่านิยมและความเชื่อ
3. การจัดให้มีระบบเครือข่ายการดูแลที่เชื่อมโยงผู้ดูแลหลายฝ่ายเพื่อความร่วมมือในการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและ ครอบคลุมปัญหาอย่างรอบด้าน

ขอบเขตของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. โครงสร้างและกระบวนการดูแล
2. การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อ
3. มิติทางวัฒนธรรมของการดูแล
4. การดูแลด้านกฎหมาย
5. มิติด้านจริยธรรมของการดูแล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนะเกี่ยวกับการตายของบุคคล

1. ทัศนะเกี่ยวกับการตายของบุคคลและคนใกล้ชิด
2. ประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย
3. ความเชื่อ ศรัทธา ศาสนา
4. สถานการณ์ บริบททางสังคม สภาพแวดล้อม
5. การรับรู้และทัศนะ มุมมองส่วนบุคคล

การเผชิญกับความตายที่กำลังจะมาถึง

1. ระยะปฏิเสธ
2. ระยะโกรธ
3. ระยะต่อรอง
4. ระยะซึมเศร้า
5. ระยะยอมรับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความตาย

1. ทักษะมุมมอง ความเชื่อเกี่ยวกับการตาย
2. สาเหตุของการตาย ลักษณะก่อนตาย
3. สภาพการณ์ปัญหา หรือความเป็นอยู่ก่อนการตาย
4. สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง
5. บทบาทความรับผิดชอบ
6. ทักษะเกี่ยวกับการอยู่
7. ท่าที การตอบสนองของบุคคลใกล้ชิด

การตายอย่างมีศักดิ์ศรี

1. ตายเมื่อถึงวาระสุดท้ายและได้มีโอกาสในการตัดสินใจที่จะได้ตายอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ
2. ตายในลักษณะปกติ ไม่ถูกกระทำ หรือแทรกแซงการตาย
3. ตายในลักษณะที่ไม่ถูกยื้อหรือยืดชีวิตด้วยอุปกรณ์เทคโนโลยีจนเป็นที่เวทนาสงสาร

การให้การปรึกษาผู้ที่ใกล้ตายหรือกำลังจะตาย

เป้าหมายของการให้การปรึกษาผู้ที่ใกล้ตายหรือกำลังจะตาย คือ

1. รับรู้ว่ามีเพื่อนที่เข้าใจเขา
2. ช่วยให้ได้รับบายออกอย่างเหมาะสม
3. ช่วยให้เข้าใจความหมายของการตายที่ถูกต้อง
4. ช่วยให้มีโอกาสในการแสดงออกทางความคิดและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
5. ช่วยให้มีการเตรียมพร้อมต่อการตาย

การเตรียมญาติ

เช่นเดียวกับเตรียมผู้ป่วย คือ ให้ได้ระบายออกถึงการสูญเสีย ช่วยเหลือประคับประคอง และช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในตนเอง

การเตรียมบุคลากรทางการแพทย์

เป็นการเตรียมให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ในเรื่องการตาย มีทักษะในการช่วยผู้ป่วยและญาติเผชิญต่อการตาย และปรับทัศนคติที่เหมาะสมต่อการตาย รู้เท่าทันตนเอง สามารถจัดการกับความรู้สึกทางลบอย่างเหมาะสม

บทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพในการจัดการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป้าหมายของการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต คือ ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญและจัดการเกี่ยวกับความตาย อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ญาติดูแลผู้ป่วยและจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ

การดูแลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย

ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมจิตวิญญาณ

การให้การปรึกษาเกี่ยวกับการตาย

สามารถเริ่มให้คำปรึกษาได้ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่บุคคลคิดถึงความตาย เริ่มตั้งแต่บุคคลรับรู้ว่าจะตายหรือ เริ่มเมื่อป่วยหนัก

นายแพทย์ Ned H. Cassem แห่งโรงพยาบาล Massachusetts ได้กล่าวถึงความกังวลที่พบบ่อยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

1. Helplessness or loss of control คือ กลัวไม่ได้รับความช่วยเหลือ กลัวที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้
2. Being bad กลัวความรู้สึกที่ไม่ดี กลัวจะดูไม่ดี ต่ำหนีดัวตัวเองหรือโทษตัวเอง
3. Physical injury or symbolic injury กลัวเรื่องการบาดเจ็บหรือความเจ็บปวด
4. Abandonment

การกลัวการถูกทอดทิ้ง ถูกโดดเดี่ยว

การกลัวต่อการตายโดยทั่วไปแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ กลัวต่อการตายโดยตรง กลัวการจากไป ไม่รู้ว่าจะไปอยู่ในสภาพใด ที่ไหน สูญเสียทุกสิ่งที่มีอยู่ ต้องจากคนที่รักไป ซึ่งถ้าเป็นผู้ป่วยมุสลิมที่เข้าใจในเรื่องชีวิตหลังความตายแล้ว เขาจะกลัวน้อยลงหรือไม่กลัวเลย ตรงกันข้ามอาจมีความสุขที่จะได้ไปพบกับพระผู้เป็นเจ้า ส่วนอีกลักษณะหนึ่ง คือ กลัวต่อกระบวนการก่อนที่จะไปสู่การตาย เช่น ความเจ็บปวด ความพิการ การสูญเสียอัตลักษณ์ เป็นต้น

จากการศึกษาของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม" (2547) พบว่า สิ่ง ที่คนใกล้ตายกลัวมากที่สุด คือ กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวการถูกโดดเดี่ยว เขาจึงต้องการใครสักคนที่อยู่ เคียงข้าง ยิ่งถ้าเป็นคนที่เขารัก คนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องจะดีมาก ดังนั้นผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้ พุดคุย และรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมา รวมทั้งประคับประคองให้กำลังใจ และเข้าใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงพฤติกรรมและ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ก็ให้เข้าใจว่าเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดจากภาวะความเครียดหรือภาวะวิกฤต (Stress or crisis) แต่ในบางรายอาจเป็นมาจนกระทั่งเป็นโรคทางจิตเวช ที่พบบ่อยและมีความสำคัญ คือโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยอาจคิดหรือฆ่าตัวตายได้ ในกรณีเช่นนี้ควรส่งพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อบำบัดรักษา

ตามแบบจำลองภาวะวิกฤต (Crisis model) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในภาวะ อันตราย เช่น เจ็บป่วยรุนแรง หรือเผชิญกับความตาย ผู้ป่วยจะปรับตัวด้วยพฤติกรรม การแก้ปัญหา (Coping) ซึ่งอาจแก้ปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ก็ตาม แต่ถ้ามีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นแล้ว ทำให้ผู้ป่วย หดห้วงไม่เห็นหนทางแก้ปัญหา อารมณ์และจิตใจ จะรู้สึกว่าเป็นภาวะวิกฤต (Emotional crisis) ซึ่ง ผู้ป่วยจะแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก และใช้กลไกป้องกันทางจิตใจ (Defense mechanism) เพื่อลดความขัดแย้งในจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยอาจใช้กลไกที่ไม่เหมาะสม (Immature defense) โดยแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ดูแลหรือญาติจึงอาจไม่รู้จักรำคาญหรือรู้สึก ไม่ดีต่อผู้ป่วยได้

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2546) การทบทวนกระบวนการทัศน์เรื่องความตายและมิติ แห่งสุขภาวะ โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อรวบรวมและทบทวนสถานการณ์การตายและการ จัดการความตายที่เกิดขึ้นในสังคมไทยทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยจัดทำเป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย และญาติ ประมาณ 10-15 กรณี โดยศึกษาแนวคิดและแนวทางในการจัดการความตายในต่างประเทศ จัดทำกรณีศึกษาประสบการณ์องค์กรของรัฐและเอกชนที่มีความริเริ่มที่น่าสนใจในการดูแลและช่วยเหลือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างน้อย 10-15 องค์กร รวบรวมและจัดระบบข้อมูลบุคคล องค์กร และฐานความรู้ที่ มีอยู่ในสังคมไทยให้อยู่ในรูปแบบที่ใช้ประโยชน์ได้ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการใน การปรับกระบวนการทัศน์เรื่องความตาย ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการกับความตาย ปัจจัยเกื้อหนุน และปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคดังนี้

ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีระบบวิธีคิดชุดเดียว มีทั้งส่วนที่เป็นวิธีคิดร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคมและ ส่วนที่คิดแตกต่างออกไป ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องความตายมิได้ตายตัวเสมอไป ขึ้นอยู่กับ สถานการณ์ปัญหาที่เผชิญด้วย

เมื่อเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยพบว่าวิธีคิดที่กำลังแพร่ขยายอยู่ในสังคมขณะนี้ก็คือ วิธีคิดที่ว่า “เมื่อ เจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล” ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวที่มาจากชนชั้นใดหรือมีเศรษฐฐานะอย่างไร ต่างก็ ได้รับอิทธิพลจากวิธีคิดเช่นเดียวกันนี้ทั้งสิ้น แต่โอกาสในการเข้าถึงการดูแลรักษาอาจแตกต่างกัน ดังนั้น

แนวโน้มของการตายที่โรงพยาบาลจะมีเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่าช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะมีมากขึ้นด้วย

ในกระบวนการรักษาพยาบาลพบว่ามีความช่องว่างทางสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย การรักษาและญาติ อันเนื่องมาจากวิถีคิดที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยการรักษาและญาติเกิดภาวะขาดแคลนข้อมูลความรู้ในการดูแลรักษาเพราะองค์ความรู้ที่ตนเองมีเป็นคนละชุดกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ รวมทั้งตัวแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเองด้วย

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนการตัดสินใจในระหว่างการรักษาพยาบาลถือเป็นประสบการณ์ร่วมที่ทำให้เกิดความพอใจระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ให้องค์ความรู้ของประชาชนหรือของผู้ป่วยได้เผยตัวออกมา ส่งผลให้ช่องว่างหดแคบเข้ามา และน่าจะเป็นแนวทางที่นำไปพัฒนาในระบบต่อไป

ความเชื่อทางศาสนาและพิธีกรรม ความเป็นครอบครัวหรือชุมชน สถานภาพทางเศรษฐกิจถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจในการจัดการกับความตายที่พึงปรารถนาและไม่ปรารถนา

การตายที่บ้านสามารถจะเป็นทั้งการตายที่ดีและการตายที่ไม่ดี ขึ้นอยู่องค์ประกอบของครอบครัว ชุมชน และเงื่อนไขทางสังคม และการตายที่โรงพยาบาลไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นการตายที่ไม่ดีเสมอไป หากบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจ สนใจ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถแสดงความคิดและศักยภาพของตนในการจัดการกับความตายที่เหมาะสมโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย/ญาติ

และการทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิถีคิด ทศนคติ และแนวทางในการจัดการกับความตายที่เกิดขึ้นตลอดจนประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ พบว่ามีแนวคิดหลักอยู่ 4 มิติ กล่าวคือ

1. มิติด้านชีวการแพทย์ (Bio-medical Model) ซึ่งให้ความสำคัญกับกลไกการทำงานทางกายภาพเป็นหลัก ความตายจึงเป็นสิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยงและแยกออกจากชีวิต
2. มิติด้านกาย-จิต-สังคม (Bio-psychosocial Model) ที่หันมาให้ความสำคัญกับมิติทางด้านจิตใจและครอบครัวมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวคิดที่พยายามจะลดช่องว่างของแนวคิดแบบชีวการแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล โดยมีมาตรการทางการแพทย์เข้ามาจัดการมากขึ้น เช่น การลดความทุกข์ทรมานของคนไข้ในระยะสุดท้าย มีการให้คำแนะนำปรึกษา การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ฯลฯ ซึ่งเป็นที่มาของ palliative care การมีสถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. มิติด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Model) มองว่าชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกัน ไม่มีอะไรที่เป็นตัวตนถาวร ความตายเป็นสิ่งที่ เป็นธรรมชาติมาก การมีสุขภาพดีจึงเป็นเพียงแค่บันไดขั้นหนึ่งของการพัฒนาให้มีชีวิตที่ดีงามกว่าที่เป็นอยู่ ความตายจึงไม่ใช่ที่ต้องหลีกเลี่ยงหรือจัดการ แต่เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องพิจารณา โดยนัยนี้ การตายไม่ได้เป็นสิ่งที่แยกขาดจากชีวิต จุดมุ่งหมายของการตายเป็นการปลดปล่อยตนเองจากความยึดมั่นถือมั่น

สรุปได้ว่า การเตรียมผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ครอบครัว และญาติ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องศึกษาความต้องการให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้สูงอายุในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีกิจกรรมต่าง ๆ มากมายในการเข้าสู่กระบวนการดังกล่าว และมีความละเอียดลึกซึ้ง มีคุณค่าต่อจิตใจและจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์ ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อนำเสนอผลการศึกษานำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ส่วนที่ 2 กระบวนการศึกษาวิจัยของแผนงาน

2.1 การสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัย หมายถึง เทคนิควิธีการวิจัยตามระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่นำผลการวิจัยจากหลายๆ งานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นปัญหาวิจัยเดียวกันมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ หรือวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและนำเสนอข้อสรุปอย่างมีระบบ ทำให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่ต้องการซึ่งมีลักษณะที่กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยการสังเคราะห์งานวิจัยมีข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญ คือ งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์แต่ละเรื่องให้ข้อค้นพบแต่ละมุมของปรากฏการณ์ที่นักวิจัยต้องการศึกษา และเมื่อนำผลการวิจัยมาสังเคราะห์รวมกัน ผลการสังเคราะห์ที่ได้รับจะมีความกว้างขวางและลุ่มลึกมากกว่าที่จะได้รับจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

การวิเคราะห์อภิมาน (Meta Analysis)

การวิเคราะห์อภิมาน หมายถึง การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่งที่นักวิจัยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปที่มีความกว้างขวางลุ่มลึกกว่าผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์อภิมาน คือ ดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพลและดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย หน่วยการวิเคราะห์คืองานวิจัยหรือการทดสอบสมมุติฐาน จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์แยกได้เป็น 2 ประการ ประการแรก คือ การสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐาน ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีมาตรฐาน

การวิเคราะห์อภิมานจะเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยประเภทหนึ่ง แต่การวิเคราะห์อภิมานมีลักษณะบางอย่างแตกต่างจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ใช้กันอยู่ทั่วไปวิธีการที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัยโดยทั่วไปเป็นวิธีที่ใช้กันมาแต่ดั้งเดิมจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเรียกว่าวิธี ปรีทัศน์แบบพรรณนา (narrative review) ดังนี้

1. การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีการกำหนดนิยามตัวแปรสำหรับการสังเคราะห์งานวิจัย และกำหนดนิยามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ ในขณะที่การปริทัศน์งานวิจัยไม่เน้นการนิยามตัวแปรและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่สำคัญ คือ แบบบันทึกข้อมูล และแบบลงรหัสข้อมูล ซึ่งต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ และในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยทีมงาน ต้องมีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลแต่ละคนด้วย ส่วนการสังเคราะห์งานวิจัยที่ใช้การปริทัศน์แบบพรรณนา ไม่จำเป็นต้องมีเครื่องมือสำหรับการรวบรวมข้อมูลที่ต้องมีแบบแผนเหมือนการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

3. ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณทุกเรื่องมีตัวแปรตามเป็นดัชนีมาตรฐานเสมอ ลักษณะดังกล่าวนี้ทำให้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ แตกต่างจากการปริทัศน์แบบพรรณนา ซึ่งไม่ต้องกำหนดตัวแปรตามแต่อย่างใด

4. แบบแผนการวิจัย หรือ แบบการวิจัย (research design) ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้น เทียบเคียงได้กับแบบการวิจัยเชิงสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการอธิบายความแตกต่างของปรากฏการณ์ ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณนักวิจัยต้องสำรวจรายงานการวิจัยแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่จะใช้เป็นตัวแปรต้น หรือตัวแปรปรับในการอธิบายความแตกต่างของดัชนีมาตรฐาน ส่วนการปริทัศน์แบบพรรณนา นั้นแบบการวิจัยจัดว่าเป็นการวิจัยเอกสารและการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่ง

5. ในการวิเคราะห์ข้อมูล ตัวแปรตามในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ ผลการวิจัยซึ่งเป็นการสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ที่วัดในรูปดัชนีมาตรฐานส่วนตัวแปรต้นในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ ตัวแปรคุณลักษณะการวิจัย หัวใจสำคัญของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จึงอยู่ที่การวิเคราะห์เปรียบเทียบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่นักวิจัยสนใจศึกษาในงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีค่าเป็นเท่าไรในเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ลักษณะความสัมพันธ์มีเงื่อนไขที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ทำให้ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ให้ผลการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมากกว่าผลการวิจัยเดิม

ความซับซ้อนในการวิเคราะห์ ห่อภิมาณ ตลอดจนผลการวิเคราะห์ที่ได้ลักษณะความสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไข นับว่าเป็นเอกลักษณ์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่จัดว่าเป็นนวัตกรรมที่สำคัญที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในวงการการสังเคราะห์งานวิจัย และทำให้การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีลักษณะที่แตกต่างจากงานวิจัยโดยทั่วไป สำหรับการปริทัศน์งานวิจัย แม้ว่าจะได้ผลการปริทัศน์ที่ลุ่มลึก แต่ผลการวิจัยที่ได้ไม่มีการระบุขนาดของความสัมพันธ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเหมือนเช่นในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ประเด็นที่ต้องพิจารณาจากความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างแจ่มชัดในเรื่องวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีอยู่ 3 ประเด็น คือ

1. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน หรือใกล้เคียงกันหรือไม่ ถ้ามีค่าใกล้เคียงกัน จะสามารถสังเคราะห์สรุปรวมผลการวิจัยได้อย่างไร ประเด็นการวิเคราะห์นี้ เรียกว่า การบรรยาย (description) ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญ เพราะถ้าไม่สามารถทำความเข้าใจประเด็นนี้ได้ จะต้องจะมีปัญหาในการคัดเลือกงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ตามความหมายของประเด็นนี้ งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องมีปัญหาวิจัยตรงกัน แต่งานวิจัยอาจจะใช้แบบแผนการวิจัยต่างกัน เครื่องมือวัดต่างกัน กลุ่มตัวอย่างต่างกัน

2. ค่าดัชนีมาตรฐานที่เป็นผลการวิจัยจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทุกเรื่องนั้นมีความแตกต่างกันมีปริมาณความแปรปรวนมากน้อยเท่าไร และเป็นความแปรปรวนที่ชนิดมีระบบหรือความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อน (systematic or error variance) ประเด็นการวิเคราะห์ในตอนนี้เรียกว่า การวิเคราะห์แยกส่วน (decomposition) การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณในที่นี้ประกอบด้วย ผลการวิจัยแต่ละเรื่อง และคุณลักษณะงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องศึกษาตัวแปรต่างกันหรือแม้ว่าจะศึกษาตัวแปรเหมือนกันแต่ก็อาจใช้เครื่องมือวัดต่างกัน ดังนั้นผลการวิจัยจากงานวิจัยแต่ละเรื่องจึงไม่อยู่ในสเกลเดียวกัน จำเป็นต้องทำให้อยู่ในรูปดัชนีมาตรฐาน (standard indices)

3. การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบว่ามีปัจจัยในอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้บ้าง ผลจากการวิเคราะห์ในตอนนี้ที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในเงื่อนไขต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ประเด็นการวิเคราะห์ในตอนนี้ เรียกว่า การอธิบาย (explanation)

หลักการวิจัยที่นำมาใช้กับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

แบ่งหลักการแยกออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ เพื่ออธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐาน ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณจึงไม่แตกต่างกับจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงทดลอง และการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์

2. ตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตาม ตัวแปรต้น ได้แก่คุณลักษณะงานวิจัยที่นักวิจัยสนใจไม่ได้นำมาศึกษาก็จะเป็นตัวแปรปรับในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ส่วนตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่นักวิจัยไม่ได้นำมาศึกษา ก็จะเป็นตัวแปรแทรกซ้อนสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ลักษณะประเภทของตัวแปรในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จึงมีลักษณะเหมือนงานวิจัยโดยทั่วไป

3. การวางแผนการวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณยังคงใช้หลักเกณฑ์ แม็กซ์ – มิน – คอน ได้เช่นเดียวกับงานวิจัยทั่วไป แต่เนื่องจากตัวแปรต้นในการวิเคราะห์ห่อภิมาณไม่สามารถนำมาจัดกระทำได้ การวิเคราะห์ห่อภิมาณจึงไม่สามารถวางแผนการวิจัยเชิงทดลองได้ คงศึกษาได้ตามแบบการวิจัย เชิง

สหสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว ดังนั้นการควบคุมความแปรปรวนส่วนใหญ่จึงต้องใช้หลักการนำตัวแปรแทรกซ้อนเข้ามาศึกษาแล้วควบคุมโดยใช้วิธีการทางสถิติ ด้วยเหตุนี้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ นักวิจัยส่วนใหญ่จึงใช้เวลาในการบันทึก ลงรหัส ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเพื่อรวบรวมตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยมาใช้เป็นตัวแปรในการวิจัยให้มากที่สุด

วิธีดำเนินการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณดำเนินการมาตั้งแต่ปี 1975 เป็นต้นมา มีขั้นตอนในการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหา และวัตถุประสงค์การวิจัย

ขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณมุ่งหมายจะตอบคำถามวิจัยประเด็นใด การดำเนินงานในขั้นตอนนี้เป็นแบบเดียวกันกับขั้นตอนการกำหนดปัญหาวิจัยในการวิจัยทั่ว ๆ ไป ซึ่งต้องรวมการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดปัญหาวิจัย และแนวทางการเลือกงานวิจัยในขั้นต่อไป

ในการวิจัยเชิงปริมาณที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการอธิบายปรากฏการณ์ มีการกำหนดปัญหาวิจัยที่เป็นปัญหาหลัก 3 ปัญหา คือ

- ค่าแนวโน้มสู่ส่วนกลางของตัวแปรตามมีค่าเท่าไร
- ความแปรปรวนมากน้อยเพียงไร และ
- มีปัจจัยใดอธิบายความแปรปรวนได้ และอธิบายได้มากน้อยเพียงใด

การกำหนดปัญหาวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย มีปัญหาหลัก 3 ข้อ เช่นเดียวกัน ปัญหาวิจัยข้อแรกคือ

1. ปัญหาเกี่ยวกับค่าแนวโน้มสู่ส่วนกลางของดัชนีมาตรฐาน
2. ปัญหาเกี่ยวกับความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน
3. นักสังเคราะห์งานวิจัยมุ่งตอบคำถามว่าผลการวิจัยที่สังเคราะห์นั้นเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับ

คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์อย่างไร

การกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีวิธีการเป็นแบบเดียวกันกับการกำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบาย วัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ยังมีข้อขัดแย้ง หรือมีจำนวนมากให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่เป็นข้อสรุป เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ทางวิชาการที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ และเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติจริงได้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ขั้นตอนนี้เป็นการนำผลจากการศึกษาวรรณคดีมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขต และลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ รวมทั้งการกำหนดวิธีการสืบค้นงานวิจัย การกำหนดจำนวนงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ การศึกษางานวิจัยและการประเมินคุณภาพงานวิจัยเพื่อคัดเลือกงานวิจัยเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการศึกษา และเป็นงานวิจัยที่มีมาตรฐานตามที่นักวิจัยต้องการ สำหรับการประเมินการคัดเลือกงานวิจัยนี้ Slavin (1986) เสนอให้เลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงและเป็นหลักฐานที่ดีที่สุด เท่าที่มีในการสังเคราะห์งานวิจัย ในขณะที่ Glass (1976) Glass, McGaw และ Smith (1981) เห็นว่างานวิจัยแม้ว่าจะมีส่วนบกพร่อง มีคุณภาพต่ำ แต่ก็ให้ผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์ในการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ขั้นตอนที่ 3 การรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานขั้นตอนนี้แยกได้เป็น 4 งาน คือ

1. การเสาะค้นงานวิจัย
2. การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะสังเคราะห์
3. การสร้างเครื่องมือวิจัย
4. การบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและแปลผล

2.2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

(Participatory Action Research: PAR)

แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า PAR เป็นการวิจัยในหน่วยงานของผู้วิจัยเอง ในชุมชน หรือท้องถิ่นส่วนใหญ่ เรียกว่า การวิจัยเพื่อท้องถิ่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ เริ่มเกิดขึ้นเมื่อประมาณกลางปี ค.ศ. 1970 จึงมีแนวคิดใกล้เคียงกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1940 และมีส่วนคล้ายกับการพัฒนาชุมชน ที่มีมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1920 (พันธทิพย์ รามสูตร, 2540)

นางลักษณ์ วิรัชชัย และศิษยา แคมมณี (2546) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม นั้นการศึกษาริบทเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น นักวิจัยจะต้องรู้จัก คำว่า Identify need & problem ต้องรู้จัก คำว่า การศึกษาริบททั่วไป และบริบทวิจัย ในกรณีบริบททั่วไป หมายถึง การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อ

ค้นหาโจทย์หรือความจำเป็น (Need) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในแนวราบของผู้เกี่ยวข้องคือคนในระบบที่เราจะต้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนไม่ใช่บางตอนเพราะฉะนั้น การพัฒนาโจทย์วิจัย เขาต้องมีส่วนร่วมหากมีการ implement อะไร เขาจะต้องมีส่วน contribute ด้วย ถ้าไม่มีเงินก็สามารถร่วมแรงได้ไม่ใช่แบบมีออ PAR จึงเป็นเรื่องที่ว่าด้วย การมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน นักวิจัยได้อะไร คำตอบ คือ ได้องค์ความรู้ ผู้คนทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ใน System ได้อะไร คำตอบคือ ได้ความรู้ในเรื่องของเขาและได้มีการ Transformation ซึ่งก็คือ การเปลี่ยนผ่านในที่นี้ไม่ใช่การเปลี่ยนแล้วผ่าน แต่หมายถึงเปลี่ยนแล้วไปกลับไม่กลับมาแบบเดิม ซึ่งนั่นก็คือ การพัฒนาที่ยั่งยืน เช่น ขึ้นบันไดจากขั้นที่ 1 แล้วไปขั้นที่ 3 ห้ามกลับมาขั้นเดิม

ทุกคนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เมื่อ plan, Act, Observe, Reflect แล้ว ยังไม่บรรลุผลก็กลับไป Plan ใหม่ Act ใหม่ Observe ใหม่ และ Reflect ใหม่ ก็จะเป็น Spiral cycle (วงจรแบบเกลียวสว่านไปเรื่อย ๆ) ดังนั้น การวิจัยแบบ PAR ต้องมีการประเมิน evaluation ด้วยว่า ก่อนเป็นอย่างไร need เดิมเป็นอย่างไร ทำอย่างไร ทำแล้วระหว่างทางเกิดอะไร สุดท้ายแล้วได้อะไร จึงเห็นว่า PAR เป็นสหวิทยาการมากกว่าจะเป็น Participatory ธรรมดา โจทย์จริง ๆ ต้อง Emerge ของปัญหาจริง ๆ ไม่ใช่การชี้นำ (วารสารบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2548)

ขนิษฐา กาญจนรังสี (2544) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ การวิจัยเริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะหนึ่ง เคลื่อนที่ไปยังสถานการณ์ที่ควรจะเป็นอนาคตซึ่งไม่อาจทำนายได้ โดยการเคลื่อนที่ดังกล่าวเกิดขึ้นได้ทั้งจากการแปลงเองในสถานการณ์นั้นถูกกระทบจากเหตุการณ์แวดล้อมนอกกระบวนการวิจัย และเกิดจากกระบวนการวิจัย รวมทั้งผู้ร่วมในการวิจัยเอง การเกิดขึ้นของการเปลี่ยนแปลงจะต้องถูกเก็บมาเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ และตัดสินใจในการเคลื่อนไหวของกิจกรรมต่อ ๆ มา ในกระบวนการวิจัยเสนอ ดังนั้นกระบวนการวิจัยจึงต้องมีลักษณะยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ กำหนดเวลาอาจคลาดเคลื่อนไม่มีความแน่นอน สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และกิจกรรมแก้ไขปัญหาไม่สามารถกำหนดไว้ล่วงหน้าได้

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะประสบความสำเร็จได้เมื่อนักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพและความสามารถในการคิดและการทำงานร่วมกันเพื่อชุมชนที่ดีขึ้นผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของนักวิจัย นักวิชาการ หรือนักพัฒนา และทุกสิ่งทุกอย่างในชุมชน ทั้งเรื่องความรู้ความชำนาญ ทรัพยากรที่มีอยู่และจะหาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องเริ่มจากความรู้สึกรู้สึกของคนที่มีความรู้หรือความต้องการของชุมชน แล้วเคลื่อนสู่การสร้างใจ และเป็นการกระทำพร้อมกันที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองและชุมชน ทั้งในมิติของปัญญา จิตใจ และกายภาพ

4. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดในวงจรแต่เป็นการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ซึ่งเป็นวงจรของการแสวงหาความรู้และการกระทำ โดยวงจรนี้จะดำรงอยู่และดำเนินต่อไปได้ตราบเท่าที่คนในชุมชนยังสามารถมีส่วนร่วมกันวิจัยอยู่ได้

สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร (2547, หน้า 37 - 39) ได้กล่าวถึงแนวคิด PAR ได้ถูกพัฒนาจากปัญหาของการพัฒนา หรือการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสังคมที่ได้ดำเนินการมายาวนาน แต่ดูเหมือนว่าปัญหาต่าง ๆ ในสังคมยิ่งซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้นในขณะเดียวกันปัญหาทางองค์ความรู้ที่เคยเชื่อว่าจะเกิดมาจากการวิจัยที่ผูกขาดโดยนักวิจัยที่มีทฤษฎีมีระเบียบวิธีวิจัยที่เชื่อถือได้ทางวิทยาศาสตร์ องค์ความรู้บางส่วนได้ถูกนำไปช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้น แต่หลายส่วนที่องค์ความรู้กับปรากฏการณ์จริงที่หลากหลายโดยเฉพาะทางด้านสังคมศาสตร์กลับมีช่องว่างมากขึ้นยิ่งไปกว่านั้นคือความรู้ในด้านเทคโนโลยี ส่วนมากจะเป็นเรื่องเฉพาะด้านก็จะแก้ปัญหาได้เฉพาะจุด และบางครั้งตัวเทคโนโลยีนั้น ก็สร้างปัญหาใหม่ขึ้นมากอีก วนเวียนแบบนี้ตลอดไป ส่วนความรู้ด้านสังคมศาสตร์มีลักษณะถ้าไม่แคบเกินไป ก็กว้างเป็นนามธรรมสูงจนเกินไปจึงไม่ได้ช่วยให้ การแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีผล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติการ ดูเหมือนว่ากว้างขึ้น

จากแนวคิดพื้นฐานที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปแนวคิดได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แนวทางการดำเนินการมาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มุ่งหวังแก้ปัญหาในสังคมนั้น ๆ โดยผู้แก้ปัญหาก็คือคนในสังคมนั้นเองที่ร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการกระทำแต่ละขั้นตอนต้องมุ่งประโยชน์ต่อสังคม และทุกขั้นตอนสังคมนั้นต้องมีส่วนร่วม โดยมุ่งการพัฒนาที่ยั่งยืน ต้องมีการศึกษาบริบทของสังคมอย่างแท้จริงเพื่อให้ทราบถึงปัญหา สู่การร่วมมือกันพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาสังคมและชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชน เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่ต้องใช้การทำงานในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่จัดทำเป็นกลุ่มเป็นหมู่คณะและการวิจัยโดยปฏิบัติงานเอง จนภายหลังมีการเรียกวิจัยเช่นนี้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (กมล สุดประเสริฐ, 2540, หน้า 6)

สฤงศ์ จันทวานิช (2543, หน้า 67 - 68) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัยนับตั้งแต่การระบุปัญหาการดำเนินการติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล

ชนิษฐา กาญจนรังสี (2544) สรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการรวมทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเข้าด้วยกัน กล่าวคือ เป็นการพยายามศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา วางแผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา (Planning) ปฏิบัติตามแผน (Doing) และติดตามประเมินผล (Checking) โดยทุกขั้นตอนมีสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมด้วย

สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232) ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเทคนิคการศึกษา และ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนที่เน้นคนในชุมชนสามารถรวมตัวกันในรูปแบบขององค์กรประชาชนที่มีประสิทธิภาพโดยเพิ่มศักยภาพของชุมชนด้วยระบบข้อมูลให้ประชาชนเห็นความสำคัญของข้อมูล เพราะข้อมูลจะช่วยให้คนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และดำเนินการพัฒนาชุมชนต่อไป

สุริยา วีรวงศ์ (2546) กล่าวถึงความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นวิธีวิทยาให้สังคมช่วยกันคิด โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งขยับจากการวิจัยแบบปกติ การทำวิจัยประเภทนี้ จะต้องมีความสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งจะเห็นภาพของวิธีการที่เคลื่อนตัวมาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กรานด์ และ คิมมิส (Grundy and Kemmis) อ้างถึงใน บุญเรือง ขจรศิลป์, 2546) ชี้ว่า ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนที่ร่วมวิจัยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ วางแผน (Plan) การกระทำตามแผน (Doing) และประเมินผล (Checking) ทุกกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีการประเมินตัวเอง (Action) พร้อมกับการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน เมื่อเวลาที่ดำเนินการงานอาจขยายแฉวงของผู้ร่วมวิจัยในโครงการไปอีก แต่ก็ต้องมีกระบวนการที่พยายามรักษาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันระหว่างทีมงานทุกคนไว้ได้ ส่วนใหญ่การวิจัยประเภทนี้จะเกิดขึ้นในสังคมประชาธิปไตย เพราะเป็นกระบวนการประชาธิปไตยอย่างหนึ่งในลักษณะของกระบวนการวิจัยอยู่บนฐานของปรัชญาและคุณค่าที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People centered) สร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน (Empowerment) ด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participation) ผ่านการวิจัยเพื่อเปลี่ยนสภาพ (Transformation) ของบุคคลและสังคม

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วน

เกี่ยวข้องมีความสำคัญ เท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำ โดยยึดหลักประชาธิปไตย

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม PAR

คุณลักษณะพื้นฐานของ PAR 6 ประการ (Kemmis และ Wilkinson อ้างถึงใน ผ่องพรรณ ดรัย มงคลกุล, 2543, หน้า 187) มีดังนี้

1. กระบวนการวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการทางสังคม (PAR is social process) เพราะมีความเชื่อว่ากระบวนการพัฒนาปัจเจกชนกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นไปอย่างมีสัมพันธ์กัน ไม่ว่าปัจเจกชนนั้น ๆ จะได้รับประโยชน์โดยส่วนตนมากหรือน้อย

2. การวิจัยแบบ PAR เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR is participatory) การวิจัยอาจเริ่มต้นหรือถูกจุดประกายโดยนักวิจัยภายนอกแต่กระบวนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคน ในกลุ่มเป็นเจ้าของวิจัยร่วมกัน ไม่ใช่เพียงในฐานะผู้ให้ข้อมูลกับนักวิจัยภายนอก หรือในฐานะเฉพาะผู้ได้รับผลประโยชน์ แต่ถือว่าทุกคนร่วมกันวิจัยเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง การมีส่วนร่วมในการจัดการใช้ความรู้ ความคิดของตนเพื่อการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเรียนรู้ที่จะสะท้อนความคิดวิพากษ์ตนเอง ในสิ่งที่ได้กระทำร่วมกัน ทั้งนี้ PAR ในอุดมคตินั้น สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การตกลงในที่จะทำการวิจัย การกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การตัดสินใจที่จะปฏิบัติการตามแผน และการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ

3. การวิจัย PAR เป็นการวิจัยที่เน้นการปฏิบัติ (PAR is Practical) โดยเฉพาะการปฏิบัติใด ๆ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม โดยมุ่งทำความเข้าใจวิธีการ และผลการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ ศึกษาวิธีการที่จะปฏิบัติให้ดีขึ้น และเรียนรู้จากกระบวนการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้น ความรู้ได้จากการวิจัยจะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ

4. การวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างอิสรภาพ (PAR is emancipator) กล่าวคือ ปลุกจิตสำนึกเพื่อให้คนได้คลี่คลาย และเอาชนะปัญหาอุปสรรคอันเนื่องจากการถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคมที่มีโครงสร้างไม่เป็นธรรม ทำให้คนเรียนรู้ที่จะแบ่งปันและร่วมสร้างสังคมที่เป็นธรรมและสงบสุขมากขึ้น

5. การวิจัยแบบ PAR เน้นกระบวนการเชิงวิพากษ์ (PAR is critical) สะท้อนตนเอง (Self-reflection) ในขั้นตอนของการวิจัยทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติ

6. การวิจัยแบบ PAR เป็นเกลียวของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAR is recursive) จะสะท้อนถึงวงจรของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะช่วยให้เรียนรู้ต่อไปอีก จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน (Learning by doing with others)

วิโรจน์ สารรัตน์ (2548) ยังได้กล่าวถึงหลักการ 10 ประการ เพื่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังนี้ คือ

1. บริบทเฉพาะ
2. มุ่งเปลี่ยนแปลง
3. มุ่งการกระทำเพื่อบรรลุผล
4. มุ่งเกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ
5. ทักษะที่หลากหลาย
6. รับฟังความคิดเห็นจากผู้ร่วมวิจัย
7. ตระหนักในศักยภาพความเป็นผู้เชี่ยวชาญ และความเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้ร่วมวิจัย
8. วิเคราะห์ วิพากษ์ วิจารณตนเอง
9. มีการบันทึกของผู้ร่วมวิจัยทุกคน เช่น การเปลี่ยนในกิจกรรม และการปฏิบัติความสัมพันธ์ทางสังคม และรูปแบบองค์การ การเรียนรู้ในตนเองที่เกิดขึ้น
10. นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ดังนั้น สามารถสรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ว่า เป็นการวิจัยที่มีลักษณะที่มุ่งการเป็นประชาธิปไตยให้ความเท่าเทียมกับทุกคนเห็นความสำคัญ ทุกคนสามารถคิดได้อย่างเสรีภาพตามศักยภาพของแต่ละคนเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความสามารถของตนเอง ส่งเสริมการรักถิ่นฐานบ้านเกิดส่งเสริมการกล้าแสดงออกร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง ให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยที่มุ่งจะนำหลักของวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ เพื่อแก้ปัญหาในสภาพการณ์เฉพาะ ไม่ได้มุ่งเน้นเพื่อนำผลไปใช้กับสภาพการณ์อื่น ๆ โดยทั่วไปที่นอกเหนือไปจากสภาพการณ์ที่ศึกษา เป็นการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะผู้ร่วมวิจัยและนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริง ๆ นักวิจัยเพื่อพัฒนาหรือนักวิจัยภายนอก และแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ ช่วยตรวจสอบปัญหาการมองซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการวิจัยต่อเนื่อง ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลาในกระบวนการวิจัยแล้วจะนำประชาชนไปสู่การคิดเอง ทำเอง และแก้ปัญหาเองในที่สุด (สมอาจ วงษ์ชมทอง, 2536, หน้า 24)

นอกจากวงจรของการวิจัย หรือ เกลียวงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแล้ว การวิจัยแบบ PAR ไม่มีกรอบที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องวิธีการใช้แนวทางของการวิจัยเชิงวิพากษ์ คือ ใช้แนวทางผสมผสาน (Eclectic) ทั้งนี้ เน้นเทคนิควิธีที่เป็นหัวใจ คือการสะท้อนตนเอง และวิภาษวิธีเลือกใช้เทคนิคของการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติร่วมกันทั้งนี้ต้องยอมรับความเสี่ยง หรือความผิดพลาดร่วมกันทั้งกลุ่มนักวิจัยภายนอก และสมาชิกของชุมชน หากมีข้อขัดแย้งใด ๆ ในทุกขั้นตอนของการศึกษาและการปฏิบัติก็ควรมีการเปิดใจพูดคุยคลี่คลายกันอย่างตรงไปตรงมา

อย่างไรก็ดี งานวิจัยในแนวทาง PAR มีคุณลักษณะเฉพาะบางประการที่เป็นจุดเด่นดังนี้

1. คำถามวิจัย (Research questions)

ใน PAR จะไม่มีคำถามวิจัยที่ชัดเจนกำหนดไว้ก่อนโดยนักวิจัยภายนอก แต่คำถามวิจัยจะมีจุดกำเนิดจากปัญหาในกลุ่ม หรือชุมชน ดังนั้น กลุ่มจะร่วมกันกำหนดคำถามวิจัย ที่จะนำไปสู่การศึกษาและการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและคำถามวิจัยนี้อาจปรับเปลี่ยนได้อีกในระหว่างดำเนินการวิจัย

2. การเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า (Triangulation)

เทคนิคสามเส้ามีจุดกำเนิดการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เพื่อเสริมความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของวิจัย การใช้เทคนิคสามเส้า มีหลายระดับ สำหรับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ใช้ดังนี้

2.1 ใช้กลุ่มนักวิจัยสหวิทยาการ (Multidisciplinary term) สมาชิกในกลุ่มวิจัยควรประกอบด้วยผู้ที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญจากต่างสาขา เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาและแนวทางการศึกษาได้ครอบคลุมทุกแง่มุม และลึกซึ้งเป็นการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2.2 มีความหลากหลายของแหล่งข้อมูล (Diversity of sources of Information) ใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลายทั้งจากคน เหตุการณ์ และสถานที่ โดยเน้นข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลต่าง ๆ จะตรวจสอบ และยืนยันซึ่งกันและกัน เพื่อประกันความเชื่อถือได้

2.3 มีความหลากหลายของเทคนิคการเก็บข้อมูล (Diversity of Information and techniques) ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธีผสมผสานกัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีการนำเสนอ

ในการวิจัยแบบ PAR การวิเคราะห์ข้อมูลความยืดหยุ่นให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ร่วมกันในพื้นที่ และในทันทีวิธีการวิเคราะห์ไม่จำกัดเทคนิคการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ที่ใช้ค่าสถิติบางอย่างเป็นบรรทัดฐานเลือกใช้เทคนิคที่ไม่ซับซ้อนและคนในชุมชนสามารถเข้าใจและมีส่วนร่วมได้ ตัวอย่างเช่น การจัดลำดับความสำคัญ (Ranking) การใช้แผนผังชนิดต่าง ๆ ด้วยสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย การเขียนลำดับเหตุการณ์ (Time line/historical profile) เป็นต้น ผลการวิเคราะห์ควรนำเสนอร่วมกัน ในทันทีในแต่ละคราว การนำเสนอผลการวิจัยไม่จำกัดเพียงรายงานแบบเป็นทางการอาจนำเสนอใน

ลักษณะการเสวนา ที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ-วิพากษ์ สุดท้ายผลการวิจัยและความรู้ที่ได้จากการวิจัยและการปฏิบัติเป็นของทุกคน และได้รับการยอมรับร่วมกัน

4. บทบาทของนักวิจัยภายนอก

ในงานวิจัยแบบ PAR จะมีผู้เกี่ยวข้องอยู่สองกลุ่มที่ทำงานร่วมกัน คือ กลุ่มคนใน ซึ่งได้แก่กลุ่มคนที่อยู่ในชุมชนที่เผชิญสถานการณ์และปัญหานั้น ๆ โดยตรง และกลุ่มคนนอก หรือที่เรียกว่านักวิจัยภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทที่ซับซ้อนมากกว่านักวิจัยโดยทั่วไป เพราะไม่ใช่เพียงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่กำหนดไว้แล้วจากไป แต่จะมีสถานภาพเป็นทั้งผู้มีส่วนร่วม (Participant) และผู้ประสานงาน (Facilitator) ในกิจกรรมทั้งปวง บางครั้งจึงเรียกว่าเป็น “Catalytic Agent” คือผู้กระตุ้น หรือ “ตัวเร่ง” ให้กิจกรรมดำเนินไปได้ดี นักวิจัยภายนอกจึงต้องมีคุณลักษณะเฉพาะตัว มีประสบการณ์การทำงานภาคสนาม มีทักษะทางมนุษยสัมพันธ์ และมีทัศนคติเชิงสร้างสรรค์ในการทำงานท่ามกลางความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น กิจกรรมต่าง ๆ ที่นักวิจัยต้องรับผิดชอบจึงมีหลากหลาย ผสมผสานทั้งงานของนักวิจัยและงานนักพัฒนา

5. ประเด็นในเรื่องความเที่ยงตรงของงานวิจัย

ความเที่ยงตรง (Validity) เป็นเกณฑ์สำคัญในการพิจารณาคุณภาพของงานวิจัย โดยเฉพาะในงานวิจัยเชิงปริมาณ สำหรับการวิจัยแบบ PAR ประเด็นปัญหาในเรื่องความเที่ยงตรงเกี่ยวข้องกับคำถามว่า ความรู้ที่ได้จากกระบวนการที่กลุ่มได้ศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องราวและการปฏิบัติของตนเองนั้นจะเป็นความรู้ที่สะท้อนความเป็นจริงที่น่าเชื่อถือได้เพียงใด ที่จริงคำถามมีที่มาจากทัศนะของนักวิจัยเชิงปริมาณแต่ในกลุ่มของนักวิจัยที่ใช้ PAR มักไม่สนใจประเด็นนี้นัก เพราะเชื่อมั่นในกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มชนว่าจะให้ได้ความรู้ที่ตรงตามจริง

การควบคุมความเที่ยงตรงของงานวิจัยแบบ PAR (Smith อ้างถึงใน ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล, 2543, หน้า 191)

1. ใช้เทคนิคสามเส้าเพื่อตรวจสอบและเสริมความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังได้กล่าวไว้แล้ว
2. เสริมกระบวนการที่เข้มแข็งของการสะท้อนความคิด-วิพากษ์ตนเองในการปฏิบัติ (Praxie) ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการของการสร้างสมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์ และตีความเรื่องราวของตนเอง
3. เสริมความเที่ยงตรงเฉพาะหน้า (Face Validity) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ย้อนกลับให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์ และตีความเรื่องราวของตนเอง

นอกจากนี้ยังเน้นที่กระบวนการในการกระตุ้น และปลุกพลังกลุ่มเพื่อเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงว่า จะเป็นการเสริมความเที่ยงตรงชนิดที่มีชื่อเฉพาะว่า “Catalytic Validity”

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการสังเคราะห์งานวิจัยของผู้สูงอายุ

พิริยา สุทธิเลิศ (2552) ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นจากหนังสือด้วยตนเอง จำนวน 19 เรื่อง พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มี 7 รูปแบบคือ 1) การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ใช้เวลา 20 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ช่วยลดความว้าวุ่น ลดภาวะซึมเศร้า และ ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ 2) กิจกรรมนันทนาการใช้เวลาสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง นาน 4 เดือนช่วยลด ภาวะซึมเศร้า 3) การระลึกความหลังใช้เวลา 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ช่วยลดภาวะ ซึมเศร้า 4) การใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการดูแลสุขภาพ ใช้เวลา 1 ชั่วโมงสัปดาห์ละ 1-3 ครั้งทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ 5) การฝึกทำสมาธิใช้เวลาครั้งละ 30 นาที ช่วยให้ จิตใจสงบ 6) การส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคลโดยใช้กรอบแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของ Pender ช่วยให้เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และ 7) งานวิจัยที่พัฒนากระบวนการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการสร้างเครือข่ายทางสังคมและการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยที่ทั้ง 7 รูปแบบเหมาะสมทุกช่วงวัยของผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพและการรับรู้ดี

Piyanee Klainin and Laiwai Ounnapirok (2010) ทำการวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไทย ซึ่งทำการศึกษาจากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลตนเองของผู้สูงอายุไทย จำนวน 20 เรื่อง ตั้งแต่ปี 1990 ถึง 2008 จาก งานวิจัยผู้สูงอายุทั้งหมด 328 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และส่วนใหญ่ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีการศึกษาวิจัยในระดับปานกลางเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายใน ครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การควบคุมปัจจัยภายในและภายนอก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลและสารสนเทศผู้สูงอายุ

พัชรวารณ ศรีศิลปะนันท์และคณะ (2551) ทำการศึกษาสถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพและ การพัฒนา ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือของเครือข่ายนักวิชาการ และผู้ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ หรือทำงานในองค์กรด้านผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับนักวิชาการ สาธารณสุข และผู้ดูแลระบบสารสนเทศจากจังหวัดลำพูน แบ่งเป็นสองส่วนโดยส่วนแรก เป็นการศึกษา สถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่สองเป็นการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน

คณะผู้ศึกษาได้กำหนดประเด็นหลักในการศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัย โลกเป็นฐานในการศึกษา ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สวัสดิการ เศรษฐกิจและสังคม และสิ่งแวดล้อม กระบวนการศึกษา เริ่มจากการทบทวนตัวระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ทบทวนองค์ความรู้ ข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร จากงานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การเก็บข้อมูลเชิงลึกจากหน่วยงาน และผู้ที่รับผิดชอบในเครือข่าย การเก็บข้อมูลมีการประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอแม่ทา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน และเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดเชียงใหม่ร่วมด้วย รวมทั้งหน่วยงานในระดับพื้นที่ในอำเภอแม่ทา และองค์กรที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมเครือข่ายเพื่อสร้างความเข้าใจ และนำเสนอข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านระบบข้อมูล สุขภาพ การศึกษา เฉพาะอำเภอแม่ทาเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีบุคลากรทางสาธารณสุขที่ เข้มแข็ง อยู่ใกล้นิคมอุตสาหกรรม เป็นพื้นที่ที่มีปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อผู้สูงอายุหลากหลาย การวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ประเด็นหลักในการวิเคราะห์ได้แก่ การมีระบบข้อมูลสุขภาพ ชนิดของข้อมูล ผู้เก็บข้อมูล ความสมบูรณ์ของข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล ปัญหาอุปสรรคในการใช้ข้อมูล พบว่ามีการจัดเก็บข้อมูลหลายระบบ ในหลายหน่วยงาน หน่วยงานระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัด ไม่ได้มีฐานข้อมูลที่หน่วยงานตนเองที่สามารถสืบค้น หรือนำมาวางแผนหรือประเมินผลงานได้ ผู้เก็บข้อมูลระดับเล็กสุดเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขชุมชนมีการเก็บข้อมูลให้หลายหน่วยงาน ปัญหาของระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันในระดับผู้ปฏิบัติพบว่าเกิด จากภาระงานของเจ้าหน้าที่จัดเก็บที่มาก ความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลจากหน่วยจัดเก็บ การขาดเทคโนโลยีในการจัดเก็บข้อมูลจำนวนมาก ยังไม่มีการนำข้อมูลที่จัดเก็บไปใช้ตามความต้องการของเจ้าของข้อมูล บัญชีรายงาน ในระบบมีมากเกินไป การปรับเปลี่ยน นโยบายและ ตัวชี้วัด ตลอดจนความต้องการข้อมูลที่หลากหลาย ของกรม กอง สำหรับความต้องการในการพัฒนาระบบ พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความต้องการสร้างระบบสารสนเทศที่สามารถสนับสนุนงานประจำได้ พร้อมทั้งสามารถให้บริการข้อมูลแก่ผู้ไ้ภายนอกตามความจำเป็นและเหมาะสม ระบบข้อมูลที่ต้องการ รวดเร็ว ทันเวลา ได้มาตรฐานและตรวจสอบได้สามารถออนไลน์ได้ทั่วถึง มีศูนย์กลางในการกระจายข้อมูล เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของข้อมูล และทำให้ง่ายต่อการค้นหาข้อมูลต่างๆ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ การแปลผลข้อมูลหรือตัวชี้วัดในรูปแบบต่างๆ เช่น กราฟ แผนที่ ฯลฯ สามารถวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูล ให้ผู้นำข้อมูลไปใช้เข้าใจง่าย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

ธนัช กนกเทศ (2549) ศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง พบว่า 1) โมเดลมาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยองค์ประกอบที่มีน้ำหนักความสำคัญกับความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานด้านสุขภาวะทางกาย ด้านสุขภาวะทางจิต ด้านสุขภาวะทางสังคม ด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ด้านหลักประกันทางสังคม ด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ด้านการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ ด้านการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ด้านการพึ่งตนเองทางสังคมและวัฒนธรรม และด้านสำนักสาธารณะ รวม 10 มาตรฐาน ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญ ในการชี้วัดความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองในองค์ประกอบแต่ละด้านดังกล่าวมีจำนวน 8,5,4,4,5,6,4,4,7 และ 5 ตัวชี้วัดตามลำดับ รวมทั้งหมด 52 ตัวชี้วัด 2) ผลการประเมินความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองโดยใช้มาตรฐานและตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นพบว่าผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีระดับความมั่นคงด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ยกเว้น 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาวะทางกาย ด้านการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เท่านั้นที่มีระดับความมั่นคงทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง 3) ผลการศึกษารูปแบบและกระบวนการในการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่มีความมั่นคงทางสุขภาพ มีรูปแบบกิจกรรมหลักที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ 5 กิจกรรมที่สำคัญ คือ 3.1) การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง 3.2) การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง 3.3) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 3.4) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสำหรับผู้สูงอายุในระดับนโยบาย 3.5) การจัดการองค์ความรู้สำหรับประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่

วันเพ็ญ ปัญราช (2552) ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ประชาชนรับรู้ว่าการเป็นผู้สูงอายุคือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) เป็นผู้ที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นปู่ ย่า ตา ยาย โดยผู้สูงอายุสามารถจัดเป็นกลุ่มตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางเรื่องและต้องการที่พึ่งพาผู้อื่นบางเรื่อง 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแล สำหรับด้านปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัญหาภาวะสุขภาพกาย และการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ ปัญหาความยากจนไม่มีรายได้ และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และการได้รับการยอมรับจากสังคม กิจกรรมการดูแลที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งระบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการและระบบการดูแลที่เป็นทางการ โดยเฉพาะด้านรัฐสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พบว่ามี

ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 25 ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในส่วนของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความของผู้สูงอายุ โดยมีข้อเสนอรูปแบบการดูแลประกอบด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สอดคล้องกับบริการของสังคมและวัฒนธรรมในลักษณะการทำงานในแนวราบ และการทำบทบาทการเป็นหุ้นส่วนและอยู่บนฐานของทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน ซึ่งรูปแบบการดูแลประกอบด้วย การรวมกลุ่มกองทุนชุมชน การจัดให้มีสวัสดิการชุมชน ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและควรมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในหมู่บ้าน โดยที่มีครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักให้การดูแลผู้สูงอายุ

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม (2552) ศึกษาเรื่องระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ พบว่าสถานบริบาลผู้สูงอายุมีลักษณะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีบริการดังกล่าวในภาครัฐมีแต่ในภาคเอกชน การจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนมีหลายลักษณะทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนสถานบริบาลผู้สูงอายุที่ชัดเจน บริการส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูสภาพและลักษณะการบริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริบาลนั้น ๆ ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของผู้ให้บริการ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลและมาตรฐานสถานบริบาลผู้สูงอายุ ในภาครัฐพบว่ามีบริการดูแลระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราสำหรับผู้พิการอาศัยที่มีปัญหาสุขภาพ แต่เนื่องจากไม่มีการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรจึงอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ควรมีการจัดแบ่งประเภทการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลให้ชัดเจนแบ่งระดับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ จัดทำมาตรฐานการดูแลและมาตรฐานสถานบริการผู้สูงอายุ จัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในการรับรองมาตรฐานและส่งเสริมให้มีการรับรองมาตรฐานสถานบริบาล ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรเจ้าหน้าที่ทุกระดับก่อนเข้าปฏิบัติงาน และเปิดโอกาสให้มีการฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาวิจัยที่ควรทำต่อไปคือการสำรวจข้อมูลความเจ็บป่วยและข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่พิการอาศัย การพัฒนาระบบการรับรองมาตรฐานสถานบริบาลผู้สูงอายุ และศึกษารูปแบบในการให้บริการสถานบริบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552) ศึกษาเรื่องสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย พบว่า มีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง เกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.5) เป็นสถานบริบาลมากที่สุดจำนวน 60 แห่ง รองลงมาเป็นบ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 44 แห่ง (ร้อยละ 31.9) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลจำนวน 25

แห่ง (ร้อยละ 18.1) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 4.3) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 2.2) สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.3) กระจุกอยู่ในกรุงเทพฯ รองลงมาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 30.4) ขณะที่มีย่อยที่สุดในภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 3.6) การบริการในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในไทยส่วนใหญ่ ให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 61.4) รองลงมาเป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ร้อยละ 45.5) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับการดูแลระยะสุดท้าย ขณะที่การดูแลสุขภาพที่บ้านพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 15.9) ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความเห็นต่อประเด็นดังกล่าวว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสภาวะ โดยมีการบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพในสถานบริการ ตลอดจนกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและกำหนดองค์การกำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในไทย นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุยังไม่มีชัดเจน ทั้งด้านการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน และยังไม่มีความมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล หรือสถานพยาบาลที่จัดบริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังงานวิจัยของศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม(2552) ซึ่งทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า สถานบริบาลผู้สูงอายุที่มีลักษณะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีการให้บริการดังกล่าวในภาครัฐมีแต่ในภาคเอกชน การจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนมีหลายลักษณะทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนสถานบริบาลผู้สูงอายุที่ชัดเจน การบริการส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูสภาพและลักษณะการบริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริบาลนั้น ๆ ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของผู้ให้บริการ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ และในภาครัฐ พบว่ามีบริการดูแลระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา สำหรับผู้พักอาศัยที่มีปัญหาสุขภาพ แต่เนื่องจากไม่มีการแบ่งระดับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้

จารุ มิตราช (2553) ศึกษาเรื่องการจัดดำเนินงานตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และประธานชมรมผู้สูงอายุหรือตัวแทนผู้สูงอายุเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินงานตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ คือ ด้านรายได้โดยได้ดำเนินการจัดให้มีการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุตามกฎหมายกำหนด ด้านนันทนาการ โดยได้ดำเนินการจัดให้มีกิจกรรมนันทนาการในวันสำคัญ ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง โดยได้ดำเนินการรณรงค์ให้ตนในครอบครัว และชุมชนเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และไม่ได้ดำเนินการตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุคือ ด้านที่พักอาศัย โดย

ไม่ได้ดำเนินการจัดให้มีบริการบ้านพักคนชราที่ต้องเสียค่าบริการส่วนหนึ่ง ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล โดยไม่ได้ดำเนินการออกให้บริการออกบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อรักษาฟรีในโรงพยาบาลและไม่ได้มีบริการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล ด้านสร้างบริการทางสังคมและเครือข่ายการเกื้อหนุนโดยไม่ได้ดำเนินการจัดให้มีบริการแม่บ้านโดยการจัดส่งแม่บ้านไปช่วยเหลือ ผู้สูงอายุในการทำงานบ้านต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินงานตามมาตรฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ โดยจะต้องบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดำเนินงานให้ครบทุกด้านตามมาตรฐานต่อไป

อุดมลักษณ์ บุญเกษ (2553) ศึกษาเรื่องมาตรฐานการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเสือ อำเภอบุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานได้รับตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานและขั้นพัฒนา มี 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการรักษาสุขภาพ ด้านรายได้ และด้านนันทนาการ สามารถดำเนินงานได้ครบถ้วน ส่วนด้านที่ดำเนินงานยังไม่ครบถ้วนยังมีส่วนที่ต้องเร่งดำเนินงาน ได้แก่ ด้านที่พักอาศัย ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และด้านสร้างบริการ และเครือข่ายการเกื้อหนุน ที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเสือได้พยายามดำเนินงานอย่างเต็มกำลังแต่มีอุปสรรคหลายประการที่เป็นตัวขัดขวางการดำเนินงาน

ยงยุทธ ศรีสูงเนิน (2553) ศึกษาเรื่องการปฏิบัติตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอนนทบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล สามารถให้บริการได้มากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ได้กำหนดไว้ และในขณะเดียวกันก็ได้พัฒนาการให้บริการได้มากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนาด้วยเช่นกัน มาตรฐานด้านรายได้ จัดให้มีการบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ได้กำหนดไว้ ในขณะเดียวกันก็ยังได้มีการพัฒนาเพื่อยกระดับของการบริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนาอีกด้วย มาตรฐานด้านที่พักอาศัย จัดให้มีการจัดหาเพื่อให้บริการเครื่องนุ่มห่ม เครื่องอุปโภคบริโภคให้แก่ผู้สูงอายุตามความจำเป็นได้เพียงบางส่วนเท่านั้น แต่ยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่กำหนดไว้ มาตรฐานด้านนันทนาการ จัดให้มีการบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่กำหนดไว้ รวมทั้งยังได้มีการพัฒนาเพื่อยกระดับการให้บริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนา มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง จัดให้มีการบริการเป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ได้กำหนดไว้ ในขณะเดียวกันก็ได้พัฒนาเพื่อยกระดับให้เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนา มาตรฐานด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน จัดให้มีการบริการเป็นไปตามมาตรฐานเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ Development of Integrative Ageing Care Model” เป็นแผนงานวิจัยต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2555-2557) โดยแผนงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 1) Development of Integrative Ageing Care Model (Phase I)” เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โดยมีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยในปีที่ 1 จำนวน 8 โครงการวิจัยย่อย ดังนี้

โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 (ภาษาไทย) การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
(ภาษาอังกฤษ) Health Information for Ageing

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 25
นางสาวคณิงนิจ อูสีมาศ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 25

หน่วยงานหลัก :

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน :

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

(ปีที่ 1)

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

Meta-analysis of research on Elderly in Eastern region of Thailand

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

(ภาษาอังกฤษ) Community participation on elderly health promotion

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 20

ผศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15

ผศ.ดร.นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

(ปีที่ 1)

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

โครงการวิจัยย่อยที่ 3 การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ดร.กาญจนา พิบูลย์ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร.นพ.เกษม ไข่มุกด์ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 50

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยย่อยที่ 4 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการให้บริการแบบช่วงกลางวัน

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวพวงทอง อินใจ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15

ดร.เวชกา กลิ่นวิชิต สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15

ผศ.ดร.รัชนิภาภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10

ผศ.ดร.วารี กังใจ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยย่อยที่ 5 (ภาษาไทย) การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

(ภาษาอังกฤษ) (Developing Standard Aging Health Care in Nursing

Home)

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15
	นางสาวพวงทอง อินใจ	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15
	ผศ.ดร. รัชนิภา ทรัพย์กรานนท์	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
	ผศ.ดร.วารี กังใจ	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
หน่วยงานหลัก :	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	
หน่วยงานสนับสนุน :	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	นพ.สมชาย ยงศิริ	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พริยาพรณ	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15
	พญ.ผกาพรณ ดินชูไท	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15
	ดร.สุกัญญา เจริญวัฒนะ	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
	นพ.ณัฐพล อันนันทน์	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

(ปีที่ 1)

การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุภาคตะวันออก

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 (ภาษาไทย) รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

(ภาษาอังกฤษ) Model of Community Development and Family to Care for

the Elderly master integrated

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย :	ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย :	ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 20
	ผศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15
	ดร.วีระศักดิ์ ณรงค์พันธ์	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะแพทยแผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

(ปีที่ 1)

ศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด Community base service

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่1) (ภาษาไทย) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและ
ครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน"

(ภาษาอังกฤษ) Model of Home-Based Peaceful Dying Preparation

for the Elderly at the End of Life

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.ดร.รัชนิภาภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

ผศ.ดร.วารี กังใจ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

อาจารย์กิ่งดาว การะเกด สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

อาจารย์พรพรรณ ศรีโสภา สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

นางสาวพวงทอง อินใจ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ในการดำเนินการของแผนงานวิจัยนี้ มีการควบคุม กำกับโครงการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย โดยคณะผู้บริหารแผนงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

ที่ปรึกษาแผนงานวิจัย ได้แก่

1. ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.นพ.ศาสตรී เสาวคนธ์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วงษ์นาม
3. พันโท นายแพทย์ อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบแผนงาน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

รองผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต

หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เลขานุการแผนงานวิจัย : นางสาวคณินิจ อุสิมาศ

หัวหน้างานวิจัยและบริการวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ซึ่งในแต่ละโครงการวิจัยย่อย จะมีหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในโครงการแล้ว ยังมีเลขานุการแผนงานวิจัย ที่ทำหน้าที่ ประสานงานช่วยเหลือในการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานของโครงการวิจัยย่อย ต่าง ๆ ของแผนงานวิจัย ช่วยนัดหมาย จัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนงานวิจัย และประสานงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนดำเนินการวิจัยในแต่ละโครงการ รวมทั้ง รวบรวมรายงานความก้าวหน้าเสนอต่องานส่งเสริมการวิจัย สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา จัดให้มีการประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยเป็นประจำทุกเดือน และได้มีการเชิญผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มาให้คำปรึกษา วิจารณ์การดำเนินการวิจัยตามแผนงานวิจัยด้วย

หน่วยงานสนับสนุน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะแพทยแผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี
สำนักงานสาธารณสุข ภาคตะวันออก

กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย

เพื่อให้ได้รูปแบบและการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ต่อสภาพชุมชน สภาพเศรษฐกิจและสังคม หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์และกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงได้ประสานความร่วมมือในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ในการบูรณาการการดูแลดังกล่าว รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออก โดยการสนับสนุนของฝ่ายวิชาการและวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ ในการจัดทำข้อเสนอแผนงานวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการครบวงจร ขึ้นโดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญดังนี้

1. โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออก เพิ่มขึ้นตามลักษณะของโครงการประชากรผู้สูงอายุไทย
2. สถานการณ์ผู้สูงอายุในภาคตะวันออก มีภาวะเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก
3. มีการถ่ายโอนความรับผิดชอบด้านสวัสดิการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเหลือดูแล ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการประสานความร่วมมือในการสร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
4. มหาวิทยาลัยบูรพา มีการกำหนดนโยบายในแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยสู่ความเป็นเลิศในศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยสามารถประสานความร่วมมือในการผลิตผลงานทางวิชาการและวิจัยในศาสตร์ดังกล่าว ในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้โดยง่าย
5. คณะแพทยศาสตร์ เป็นหน่วยงานที่สังกัดมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นหน่วยงานในสังกัด มีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการทางด้านสุขภาพ สถานที่ ทรัพยากรพื้นฐาน ในการที่จะบริหารจัดการเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้
6. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการครบวงจรนี้ มีความสอดคล้องและตอบสนองต่อนโยบายการบริการสุขภาพอนามัยตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซม สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด เป็นการเน้นการให้บริการเชิงรุกและส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการรักษาโรค ซึ่งเป็นการลงทุนที่น้อยกว่า และมีความคุ้มค่ามากกว่า
7. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการครบวงจร จะมีความครอบคลุมตั้งแต่การ

เริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ-การเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ

8. มีการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ถึงขั้นตอนของการถ่ายทอดและเผยแพร่การวิจัยสู่ผู้รับผลงานผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของการจัดการความรู้เพื่อให้เกิดการต่อยอดผลการศึกษาวิจัยต่อไป

ระยะเวลา

โครงการต่อเนื่อง มีระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557

สถานที่ทำการวิจัย

เขตจังหวัดในภาคตะวันออก

วิธีดำเนินการวิจัย

โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Information for Ageing)

(ปีที่ 1) การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

Meta-analysis of research on Elderly in Eastern region of Thailand

1. รูปแบบการวิจัย (research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการวิเคราะห์ชาติพันธุ์วรรณนาภิมาณ

2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ครอบคลุมรายงานการวิจัยที่หน่วยงานจัดทำขึ้น วิทยานิพนธ์ และหรือปริญญาานิพนธ์ของนิสิตนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทยที่มุ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องเป็นรายงานวิจัยที่ทำเสร็จเรียบร้อยแล้วในช่วง 5 ปี (ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550-2554)

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ คือ

2.2.1 งานวิจัยเชิงปริมาณ

1) เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรืองานวิจัยสหสัมพันธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของไทย

2) เป็นงานวิจัยที่มีการรายงานค่าสถิติพื้นฐาน และ หรือ เป็นสถิติที่มาจาก การทดสอบนัยสำคัญที่เพียงพอต่อการนำไปใช้คำนวณค่าขนาดอิทธิพล

2.2.2 งานวิจัยเชิงคุณภาพ

เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของไทย

3. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1 สรุปรายชื่อ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ ปรินทิพนิพนธ์ จากระบบสืบค้นข้อมูลคอมพิวเตอร์และการยืมตัวเล่มจากห้องสมุดของสถานศึกษาหรือหน่วยงาน ที่แล้วเสร็จหรือตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550-2554(5 ปี)

3.2 การสำรวจเนื้อหา ว่าเข้าเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกรายงานวิจัยหรือไม่

4. การประเมินคุณภาพงานวิจัย

5. การสร้างเครื่องมือและการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

6. การวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta Analysis) เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดย

6.1 การวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ ใช้วิธีการสังเคราะห์ตามแนวคิดของ แกลส , แมคกีว และสมิธ (Glass , McGew & Smith, 1981) และ ฮันเตอร์ , ชมิคท์ และแจ๊คสัน (Hunter , Schmidt & Jackson , 1982) เพื่อนำมาวิเคราะห์งานวิจัยที่คัดเลือกมาซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง และงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์

6.2 การวิเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ชาติพันธุ์วรรณนาภิมาณตามแนวคิดของ โนบลิน และ แฮร์ (Noblin & Hare , 1988) และใช้วิธีการวิเคราะห์ผลกระทบไว้ ตามแนวคิดของ กอร์ดอน (Gordon , 1999) และ วีร์กโคดี และแตรมเบลย์ (Weerukkody and Tremblay , 2003) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงสาเหตุและผลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

7. การสรุปองค์ความรู้และข้อเสนอแนะ

สถานที่ทำการทดลอง/เก็บข้อมูล

ฐานข้อมูลงานวิจัย วิทยานิพนธ์ ปรินทิพนิพนธ์ จากระบบสืบค้นข้อมูลคอมพิวเตอร์และการยืมตัวเล่มจากห้องสมุดของสถานศึกษาหรือหน่วยงาน ที่แล้วเสร็จหรือตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550-2554

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation on elderly health promotion)

(ปีที่ 1) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคตะวันออก ประเมินผลโครงการดังกล่าว โดยประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดย

ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ (Situation analysis) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 อ. อาหาร , ออกกำลังกาย , อารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม , บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม การใช้จ่าย , การใช้บริการทางการแพทย์ , ความเจ็บป่วย , งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านการใช้จ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านกิจกรรมสันทนาการ ด้านจิตใจ อารมณ์ การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ด้านการสนับสนุนจากสังคม ฯลฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล : แบบสัมภาษณ์ , แบบสอบถาม , แบบทดสอบ

โครงการวิจัยย่อยที่ 3 การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ คือ รายงานการ วิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในภาคตะวันออกของประเทศไทย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายงานการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

1. เป็นรายงานการศึกษาที่มีขอบเขตการศึกษาเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย
2. เป็นรายงานการศึกษาที่มีขอบเขตการศึกษาเกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย
3. เป็นรายงานการศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย

4. เป็นรายงานการศึกษาที่เป็น การวิจัยเชิงปริมาณ ครอบคลุม การวิจัยกึ่งทดลอง หรือ เชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT) และการวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ทำตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ.2553

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภทได้แก่

1. แบบคัดกรองงานวิจัย (research screening form) สร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง รายงานการวิจัยที่มีขอบเขตการศึกษาเกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเป็นตัวแปรต้น มีการศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและเป็นรายงานการวิจัยกึ่งทดลอง หรือเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างการเข้ารับการทดลอง รวมทั้งงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง
2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery, 2003)
3. แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (data extraction form) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery, 2003) ใช้ในการลงบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยหรือบทความที่คัดเลือกมาเพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รายงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

- 2.1 คัดเลือกงานวิจัยสำหรับนำมาทบทวนโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย ซึ่งมีการตรวจสอบการคัดเลือกโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่อ่านและประเมินงานวิจัยแยกกับผู้วิจัยหากพบว่าการคัดเลือกงานวิจัยที่ไม่ตรงกันจะมีการปรึกษาเพื่อหาข้อยุติและข้อตกลงร่วมกันในการคัดเลือกงานวิจัยโดยคัดเลือกงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกทุกข้อ
- 2.2 อ่านรายงานวิจัยรอบที่หนึ่ง ซึ่งมีการตรวจสอบการประเมินคุณภาพงานวิจัยร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินแยกกับผู้วิจัยโดยมีการทำความเข้าใจกันในกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกัน
- 2.3 อ่านรายงานวิจัยรอบที่สองเป็นการอ่านอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และบันทึกลงในแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล

2.4 ตรวจสอบความตรงของการบันทึกข้อมูล โดยมีการตรวจสอบกับการบันทึกโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่อ่านและประเมินงานวิจัยแยกกันกับผู้วิจัย หากพบว่าการบันทึกที่ไม่ตรงกันจะมีการปรึกษาเพื่อหาข้อยุติและข้อตกลงร่วมกันในการลงบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของรายงานวิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา
2. วิเคราะห์จำแนกรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง และวิธีการวัดผลลัพธ์ โดยใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (narrative summary)
3. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีการแสดงไว้ในรูปของข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอ จะใช้การวิเคราะห์เมต้า ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแยกตามรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง
4. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีการแสดงไว้ในรูปของข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอ ใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (narrative summary)

โครงการวิจัยย่อยที่ 4 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการให้บริการแบบช่วงกลางวัน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ โดยใช้แนวคิดการพัฒนามาตรฐานโดยใช้เทคนิคการสร้างมาตรฐานตามขั้นตอนของเมสัน (Mason, 1994) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะดังนี้คือ

1. ระยะศึกษาสถานการณ์และเตรียมสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ศึกษาจากเอกสารตำรา และการศึกษาสถานการณ์ในศูนย์บริการและการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ 20 คน และจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเตรียมสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในการให้บริการแบบช่วงกลางวัน กลุ่มเป้าหมาย 60 คน
2. ระยะสร้างมาตรฐาน จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองในการสร้างมาตรฐาน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน
3. ระยะ ทดสอบความตรงทดลองใช้ในศูนย์บริการผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และสรุปมาตรฐาน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ในการให้บริการแบบช่วงกลางวัน ของศูนย์บริการผู้สูงอายุแบบช่วงกลางวัน (Day center) ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก

โครงการวิจัยย่อยที่ 5 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง (Developing Standard Aging Health Care in Nursing Home)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก จากหน่วยงานที่มีการจัดให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้าง ในภาคตะวันออก จำนวน 3 แห่ง คือ ชลบุรี 2 แห่ง จันทบุรี 1 แห่ง จำนวน 74 คน เป็นผู้ให้บริการ 33 คน ผู้สูงอายุ 41 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก ที่ได้จากการสุ่มโดยมีขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้

1. สุ่มเลือกหน่วยงาน 1 หน่วยงาน (ชลบุรี)
 2. สุ่มอย่างง่ายในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการในหน่วยงานที่มีการจัดให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้างโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจให้สัมภาษณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน ดังนี้
- 1) ผู้ให้บริการในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 26 คน
 - 2) ผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 27 คน

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างโดยใช้เทคนิคและขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการ ตามขั้นตอน 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

เพื่อทราบถึงความต้องการในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 53 คน ในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง เพื่อนำผลการสัมภาษณ์และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ได้รับไปวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ

ระยะที่ 2 ระบุร่างมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยศึกษาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมจากตำราเอกสารต่าง ๆ เป็นการศึกษาเพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมจากตำราเอกสารต่าง ๆ มาสังเคราะห์ เป็น (ร่าง) มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 การระดมสมองโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เป็นการระดมสมองเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ ข้อมูล ความคิดเห็นที่สอดคล้องและตรงกับความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการและยกร่าง มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 4 การสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของมาตรฐาน

ระยะที่ 5 การวิเคราะห์ ปรับปรุงและสรุปมาตรฐานการดูแลในศูนย์การให้บริการผู้สูงอายุแบบ พักค้าง ตามบริบทของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในเรื่องความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุเกี่ยวกับมาตรฐาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง
2. แบบสอบถามความต้องการในการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการ แบบพักค้าง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยพัฒนามาจากการวิเคราะห์ผลของการสัมภาษณ์ เชิงลึก เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยมีขั้นตอนการหาคุณภาพของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้
3. แบบประเมินมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ตามความคิดเห็น ของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง เป็นแบบ ประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ในระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ใช้การ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา(Content Analysis)

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 4 ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความคิดเห็น โดยใช้ ค่าที (T-test) และ One-way ANOVA

4. การปรับปรุงและสรุปผล เป็นการนำข้อมูลจากการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึง ระยะที่ 4 เพื่อนำมาประชุมปรึกษาหารือ เพื่อสรุปผลการสร้างมาตรฐานในกลุ่มของคณะผู้วิจัย โดยพิจารณาจากความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

(ปีที่ 1) การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุภาคตะวันออก

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาปัญหาด้านภาวะโภชนาการ คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- ก. การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ, ภาวะโภชนาการ ใช้การวัดภาวะโภชนาการด้วยวิธี anthropometry และ bioimpedance spectrophotometry
- ข. สร้างรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลที่ได้ในข้อ ก. และนำไปใช้ในชุมชน
- ค. เก็บข้อมูลต่างๆซ้ำอีกครั้งหลังจากให้การดูแลภาวะโภชนาการดังกล่าว

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Model of Community Development and Family to Care for the Elderly master integrated)

(ปีที่ 1)

ศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด Community base service

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในปีที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด Community based service

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด นครนายก ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรีและสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Sampling)

ใช้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มจังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพด้วยแบบ

สัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่1) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน (Model of Home-Based Peaceful Dying Preparation for the Elderly at the End of Life)

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน โดยศึกษาในพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

การดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (participatory action research) ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการตายในชุมชน

การดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย

1. ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวด้านการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน (assessment and planning phase)
2. พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน จากการสังเกต สะท้อนการปฏิบัติงาน และวางแผน ปรับเปลี่ยนรูปแบบ ตามสภาพการณ์ที่เหมาะสม (implementation, reflection and re-planning phase)
3. การปรับปรุงรูปแบบของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน จนได้รูปแบบที่เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในบริบทที่ทำการศึกษา (improving phase)
4. การประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน ซึ่งในกระบวนการดังกล่าว อาศัยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้แก่ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การใช้แบบสอบถาม การใช้ข้อมูลเอกสาร การประชุมกลุ่ม การจดบันทึกภาคสนาม การถ่ายรูป การบันทึกเสียงและการบันทึกวิดีโอ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ รวมทั้งการตรวจสอบสามเส้า

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัยของแผนงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 1) Development of Integrative Ageing Care Model (Phase I)” คณะผู้วิจัยขอเสนอ สรุปผลการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย 8 โครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Information for Ageing)

(ปีที่ 1) การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก (Meta-analysis of research on Elderly in Eastern region of Thailand)

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation on elderly health promotion)

(ปีที่ 1) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

โครงการวิจัยย่อยที่ 3 การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

โครงการวิจัยย่อยที่ 4 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการให้บริการแบบช่วงกลางวัน

โครงการวิจัยย่อยที่ 5 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง (Developing Standard Aging Health Care in Nursing Home)

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

(ปีที่ 1) การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุภาคตะวันออก

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Model of Community Development and Family to Care for the Elderly master integrated)

(ปีที่ 1) ศักยภาพการณ้ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด Community base service

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่1) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การ
ตายอย่างสงบที่บ้าน" (Model of Home-Based Peaceful Dying Preparation for the Elderly at the
End of Life)

โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

Health Information for Ageing

(ปีที่ 1) การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

Meta-analysis of research on Elderly in Eastern region of Thailand

ดร.เวชกา กลิ่นวิจิตร¹

ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย² และ คณิงนิจ อุตติมาศ³

¹ พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ นักวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการวิเคราะห์ชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาณ โดย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ รายงานการวิจัยที่หน่วยงานจัดทำขึ้น วิทยานิพนธ์ และหรือปริญญาานิพนธ์ของนิสิตนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทยที่มุ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ต้องเป็นรายงานวิจัยที่ทำเสร็จเรียบร้อยแล้วในช่วง 5 ปี (ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550-2554) จำนวน 87 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้มี 2 แบบ คือ 1) แบบประเมินงานวิจัย 2) แบบบันทึกข้อมูล สำหรับการบันทึกข้อมูลตามประเด็นที่คณะผู้วิจัยสังเคราะห์ ผลการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า งานวิจัยที่แล้วเสร็จหรือตีพิมพ์ ในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 -2554 โดยปีที่มีการตีพิมพ์ หรือแล้วเสร็จมากที่สุด คือ ปี 2553 จำนวน 26 เล่ม (ร้อยละ 30.59) รองลงมา คือ ปี 2551 จำนวน 21 เล่ม (ร้อยละ 22.35) เป็นผลงานวิจัยจากหลายสถาบัน จำนวนทั้งสิ้น 8 สถาบัน 1 หน่วยงาน โดยสถาบันที่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก มากที่สุด คือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 47 เล่ม (ร้อยละ 55.29) รองลงมา คือ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 27 เล่ม (ร้อยละ 31.77) ส่วนใหญ่มาจากงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท จำนวน 84 เล่ม (ร้อยละ 98.82) และเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 64 เรื่อง (ร้อยละ 54.40) งานวิจัยในระดับจังหวัด จำนวน 84 เรื่อง (ร้อยละ 98.82) และเป็นงานวิจัยระดับภาค จำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 1.18) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยในจังหวัดชลบุรี จำนวน 27 เรื่อง (ร้อยละ 31.76) รองลงมา คือ จังหวัด สมุทรปราการ จำนวน 17 เรื่อง (ร้อยละ 19.99) ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในสาขารัฐประศาสนศาสตร์ 54 เรื่อง (ร้อยละ 63.53) รองลงมาเป็นสาขาพยาบาลศาสตร์ และรัฐศาสตร์ สาขาละ 10 เรื่อง (ร้อยละ 11.76) งานวิจัยส่วนใหญ่ มีคุณภาพอยู่ในระดับที่ 3 หรือระดับ C ได้แก่ งานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์หรือเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Design) จำนวน 60 เรื่อง (ร้อยละ 70.59) รองลงมาคือ ระดับที่ 4 หรือระดับ D

จำนวน 20 เรื่อง (ร้อยละ 23.53) โดยมีระดับที่ 1 หรือระดับ A จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 5.88) งานวิจัยส่วนใหญ่ มีเนื้อหาทางวิชาการที่ทำการศึกษเกี่ยวกับ สวัสดิการของผู้สูงอายุ จำนวน 48 เรื่อง (ร้อยละ 40.80) รองลงมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 14 เรื่อง (ร้อยละ 11.90) และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 12 เรื่อง (ร้อยละ 10.20) ด้านสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ 1.70)

ในส่วนของงานวิจัยเชิงปริมาณตั้งแต่ระดับ B ขึ้นไป จำนวน 5 เรื่อง พบว่า งานวิจัยทั้งหมดเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจำแนกเป็น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 3 เรื่อง (ร้อยละ 60) พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม 1 เรื่อง (ร้อยละ 20) และพลังอำนาจในการดูแลตนเอง 1 เรื่อง (ร้อยละ 20)

ตัวแปรต้น ที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 60) การปฏิบัติตน (Self care) 2 เรื่อง (ร้อยละ 40) โดยมีการนำโปรแกรมสุขภาพมาทำการศึกษา จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 60)

โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม ภาวะหัวใจวาย และโรคข้อเข่าเสื่อม

ในส่วนของงานวิจัยเชิงปริมาณตั้งแต่ระดับ C ลงมา จำนวน 80 เรื่อง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับสวัสดิการและโครงการเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ วิจัยผู้สูงอายุ ภาคตะวันออก

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

Community participation on elderly health promotion

(ปีที่ 1) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์¹

¹อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.บูรพา จ.ชลบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกของ ไทย จำนวน 415 คน เก็บข้อมูล ในช่วงเดือน มกราคม- สิงหาคม พ.ศ. 2555 เครื่องมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกรู้ว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่ามีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนน เฉลี่ยสูงสุด คือ การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมา คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิต วิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุด คือ การมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และดีมาก

คำสำคัญ : สถานะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

โครงการวิจัยย่อยที่ 3 การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ดร. กาญจนา พิบูลย์ และ ดร. นพ. เกษม ไขค์ล่องกิจ

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก และเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ วิธีการดูแลควบคุมโรคเป็นสิ่งสำคัญในการลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลควบคุมโรคในผู้สูงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ดำเนินการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยใช้วิธีการสืบค้นด้วยมือและสืบค้นทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อค้นหางานวิจัยทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2556 งานวิจัยที่นำมาทบทวนประกอบด้วย การศึกษาแบบทดลอง จำนวน 10 เรื่อง และแบบกึ่งทดลอง จำนวน 29 เรื่อง รวมทั้งหมด 39 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินงานวิจัยและแบบสกัดข้อมูลงานวิจัย มีการตรวจสอบความถูกต้องการคัดเลือกรงานวิจัย การประเมินคุณค่างานวิจัย และการสกัดข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปเชิงเนื้อหาเพื่อจำแนกวิธีการและประสิทธิผลของวิธีการดูแลควบคุมโรค การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ แสดงถึงวิธีการการควบคุมโรคเบาหวาน 2 รูปแบบ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีการดำเนินการติดตามประสิทธิผลของผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง และ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลควบคุมโรคเฉพาะเรื่องพบว่าวิธีการควบคุมโรคเบาหวานที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยติดตามอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือดแดง และ ระดับน้ำตาลในเลือดได้ ถึงแม้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเหล่านั้นจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของกรอบแนวคิดและวิธีดำเนินการที่ใช้ แต่รูปแบบการดำเนินการมีความคล้ายคลึงกันในแง่ของเนื้อหาสาระซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอน การดูตัวแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลควบคุมโรคเบาหวานโดยเน้นเองการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้า สำหรับการดูแลควบคุมโรคเฉพาะเรื่องที่พบในการทบทวนครั้งนี้ ได้แก่ การดูแลควบคุมอาหาร การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหว การปฏิบัติสมาธิ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการทบทวนยืนยันประสิทธิผลของวิธีการดูแลเฉพาะเรื่องโดยเฉพาะ เรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ ระดับน้ำตาลสะสมที่

เกาะติดเม็ดเลือดแดง การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลควบคุมโรคเบาหวานในประเทศไทย โปรแกรมการส่งเสริมการการดูแลตนเองโดยดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถนำไปใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือดแดงในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ขณะที่การดูแลเฉพาะเรื่องสามารถนำไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาเฉพาะเรื่อง ต่อไปข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการการพัฒนา รูปแบบการดำเนินการวิจัยโดยเฉพาะส่วน การให้ความรู้ การพัฒนาเนื้อหาในส่วนที่เป็นการให้ความรู้ รวมทั้งเครื่องมือวัดความรู้ให้มีรูปแบบมาตรฐานที่สามารถใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุมีความจำเป็นเพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีการทดลองซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งมีการวัดผลลัพธ์ของวิธีการที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (Older adult with Chronic Illness) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ (Model of care in elderly)

โครงการวิจัยย่อยที่ 4 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการให้บริการ แบบช่วงกลางวัน

Developing Standard Ageing Health Care in Day Center

พวงทอง อินใจ, พิสิษฐ์ พิริยาพรณ, รัชนิภรณ์ ททรัพย์กรานนท์, เวชกา กลิ่นวิชิต และ วารี กังใจ

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุแบบก้าวกระโดดจาก 7.5 ล้านคนในปี 2552 เป็น 14.4 ล้านคนในปี 2568 ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานการดูแลเหล่านี้ไว้เลย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบกลางวันตามความต้องการและการรับรู้ของผู้มีส่วนได้เสียในบริบทพื้นที่ภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้ใช้บริการประกอบด้วยผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 30 คน และทีมผู้ให้บริการจำนวน 15 คน ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริการแบบกลางวันในสถานบริบาลผู้สูงอายุของรัฐในเขตภาคตะวันออกจำนวน 2 แห่ง และเอกชน 1 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคน (ร้อยละ 100) เห็นความสำคัญของการจัดให้มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบช่วงกลางวัน ด้วยภารกิจของครอบครัว และผู้ดูแลที่บางครั้งมีความจำเป็นไม่สามารถปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง และ มั่นใจในการให้มารับบริการในสถานบริบาลมากกว่าการจ้างบุคคลอื่นมาดูแล จากประสบการณ์ที่รับบริการ ต้องการมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5 องค์ประกอบ 14 มาตรฐาน ได้แก่ 1). องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ มี 4 มาตรฐาน 2). องค์ประกอบคุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการ มี 2 มาตรฐาน 3). องค์ประกอบด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ มี 6 มาตรฐาน 4) องค์ประกอบด้านระบบการเงินและการคลัง มี 2 มาตรฐาน และ 5). องค์ประกอบด้านระบบมาตรฐานภายใน มี 1 มาตรฐาน และจากการสนทนากลุ่มความเห็นต่อข้อมาตรฐานที่ได้พบว่าทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการเห็นด้วยในระดับมาก

การนำมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบกลางวัน สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานบริการและการกำกับติดตามประเมินผลการให้บริการของสถานบริบาลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกให้เป็นแนวทางเดียวกันได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การให้บริการแบบช่วงกลางวัน

โครงการวิจัยย่อยที่ 5 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

Developing Standard Aging Health Care in Nursing Home

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ¹

ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต² พวงทอง อินใจ³ ผศ.ดร.รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์⁴ ผศ.ดร.วารี กังใจ⁵

¹ คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ พยาบาลชำนาญการ หัวหน้างานประกันคุณภาพการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁵ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้เทคนิคและขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการ ของเมสัน (Mason, 1994) ตามขั้นตอนดังนี้ 1) การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง 2) ร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุโดยศึกษาข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการพร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ 3) การระดมสมองโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ 4) การสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรฐาน 5) วิเคราะห์ ปรับปรุงและสรุปมาตรฐานการดูแลในศูนย์การให้บริการผู้สูงอายุแบบพักค้างที่อยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ใช้เวลาในการศึกษาดังนี้ ตั้งแต่ ตุลาคม 2555 ถึง กันยายน 2556 ประชากร คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก จำนวน 3 แห่ง คือ ชลบุรี 2 แห่ง จันทบุรี 1 แห่ง จำนวน 74 คน เป็นผู้ให้บริการ 33 คน ผู้สูงอายุ 41คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มโดยสุ่มเลือกหน่วยงาน 1 หน่วยงาน (ชลบุรี) และสุ่มอย่างง่ายจากประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง 53 คน เป็นผู้ให้บริการ 26 คน และผู้สูงอายุ 27 คน ผลการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 10 มาตรฐาน คือ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านสุขภาพ 3) สิทธิและความคุ้มครอง 4)

ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย และ 5) ด้านระบบมาตรฐานภายใน ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, $SD = .64$) และเมื่อพิจารณามาตรฐานเป็นรายด้าน พบว่า สามารถเรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านระบบมาตรฐานภายใน ($\bar{X} = 4.60$, $SD = .80$) ระดับมากที่สุด 2) องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.55$, $SD = .68$) ระดับมากที่สุด 3) องค์ประกอบด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง ($\bar{X} = 4.45$, $SD = .76$) ระดับมาก 4) องค์ประกอบด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.44$, $SD = .79$) ระดับมาก และ 5) องค์ประกอบด้านบริหารจัดการ ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .59$) ระดับมาก

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง มาตรฐานการดูแลสุขภาพ

Developing Standard Aging Health Care in Nursing Home

Asst.Prof.Dr.Pisit Piriya Pun MD., Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D., Puangtong Inchai

Faculty of Medicine, Burapha University

Assist.Prof.Ratchaneeporn Supkranon, Ph.D. Assist.Prof.Waree Kunchai, Ph.D.

Faculty of Nursing, Burapha University

Abstract

The purpose of this research was developing standard aging health care in nursing home by using participatory action research. The research has five phases of study; Phase I: Exploring problems and situation of aging health care, Phase II: Documentation review and analysis, Phase III: Developing aging health care standard in nursing home with users and providers by using PAR with 53 participants (26 providers and 27 elders), Phase IV: Aging perspective with appropriation and feasibility of this standard and Phase V: Improvement standard by focus group method. Samples were sampling from 74 populations of three nursing homes in the eastern region of Thailand. Statistics employed were frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis. It was found that the aging standard health care in nursing home contained of 5 components and 10 standards namely; component 1: Effective

management, component 2: Quality of health care services, component 3: Service user rights and responsibilities, component 4: Good safety and environment and component 5: Internal process. The appropriateness of this standard was in the most agree level ($\bar{X} = 4.51$, $SD = .64$). The standard of internal process ($\bar{X} = 4.60$, $SD = .80$) and the standard of good safety and environment ($\bar{X} = 4.55$, $SD = .68$) were in the highest level.

Keywords : Aging, Elderly, Nursing Home, long stay care, Health Care Standard

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

(ปีที่ 1) การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุภาคตะวันออก

นพ.สมชาย ยงศิริ ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ ดร.สุกัญญา เจริญวัฒนะ

พญ.เพ็ชรงาม ไชยวานิช พญ.ผกาพรณ ดินฐ์ไท พญ.รัชนิพร ชื่นสุวรรณ

พญ.ศิริพร ตั้งจารตุรงค์รัศมี พญ.อรพิน ธนวินนันทน์

บทคัดย่อ

ภาวะทุพโภชนาการมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลง การดูแลภาวะโภชนาการอาจจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้นได้ วัตถุประสงค์: เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับภาวะโภชนาการ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการ และนำไปสู่การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน วิธีวิจัย: ศึกษาวิจัยแบบตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลแสนสุข ช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2556 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (mini nutritional assessment) วัดสัดส่วนของร่างกายด้วยเครื่องมือ bioelectrical impedance analysis (BCM) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R version 3.01 กำหนดให้ค่าความเชื่อมั่น $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 239 ราย อายุเฉลี่ย 67.3 ± 5.64 ปี ร้อยละ 65.27 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 64.44 มี MNA อยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มที่มี MNA ปกติ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่า กลุ่มที่มี MNA ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ (93.01 ± 10.61 vs. 89.69 ± 9.71 , $p = 0.016$) กลุ่มที่ออกกำลังกาย 5-7 วันสัปดาห์ มี MNA ดีกว่า กลุ่มที่ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ (25.34 ± 2.80 vs. 24.46 ± 3.05 , $p = 0.03$) กลุ่มรายได้ที่มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีคุณภาพชีวิตโดยรวม ดีกว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญ (94.60 ± 10.41 vs. 90.38 ± 8.72 $p = 0.01$) MNA มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุก ๆ มิติอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.379$ $p < 0.001$) ผลการตรวจด้วยเครื่อง BCM มีความสัมพันธ์กับผลการวัด MNA แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่อย่างใด ($r = 0.11$ $p = 0.165$) สรุป: ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุก ๆ มิติในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคือ กลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ผลการตรวจด้วยเครื่อง BCM มีความสัมพันธ์กับผลการวัด MNA แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ คุณภาพชีวิต Bioelectrical Impedance

Impact of Nutritional Status on Quality of Life as Assessed by Bioelectrical Impedance and Nutritional Assessment: Questionnaire of the Elderly in Thailand

Dinchuthai, Dr. Pakaphan¹ Yongsiri, Dr. Somchai²

Chaivanit, Dr. Pechngam³ T,hammakumpee Dr. Jiranuch⁴

Prongnamchai, Dr. Suriya⁵ Chueansuwan, Dr. Rachaneeporn⁶

Tangjaturonrasme, Dr. Siriporn⁷ Chareonwattana, Dr. Sukanya⁸ Piriyaapun, Dr. Pisit⁹

Abstract

Malnutrition is associated with poor quality of life (QOL) especially in the elderly. To explore the association between QOL and nutritional status and factors affecting nutritional status in the elderly. A cross-sectional descriptive analytic study of QOL and nutritional status of the elderly in the Saensuk sub-district area, Thailand. QOL was measured by WHOQOL-BREF questionnaire, nutritional assessment was measured by mini nutritional assessment (MNA) and bioelectrical impedance analysis (BCM). Data were analyzed by program R 3.01. There were 239 Thai elderly in this study. Mean age was 67.3±5.64 year old, 65.27% of them had QOL in the middle range, 64.44% had normal MNA. Those who had normal MNA also had better QOL (93.01±10.61 vs. 89.69±9.71, $p=0.016$). The subjects who exercise more than 4 days per week had better MNA (25.34±2.80 vs. 24.46±3.05 $p=0.03$). Those who had higher income (more than 10,000 bath/month) had higher QOL (94.60±10.41 vs. 90.38±8.72 $p=0.01$). MNA correlated to all domain of QOL ($r=0.379$ $p<0.001$). BCM correlated to MNA but not QOL ($r=0.111$ $p=0.165$). We found correlation between nutritional status and quality of life (QOL) in the elderly in Thailand. More frequent exercise (>4 days/week) and higher income also correlated to higher QOL.

Keywords: Nutritional Status, Quality of Life, Bioelectrical Impedance

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ

เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

Model of Community Development and Family to Care for the Elderly master integrated

ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย¹

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ² และ ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์³

¹ ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ฉะเชิงเทรา

³ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด (Community based service) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบดังนี้

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเรียงลำดับ 5 ลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะอาหาร
2. ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการความรักจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยา และการพักผ่อนให้เพียงพอ
4. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีดังนี้
 - 4.1 การดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์เพื่อรักษา
 - 4.2 การให้คำปรึกษา ญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งของผู้สูงอายุ
 - 4.3 การแสวงหาความรู้ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ด้านการดูแลตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพสำหรับความช่วยเหลือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน
 - 4.4 การสนับสนุนให้กำลังใจ และสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัวดีและมีกำลังใจ
 - 4.5 การเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุจะเครียดในเรื่องการ

เจ็บป่วย ลูก สามี และการเงิน

4.6 การปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพ มีวิธีการดังนี้ พังทรรณ สวดมนต์ ปรับชีวิตความเป็นอยู่อย่างพอเพียง

คำสำคัญ : การพัฒนาชุมชน และครอบครัว การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่1) “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว สู่การตายอย่างสงบที่บ้าน”

Model of Home-Based Peaceful Dying Preparation for the Elderly at the End of Life

ผศ. ดร.สิริลักษณ์โสมานุสรณ์ ผศ. ดร. รัชนิภาภรณ์ ทรัพย์ภานนท์ ผศ. ดร. วารีย์ กังใจ
กิงดาว การะเกด พรพรรณ ศรีโสภา พวงทอง อินใจ

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน โดยศึกษาในพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดำเนินงานวิจัยดังนี้ 1) ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวด้านการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน (assessment and planning phase) 2) พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน จากการสังเกต สะท้อนการปฏิบัติงาน และวางแผน ปรับเปลี่ยนรูปแบบ ตามสภาพการณ์ที่เหมาะสม (implementation, reflection and re-planning phase) 3) ปรับปรุงรูปแบบของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน (improving phase) และ 4) การประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้แก่ การสังเกต อย่างมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การใช้แบบสอบถาม การใช้ข้อมูลเอกสาร การประชุมกลุ่ม การจดบันทึกภาคสนาม การถ่ายรูป การบันทึกเสียงและการบันทึกวิดีโอ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ และการตรวจสอบสามเส้า ผลการวิจัย พบว่า

1. ความหมายของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ความหมาย คือ
 - 1.1 ผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน และมีอาการทรุดลง ก่อนเสียชีวิต
 - 1.2 ผู้ที่รักษาที่โรงพยาบาลไม่ได้แล้ว ต้องมาดูแลเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน
2. ความหมายของการตายอย่างสงบที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ความหมาย ได้แก่
 - 2.1 การตายที่หมดอายุขัย และจากไปแบบไม่ทรมาน
 - 2.2 การตายที่สงบและอบอุ่น ณ บ้านของตนเอง
 - 2.3 การตายที่ไม่รบกวนลูกหลาน
 - 2.4 การตายที่มีลูกหลานมาอยู่รอบข้าง
 - 2.5 การตายตามธรรมชาติที่ทำให้ลูกหลานมีความสุข สบายใจ
3. ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ข้อ ได้แก่
 - 3.1 การได้ทำบุญก่อนจากไป
 - 3.2 การมีโอกาสได้สั่งเสียลูกหลาน
4. การดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน มีทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่
 - 4.1 การที่ลูกหลานอยู่เคียงข้างตลอดเวลา

- 4.2 การมีเสียงพูดบอกนำทางก่อนสิ้นใจ
- 4.3 การช่วยให้ได้ทำบุญที่บ้าน
- 4.4 การที่ลูกหลานช่วยให้หมดความห่วงกังวล
- 4.5 การดูแลความสุขสบาย คอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
- 4.6 การที่ลูกหลานทำให้ตามที่รับปากไว้
- 4.7 การจัดเตรียมสิ่งของตามความเชื่อไว้ให้ก่อนการตาย

คำสำคัญ : การดูแลระยะสุดท้าย การตายอย่างสงบ ผู้สูงอายุ และการวิจัยเชิงคุณภาพ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ Development of Integrative Ageing Care Model” เป็นแผนงานวิจัยต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2555-2557) โดย ปีที่ 1 แผนงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัยนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ มีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยในปีที่ 1 จำนวน 8 โครงการวิจัยย่อย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 4) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ 5) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 6) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง และแบบช่วงกลางวัน 7) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของไทย วิธีดำเนินการวิจัย ใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงสำรวจ และการวิจัยเชิงพรรณนา ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2555-กันยายน 2556 ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อยได้ดังนี้

โครงการวิจัยย่อยที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ Health Information for Ageing

ปีที่ 1 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก Meta-analysis of research on Elderly in Eastern region of Thailand

ผลการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า

1. งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่แล้วเสร็จหรือตีพิมพ์ ในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 -2554

มีจำนวนทั้งสิ้น 84 เล่ม โดยปีที่มีการตีพิมพ์ หรือแล้วเสร็จมากที่สุด คือ ปี 2553 ร้อยละ 30.59 รองลงมา คือ ปี 2551 ร้อยละ 22.35

2. เป็นผลงานวิจัยจากหลายสถาบัน จำนวนทั้งสิ้น 8 สถาบัน 1 หน่วยงาน โดยสถาบันที่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก มากที่สุด คือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร้อยละ 55.29 รองลงมา คือ มหาวิทยาลัยบูรพา ร้อยละ 31.77

3. ส่วนใหญ่มาจากการงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท ร้อยละ 98.82 เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ร้อยละ 54.40 เป็น งานวิจัยในระดับจังหวัด ร้อยละ 98.82 และเป็นงานวิจัยระดับภาค ร้อยละ 1.18 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยในจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 31.76 รองลงมา คือ จังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ 19.99

4. ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในสาขารัฐประศาสนศาสตร์ ร้อยละ 63.53 รองลงมาเป็นสาขาพยาบาลศาสตร์ และรัฐศาสตร์ สาขาละ 10 เรื่อง ร้อยละ 11.76

5. งานวิจัยส่วนใหญ่ มีคุณภาพอยู่ในระดับที่ 3 หรือระดับ C ได้แก่ งานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์หรือเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Design) ร้อยละ 70.59 รองลงมาคือ ระดับที่ 4 หรือระดับ D ร้อยละ 23.53 โดยมีระดับที่ 1 หรือระดับ A เพียง ร้อยละ 5.88

6. งานวิจัยส่วนใหญ่ มีเนื้อหาทางวิชาการที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ สวัสดิการของผู้สูงอายุ ถึง ร้อยละ 40.80 รองลงมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.90 และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.20 ด้านสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ มีร้อยละ 1.70

7. ในส่วนของงานวิจัยเชิงปริมาณตั้งแต่ระดับ B ขึ้นไป จำนวน 5 เรื่อง พบว่า งานวิจัยทั้งหมดเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจำแนกเป็น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 60 พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ร้อยละ 20 และพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ร้อยละ 20

8. ตัวแปรต้น ที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ร้อยละ 60 การปฏิบัติตน (Self care) ร้อยละ 40 ซึ่งในการปฏิบัติตนมีการนำโปรแกรมสุขภาพมาทำการศึกษา ร้อยละ 60

9. โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม ภาวะหัวใจวาย และโรคข้อเข่าเสื่อม

10. ในส่วนของงานวิจัยเชิงปริมาณตั้งแต่ระดับ C ลงมา มีร้อยละ 67.2 จากการวิจัยทั้งหมด ส่วนใหญ่ เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับสวัสดิการและโครงการเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 60 ของงานวิจัยระดับ C

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน Community participation on elderly health promotion

(ปีที่ 1) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 69.70 ปี มีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 23.67 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 69.38 เพศชาย ร้อยละ 30.2) สถานที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 90.9 สถานภาพสมรส คู่ มากที่สุด ร้อยละ 50.9 รองลงมา มีสถานภาพสมรส หม้าย ร้อยละ 37.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 1.9 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.6 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 54.7 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 55.7
2. ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่ รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 ดีปานกลาง ร้อยละ 24.6 และรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 18.6
3. ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 93.7 และพบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต มีถึงร้อยละ 65.8
4. ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม อยู่ในระดับดี และดีมาก
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การสุขภาพที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40

โครงการวิจัยย่อยที่ 3 การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

1. งานวิจัยที่นำมาทบทวนเป็นงานวิจัยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2556 ประกอบด้วยการศึกษาแบบทดลอง จำนวน 10 เรื่อง และแบบกึ่งทดลอง จำนวน 29 เรื่อง รวมทั้งหมด 39 เรื่อง
2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปเชิงเนื้อหาเพื่อจำแนกวิธีการและประสิทธิผลของวิธีการดูแลสุขภาพคนโรค
 - 2.1 แสดงถึงวิธีการการควบคุมโรคเบาหวาน 2 รูปแบบ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีการดำเนินการติดตามประสิทธิผลของผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง และ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลควบคุมโรคเฉพาะเรื่อง

2.2 วิธีการควบคุมโรคเบาหวานที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือดแดง และ ระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.3 ถึงแม้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เหล่านี้จะมีความแตกต่างกันในเรื่องของกรอบแนวคิดและวิธีดำเนินการที่ใช้ แต่รูปแบบการดำเนินการ มีความคล้ายคลึงกันในแง่ของเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอน การดูแลแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลควบคุมโรคเบาหวานโดยเน้นเองการ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลเท้า

2.4 การดูแลควบคุมโรคเฉพาะ เรื่องที่พบในการทบทวนครั้งนี้ ได้แก่ การดูแลควบคุม อาหาร การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหว การปฏิบัติสมาธิ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการทบทวนยืนยันประสิทธิผลของ วิธีการดูแลเฉพาะเรื่องโดยเฉพาะ เรื่อง *การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหว ร่างกาย* ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ ระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือดแดง

โครงการวิจัยย่อยที่ 4 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในการให้บริการแบบช่วง กลางวัน

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

1. ผู้ให้ข้อมูลทุกคน (ร้อยละ 100) เห็นความสำคัญของการจัดให้มีบริการการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบช่วงกลางวัน ด้วยภารกิจของครอบครัว และผู้ดูแลที่บางครั้งมีความจำเป็นไม่สามารถปล่อย ให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง และ มั่นใจในการให้มารับบริการในสถานบริบาลมากกว่าการจ้างบุคคลอื่น มาดูแล

2. จากประสบการณ์ที่รับบริการ ต้องการมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5 องค์ประกอบ 14 มาตรฐาน ได้แก่

- 1) องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ มี 4 มาตรฐาน
- 2) องค์ประกอบคุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการ มี 2 มาตรฐาน
- 3) องค์ประกอบด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ มี 6 มาตรฐาน
- 4) องค์ประกอบด้านระบบการเงินและการคลัง มี 2 มาตรฐาน และ
- 5) องค์ประกอบด้านระบบมาตรฐานภายใน มี 1 มาตรฐาน

3. จากการสนทนากลุ่มความเห็นต่อข้อมาตรฐานที่ได้พบว่าทั้งผู้ใช้บริการและผู้รับบริการเห็น ด้วยในระดับมาก

โครงการวิจัยย่อยที่ 5 การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบ พักค้าง Developing Standard Aging Health Care in Nursing Home

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผลการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ
10 มาตรฐาน คือ

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ

มาตรฐานที่ 1 การดำเนินงาน

มาตรฐานที่ 2 ระบบบริหารจัดการ

มาตรฐานที่ 3 การบริหารการเงิน

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลสุขภาพ

มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการดูแลสุขภาพ

มาตรฐานที่ 5 การดูแลสุขภาพ

มาตรฐานที่ 6 การบริหารยา

องค์ประกอบที่ 3 สิทธิและความคุ้มครอง

มาตรฐานที่ 7 ด้านสิทธิของผู้สูงอายุ

มาตรฐานที่ 8 ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

องค์ประกอบที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย

มาตรฐานที่ 9 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 5 ด้านระบบมาตรฐานภายใน

มาตรฐานที่ 10 ระบบและกลไกการประกันคุณภาพ

3. ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของมาตรฐานการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง พบว่า

3.1 ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, $SD = .64$)

3.2 เมื่อพิจารณามาตรฐานเป็นรายด้าน พบว่า สามารถเรียงตามลำดับ ดังนี้

1) องค์ประกอบด้านระบบมาตรฐานภายใน ($\bar{X} = 4.60$, $SD = .80$) ระดับ

มากที่สุด

2) องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย

($\bar{X} = 4.55$, $SD = .68$) ระดับมากที่สุด

3) องค์ประกอบด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง ($\bar{X} = 4.45$, $SD = .76$)

ระดับมาก

4) องค์ประกอบด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.44$, $SD = .79$) ระดับมาก

5) องค์ประกอบด้านบริหารจัดการ ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .59$) ระดับมาก

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

(ปีที่ 1) การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุภาคตะวันออก

ผลการศึกษวิจัย พบว่า

1. จากจำนวนผู้สูงอายุ 239 คนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าเฉลี่ยอายุ 67.3 ± 5.64 ปี และมีคะแนนคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง
2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีผลการประเมินภาวะโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.44 และมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับ ดีกว่า กลุ่มที่มี MNA ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ (93.01 ± 10.61 vs. 89.69 ± 9.71 , $p=0.016$)
3. ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย มากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ จะมีผลการประเมินภาวะโภชนาการ ดีกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญ (25.34 ± 2.80 vs. 24.46 ± 3.05 $p=0.03$)
4. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จะมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิต ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญ (94.60 ± 10.41 vs. 90.38 ± 8.72 $p=0.01$)
5. ภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทุกมิติ อย่างมีนัยสำคัญ ($r=0.379$ $p<0.001$)
6. ผลการตรวจด้วยเครื่อง BCM (bioelectrical impedance analysis) มีความสัมพันธ์กับผลการวัดภาวะโภชนาการ แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r=0.11$ $p=0.165$)

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ Model of Community Development and Family to Care for the Elderly master integrated

ผลการวิจัยพบ ดังนี้

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเรียงลำดับ 5 ลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะอาหาร
2. ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการความรักจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเป็นส่วน

ใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การรับประทานยา และการพักผ่อนให้เพียงพอ

4. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีดังนี้

4.1 การดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์เพื่อรักษา

4.2 การให้คำปรึกษา ญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งของผู้สูงอายุ

4.3 การแสวงหาความรู้ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ด้านการดูแลตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพ สำหรับความช่วยเหลือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน

4.4 การสนับสนุนให้กำลังใจ และสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัวดีและมีกำลังใจ

4.5 การเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุจะเครียดในเรื่องการเจ็บป่วย ลูก สามี และการเงิน

4.6 การปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพ มีวิธีการดังนี้ พังทรรณ สวดมนต์ ปรับชีวิตความเป็นอยู่อย่างพอเพียง

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่1) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน Model of Home-Based Peaceful Dying Preparation for the Elderly at the End of Life

ผลการวิจัย พบว่า

1. ความหมายของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ความหมาย คือ
 - 1.1 ผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน และมีอาการทรุดลง ก่อนเสียชีวิต
 - 1.2 ผู้ที่รักษาที่โรงพยาบาลไม่ได้แล้ว ต้องมาดูแลเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน
2. ความหมายของการตายอย่างสงบที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ความหมาย ได้แก่
 - 2.1 การตายที่หมดอายุขัย และจากไปแบบไม่ทรมาน
 - 2.2 การตายที่สงบและอบอุ่น ณ บ้านของตนเอง
 - 2.3 การตายที่ไม่รบกวนลูกหลาน
 - 2.4 การตายที่มีลูกหลานมาอยู่รอบข้าง
 - 2.5 การตายตามธรรมชาติที่ทำให้ลูกหลานมีความสุข สบายใจ
3. ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ข้อ ได้แก่
 - 3.1 การได้ทำบุญก่อนจากไป
 - 3.2 การมีโอกาสได้สั่งเสียลูกหลาน
4. การดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้าน มีทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่
 - 4.1 การที่ลูกหลานอยู่เคียงข้างตลอดเวลา

- 4.2 การมีเสียงพูดบอกนำทางก่อนสิ้นใจ
- 4.3 การช่วยให้ได้ทำบุญที่บ้าน
- 4.4 การที่ลูกหลานช่วยให้หมดความห่วงกังวล
- 4.5 การดูแลความสุขสบาย คอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
- 4.6 การที่ลูกหลานทำให้ตามที่รับปากไว้
- 4.7 การจัดเตรียมสิ่งของตามความเชื่อไว้ให้ก่อนการตาย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย ในแผนงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” (ปีที่ 1) พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ในการศึกษาเชิงวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า ส่วนใหญ่ มีคุณภาพอยู่ในระดับที่ 3 หรือระดับ C ร้อยละ 70.59 ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ และการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยและคณะ(2555) ที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่ทำการศึกษาในรายงานวิจัย การดูแลผู้สูงอายุในและต่างประเทศที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ช่วง พ.ศ. 2550-2555 โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ไม่มีการทดลอง เช่น งานวิจัยเชิงพรรณนา เชิงคุณภาพ และการศึกษาความสัมพันธ์ ร้อยละ 60.51 สำหรับงานวิจัยในระดับ ที่ 1 ระดับ A ซึ่งเป็นงานวิจัย ที่เป็นการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta Analysis) หรืองานวิจัยประเภททดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Randomized Controlled Trials) และระดับที่ 2 หรือระดับ B ได้แก่ งานวิจัยประเภทกึ่งทดลอง (Quasi – experimental design) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (Non - Randomized Controlled Trials) ซึ่งมีระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า มีการศึกษาน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 5.88 สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยและคณะ (2555) ที่พบว่า มีจำนวนรายงานการวิจัยในระดับที่ 1 ร้อยละ 2.52 และระดับที่ 2 ร้อยละ 26.05 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่ส่วนใหญ่ยังไม่อยู่ในระดับความน่าเชื่อถือที่เป็นข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่จะสามารถนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้

2. ประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก จากการสังเคราะห์งานวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ทำการศึกษาวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้คือ ประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การหกล้ม และการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยและคณะ(2555) ที่พบว่า ประเด็นหลักคือ เรื่องโรค รองลงมาคือ การหกล้ม และการดูแลตนเอง สำหรับประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ ใช้รูปแบบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ร้อยละ 60

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของกัตติกา ธนะขำและคณะ(2553) ที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัย ที่มีการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 จำนวน 48 เล่ม ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 75 ใช้แนวคิดของเพนเดอร์ ในการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

3. ส่วนการวิจัยเกี่ยวกับโรค พบว่า ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุภาคตะวันออก ส่วนใหญ่ คือ โรคเบาหวาน รองลงมา คือ โรคสมองเสื่อม ภาวะหัวใจวายและโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วนิตา ดุรงค์ฤทธิชัยและคณะ(2555) ที่พบว่า มีการศึกษาวิจัยในงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศในช่วงเวลาเดียวกัน คือ โรคซึมเศร้า รองลงมาคือ โรคสมองเสื่อม และโรคเบาหวาน แสดงให้เห็นว่าตามบริบทของชุมชนในเขตภาคตะวันออก ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในภาคนี้ ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและนิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่อาจจะมีผลต่อการเกิดโรสดังกล่าวได้ และเป็นโรคที่สามารถชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ได้หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงเป็นโรคที่มีการศึกษาวิจัยมากที่สุด ในผู้สูงอายุภาคตะวันออก

4. งานวิจัยในระดับที่ 3 และ 4 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับสวัสดิการและโครงการเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ คณะอาจารย์และนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2552) ที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัย ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2552 จำนวน 175 เล่ม พบว่า มีงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ 13 เล่ม โดยพบปัญหาของผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม คือ 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และจิตของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ไม่สามารถทำกิจกรรมทางกายได้อย่างปกติ และมีปัญหาซึมเศร้า 2) ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านพื้นฐานในการดำรงชีพ เช่น ไม่มีเงินออมหรือทรัพย์สินสำรองใช้ยามจำเป็น และไม่มีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ของตนเอง 3) ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านการถูกละเมิดสิทธิ เช่น ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการและบริการของรัฐ โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งขาดแคลนอุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต และ 4) ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านตกอยู่ในสภาวะยากลำบาก เช่น ยากจน มีรายได้ไม่เพียงพอ ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และขาดผู้ดูแล ซึ่งปัญหาทั้ง 4 กลุ่ม จะเห็นได้ว่าเป็นปัญหาเชิงสังคมและการสนับสนุนจากสังคม ถึง 4 ด้าน และตรงกับประเด็นในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเช่นเดียวกัน

5. สถานการณ์ด้านภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับ ดี และดีมาก โดยส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของกัตติกา ธนะขำ และคณะ(2553) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูงอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .60$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ยังคงรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดี และมีแนวโน้มที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริม

สุขภาพ ซึ่งหากจะดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติ นั้น มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จได้

6. การสังเคราะห์งานวิจัยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีการศึกษาวิจัยมากที่สุด โดยพบว่า ผลการศึกษาวิจัยเสนอรูปแบบการควบคุมโรคเบาหวาน 2 รูปแบบ คือ 1)โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีการดำเนินการติดตามประสิทธิผลของผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง และ 2)โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลควบคุมโรคเฉพาะเรื่อง โดยพบว่า

6.1 การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีการดำเนินการติดตามประสิทธิผลของผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือดแดงได้

6.2 การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลควบคุมโรคเฉพาะเรื่อง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติสมาธิ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ซึ่ง สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยโรคเรื้อรังในชุมชน ของภาคเหนือ(จักรกฤษณ์ วัชรราชวร,2552) ที่พบว่า โรคเรื้อรังในชุมชนภาคเหนือส่วนใหญ่ คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งควรมีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุก 6 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการพัฒนาต่อไปโดยผลลัพธ์ในแต่ละระยะๆ ในผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ ซึ่งหลังจากการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ผู้ป่วยสามารถทราบว่าจะต้องทำอะไร ทำอย่างไร ต้องการที่จะทำและสามารถทำตามที่ได้เรียนรู้ เพื่อเป้าหมายในการให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประเมินทุกครั้งที่ได้รับการเรียนรู้

2. ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยประเมินก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติ ทุก 2 - 4 สัปดาห์ และทุก 3 - 6 เดือน

3. ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก โดยการประเมินผลการตรวจ ความดันโลหิต น้ำหนักตัวหรือดัชนีมวลกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ HbA1C ระดับไขมันในเลือด และการตรวจตาและเท้า

4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยการประเมินด้านคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความสามารถในการแก้ปัญหา

7. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยในส่วนของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ที่แต่ละโครงการย่อย ของแผนงานนี้ ทำการศึกษาวิจัยใน มีการค้นพบที่สอดคล้องกัน ดังนี้

1) ผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 , 84.6 , 76.57 และ 70.3 (ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธุ์และคณะ,2555 ; พิสิษฐ์ พิริยาพรณ และคณะ, 2555 ; สมชาย ยงศิริและคณะ, 2555 ; ยุวดี รอดจากภัยและคณะ, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถิติจากการสำรวจจำนวนประชากรกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ประจำปี พ.ศ. 2555 ที่รายงานว่า ในภาพรวมของประเทศไทย มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย ในอัตราส่วน ร้อยละ 55.6

ต่อ 44.4 (กรมการปกครอง, 2556) และจำนวนประชากรผู้สูงอายุในภาคกลาง เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน ร้อยละ 56.5 ต่อ 43.5 แสดงให้เห็นว่า **ผู้หญิงเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประชากรผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก**

2) อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในชุมชน คือ 67.3 ± 5.64 ปี (สมชาย ยงศิริและคณะ, 2555) และในศูนย์ให้บริการแบบพักค้าง คือ 71.92 ปี (พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ, 2555) โดย พบว่า มีความสอดคล้องของช่วงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษาวิจัย 3 โครงการวิจัยย่อย พบว่า มีผู้สูงอายุในชุมชน อายุต่ำกว่า 70 ปี มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 70 ปี (ร้อยละ 66.11 : 33.89 , ร้อยละ 54.7: 45.3 และ 77.33 : 22.67) (ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์และคณะ, 2555 ; สมชาย ยงศิริและคณะ, 2555 ; ยุวดี รอดจากภัยและคณะ, 2555) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ รายงานสถิติจากการสำรวจจำนวนประชากรกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ประจำปี พ.ศ. 2555 ที่รายงานว่า ในภาพรวมของประเทศไทย ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี มีน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 70 ปี ในอัตรา ร้อยละ 49.8 ต่อ 50.2) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า สอดคล้องกับสถิติของผู้สูงอายุในภาคกลาง ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี มีจำนวนมากกว่า ผู้สูงอายุ ที่มีอายุเกิน 70 ปี ที่รายงานโดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ในอัตรา ร้อยละ 54.3 ต่อ 45.7 (กรมการปกครอง, 2556) แสดงให้เห็นว่า **ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ในภาคตะวันออก มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุที่ต่ำกว่า 70 ปี เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)**

3) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 55.7, 57.5 และ 43.93) และสถานภาพ หม้าย เป็นลำดับรองลงมา (ร้อยละ 31.33 , 39.33 และ 29.84) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2554 ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คือ ร้อยละ 59.9 แต่มีแนวโน้มลดลง จากปี พ.ศ. 2537 ที่มีร้อยละ 61.9 โดย พบว่า มีจำนวนของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หม้าย มากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของแผนงานนี้ แสดงให้เห็นว่า **ผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ โดยสถานภาพสมรสหม้ายรองลงมา**

4) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.1, 68.2 และ 78.0) โดยมีผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา รองลงมา (ร้อยละ 36.6 , 23.85 และ 18.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2554 ที่พบว่า ประชากรผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2554) แสดงให้เห็นว่า **ผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ส่วนใหญ่ ยังมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา เป็นส่วนใหญ่ แต่จำนวนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ก็มีมากกว่า ที่ไม่ได้รับการศึกษามาก**

8. การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในการให้บริการแบบช่วงกลางวัน ผลการศึกษา พบว่า มีความต้องการมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5 องค์ประกอบ 14 มาตรฐาน ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ มี 4 มาตรฐาน 2) องค์ประกอบคุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการ มี 2 มาตรฐาน 3) องค์ประกอบด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ มี 6 มาตรฐาน 4) องค์ประกอบด้านระบบ

การเงินและการคลัง มี 2 มาตรฐาน และ 5) องค์ประกอบด้านระบบมาตรฐานภายใน มี 1 มาตรฐาน และจากการสนทนากลุ่มความเห็นต่อข้อมาตรฐานที่ได้พบว่าทั้งผู้ใช้บริการและผู้รับบริการเห็นด้วยในระดับมาก ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานบริการและการกำกับติดตามประเมินผลการทำงานของสถานบริบาลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกให้เป็นแนวทางเดียวกันได้

9. การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง พบว่า กลุ่มผู้ที่ให้บริการบริการผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง ตามบริบทของภาคตะวันออก ส่วนใหญ่ เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 30.8) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มแรงงาน คุณวุฒิระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ถึงตอนปลาย และไม่ได้ผ่านการรับรองการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สถานบริบาลส่วนใหญ่ ใช้กระบวนการสอนงานและอยู่ในความควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ มีความต้องการมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการบริหารจัดการและการปฏิบัติงาน ที่ผู้ดูแลควรได้รับการรับรองหรือผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

10. กลุ่มผู้สูงอายุในการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71.92 ปี และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า (ร้อยละ 29.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) ที่ระบุว่า ผู้สูงอายุไทยพบในผู้สูงอายุหญิงเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท และประมาณ ร้อยละ 31 ของผู้สูงอายุไทยไม่ได้รับการศึกษาในระบบ แสดงให้เห็นว่า แม้พื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเป็นเขตเมือง แต่ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง เป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง และมีระดับการศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย เช่นเดียวกับภาพรวมการศึกษาระดับประเทศ

11. จากผลการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ความต้องการของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง พบว่า มีองค์ประกอบและมาตรฐานที่มีความคล้ายคลึง และแตกต่าง จากการศึกษาวิจัยของนักวิจัย หรือนักวิชาการต่าง ๆ ในประเทศ ดังนี้

11.1 ความสอดคล้องกันในด้านมาตรฐานดูแลสุขภาพ และด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของธนัช กนกเทศ (2549) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ที่พบว่า ประกอบด้วยมาตรฐานด้านสุขภาวะทางกาย ด้านสุขภาวะทางจิต ด้านสุขภาวะทางสังคม ด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ด้านหลักประกันทางสังคม ด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ด้านการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ ด้านการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ด้านการพึ่งตนเองทางสังคมและวัฒนธรรม และด้านสำนักสาธารณะ รวม 10 มาตรฐาน

11.2 ความแตกต่าง หรือประเด็นที่แตกต่างของมาตรฐานนี้กับการศึกษาวิจัยอื่น ๆ

คือ

11.2.1 ด้านการบริหารจัดการ พบว่า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุได้ระบุถึงความต้องการให้มีระบบการบริหารจัดการที่ได้มาตรฐาน โดยความควบคุมดูแลของผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานวิชาชีพเฉพาะ ทั้งวิชาชีพ พยาบาล แพทย์ผู้ให้การดูแล และสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริบาลที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความมั่นใจ และเป็นหลักประกันได้ถึงคุณภาพและมาตรฐานของการบริการ

11.2.2 ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเรื่องการไ้ยา และการบริหารจัดการเรื่องยา ซึ่งผู้วิจัยยังไม่พบในการศึกษาวิจัยอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความตื่นตัว มีความรู้ และต้องการการดูแลเรื่องยาที่มีมาตรฐานและมีการควบคุมดูแลเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการไ้ยาให้แก่ผู้สูงอายุ

11.2.3 ด้านระบบมาตรฐานภายใน ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการและมีความคิดเห็นว่ามาตรฐานนี้ มีความสำคัญและจำเป็นในระดับที่มากที่สุด เนื่องจากเป็นระบบและกลไกในการรับรองคุณภาพของการให้บริการ ที่มีระบบการตรวจสอบ ให้การรับรอง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

12. จากการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ, กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต คือ ภาวะโภชนาการและรายได้ที่มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เช่นกัน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้คือคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการจริงดังที่เคยมีการศึกษาในกลุ่มประชากรต่าง ๆ จำนวนมาก เช่น การศึกษาในประเทศอังกฤษใช้กลุ่มประชากรผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจำนวน 149 ราย วัดคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบกับภาวะโภชนาการโดย MNA พบว่า คะแนนจาก MNA มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยที่ความสามารถในการรับประทานอาหาร โรคร่วม และภาวะทางจิตไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตแต่อย่างใด (Rasheed and Woods , 2013) ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับคุณภาพชีวิตกลับพบว่าไม่มากนัก ล่าสุดในปี 2553 มีรายงานการศึกษาประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 450,000 ราย พบว่ารายได้กับระดับการศึกษา มีผลดีต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ภาวะสุขภาพ ผู้ดูแล ความเปล้าเปลี่ยวและการสนับสนุนที่มีผลต่อภาวะอารมณ์ ผู้วิจัยสรุปว่าการมีรายได้สูงสามารถซื้อความพึงพอใจในชีวิตแต่ไม่สามารถซื้อความสุขได้ แต่การมีรายได้ต่ำสัมพันธ์กับทั้งคุณภาพชีวิตที่ต่ำและภาวะอารมณ์ที่แย่ด้วย (Kahneman and Deaton, 2010)

การพยายามปรับภาวะโภชนาการให้ดีขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่าง ๆ อาจจะมีผลดีต่อคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่การศึกษาในโรคมะเร็งลำไส้ ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการบำบัดมีอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากการรักษาน้อยกว่า มีอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ(Ravasco, Monteiro-Grillo and Camilo , 2012) ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการเสริมอาหารระหว่างการฟอกเลือดและคำแนะนำด้านโภชนาการก็มีคุณภาพชีวิตโดยการวัดด้วย Kidney Disease Quality of Life-Short Form สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Scott MK, Shah NA, Vilay AM, Thomas J 3rd, Kraus MA, Mueller BA., 2009) ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับโภชนาการบำบัดร่วมกับการรักษามาตรฐานพบว่าภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญแม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างด้านจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Ha L, Hauge T, Spenning AB, Iversen PO.,2010) การศึกษาในผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังพบว่าทำให้โภชนาการบำบัดร่วมกับออกกำลังกายช่วยให้มีศักยภาพทางกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งลดระดับสารอักเสบในเลือดได้ด้วย(Sugawara K, Takahashi H, Kasai C, Kiyokawa N, Watanabe T, Fujii S, et al.,2010) การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับกระบวนการดัดแปลงในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีไม่มากนัก ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่บ้านพักคนชรา การให้โภชนาการบำบัดด้วยอาหารทางปากสามารถเพิ่มศักยภาพทางกายและคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มควบคุม (Stange I, Bartram M, Liao Y, Poeschl K, Kolpatzik S, Uter W, et al.,2013)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีภาวะโภชนาการจากการวัดด้วย MNA อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 64.4 เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 35.15 กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการดี เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติด้านความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการดีเป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเช่นกัน มีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับปรุงพฤติกรรมผู้สูงอายุโดยการให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเป็นเวลา 6 เดือนสามารถเพิ่มศักยภาพทางกายและเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ยังไม่ได้มีการวัดภาวะโภชนาการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Burke L, Lee AH, Jancey J, Xiang L, Kerr DA, Howat PA, et al.,2013) มีความเป็นไปได้ว่าการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวอาจจะเพียงพอในการเสริมสร้างภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากมีข้อมูลว่าการได้รับอาหารเสริมประเภทโปรตีนเพิ่มจากเดิมในผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอไม่ได้เพิ่มมวลกล้ามเนื้อมากไปกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอาหารเสริมร่วมกับการออกกำลังกายแบบ resistant-type exercise training (Leenders M, Verdijk LB, Van der Hoeven L, Van Kranenburg J, Nilwik R, Wodzig WKWH, et al.,2013) เป็นที่

นำเสนอว่าการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนจะสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นได้หรือไม่ ซึ่งในการศึกษารั้งนี้วางแผนที่จะในข้อมูลจากการวิจัยในปีที่ 1 ไปสร้างรูปแบบการพัฒนาภาวะโภชนาการในชุมชนร่วมกับองค์กรภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การวัดสัดส่วนของร่างกายด้วยเครื่อง BCM พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินคือมีดัชนีมวลกายสูงกว่า 25 kg/m^2 โดยมีดัชนีเนื้อเยื่อไขมันมากกว่ากลุ่มประชากรมาตรฐานค่อนข้างมากและมีดัชนีมวลกล้ามเนื้อน้อยกว่าประชากรมาตรฐานที่อายุ เพศ เดียวกัน เมื่อนำผลการวิเคราะห์สัดส่วนของร่างกายด้วยเครื่อง BCM มาประกอบกับการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น พบว่าผลการตรวจด้วยเครื่อง BCM มีความสัมพันธ์กับการวัดภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือ MNA แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่อย่างใด เป็นที่ยอมรับกันดีว่าการวัดสัดส่วนของร่างกายด้วยเครื่องมือ BCM นั้นสามารถใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการได้เป็นอย่างดี (Withers RT, LaForgia J, Pillans RK, Shipp NJ, Chatterton BE, Schultz CG, et al.,1998 ; Fakhrawi DH, Beeson L, Libanati C, Feleke D, Kim H, Quansah A, et al.,2009) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ แต่การที่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตนั้นน่าจะอธิบายได้จากการแยกตัวองค์ประกอบต่างๆตามทฤษฎีการวัดสัดส่วนของร่างกายมีความละเอียดมากกว่าการวัดด้วย MNA ซึ่งเป็นผลรวมของปัจจัยต่างๆรวมกันแล้ว จึงมีความสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตมากกว่า

13. สถานการณ์โรคในผู้สูงอายุ ภาคตะวันออก พบว่า สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเรียงลำดับ 5 ลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ส่วนใหญ่มักจะศึกษาในกลุ่มของโรคเบาหวาน มากกว่า โรคเรื้อรังชนิดอื่น ๆ ซึ่งสถานการณ์โรคเรื้อรัง ที่พบในผู้สูงอายุภาคตะวันออก มีความสอดคล้องกับ ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการสำรวจครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ที่พบว่า โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ที่มากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.1 และโรคเบาหวาน เป็นอันดับ 3 ร้อยละ 15.9 โดยมีแนวโน้มของโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูงสูงขึ้น จากการเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2546-2547 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข , 2552) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกมีโรเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

14. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก มีความต้องการด้านการสนับสนุนจากสังคมต้องการความรักจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในภาคตะวันออกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ วัยต้น (60-69 ปี) ทำให้มีความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด รองลงมาคือ การให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่ง จากการศึกษาวิจัยในแผนงานนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังรับรู้ว่ตนเองมีสุขภาพที่ดี ความต้องการการดูแล จึงขึ้นอยู่กับความรู้ภาวะสุขภาพของตน

(ราชันี สรรเสริญ และคณะ , 2554) ดังนั้น ผู้สูงอายุในภูมิภาคนี้ จึงมีความต้องการดูแลในด้านการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

15. การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ตามบริบทของภูมิภาคตะวันออก ของไทย มีความหมาย 2 แบบ คือ

- 1) ผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน และมีอาการทรุดลง ก่อนเสียชีวิต
- 2) ผู้ที่รักษาที่โรงพยาบาลไม่ได้แล้ว ต้องมาดูแลเพื่อเสียชีวิตที่บ้าน ก

การตายอย่างสงบที่บ้าน หมายถึง การตายที่หมดอายุขัย และจากไปแบบไม่ทรมาน การตายที่สงบและอบอุ่น ณ บ้านของตนเอง การตายที่ไม่รบกวนลูกหลาน การตายที่มีลูกหลานมาอยู่รอบข้าง และการตายตามธรรมชาติที่ทำให้ลูกหลานมีความสุข สบายใจ

ความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มี 2 ข้อ ได้แก่ 1) การได้ทำบุญก่อนจากไป 2) การมีโอกาสได้สั่งเสียลูกหลาน

การเตรียมผู้สูงอายุและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุตามอย่างสงบ ควรประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 7 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. การที่ลูกหลานอยู่เคียงข้างตลอดเวลา
2. การมีเสียงพูดบอกนำทางก่อนสิ้นใจ
3. การช่วยให้ได้ทำบุญที่บ้าน
4. การที่ลูกหลานช่วยให้หมดความห่วงกังวล
5. การดูแลความสุขสบาย คอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
6. การที่ลูกหลานทำให้ตามที่รับปากไว้
7. การจัดเตรียมสิ่งของตามความเชื่อไว้ให้ก่อนการตาย

จะเห็นได้ว่า การที่จะพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ในภูมิภาคตะวันออกของไทย ผู้สูงอายุต้องการให้ลูกหลาน หรือคนในครอบครัว เป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือ เป็นสำคัญ การได้ทำบุญตามความเชื่อทางศาสนาจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบและมีสภาพจิตใจ ดีขึ้นก่อนตาย รวมถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เป็นสิ่งส่งเสริมให้จิตวิญญาณผู้สูงอายุได้ตายอย่างหมดห่วงหมดกังวล และสงบสุข

ข้อเสนอแนะ

1. รายงานการวิจัยฉบับนี้ เป็นการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ผลการศึกษาวิจัย ของโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร แบบบูรณาการ ซึ่งเป็นเพียงการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 เท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่โครงการวิจัย ในระยะที่ 1 มักเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เชิงสำรวจ การสังเคราะห์และวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในมิติต่าง ๆ ซึ่งการจะนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ ควรศึกษารายละเอียดจากรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของโครงการวิจัยย่อยในแต่ละโครงการประกอบด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน และนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสม

2. การศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย จะมีความต่อเนื่องในการศึกษาในระยะที่ 2 ของ การศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นแผนงานวิจัยในชุดโครงการเดียวกันนี้ ในปีที่ 2 ซึ่งการวิจัยส่วนใหญ่ จะใช้ วิธีดำเนินการวิจัยที่นำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปสู่การปรับปรุงแก้ไข หรือพัฒนาให้เกิดสุขภาวะแก่ ผู้สูงอายุในภูมิภาคตะวันออก หรือเกิดการพัฒนารูปแบบ ต้นแบบ ในการนำไปขยายผลต่อไป

3. ผลการศึกษาวิจัยในแผนงานการวิจัยนี้ จะได้นำไปสรุปในภาพรวม ในระยะสุดท้ายของ แผนงานอีกครั้งใน ปีที่ 3 เพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ หรือประสิทธิภาพของการนำกระบวนการศึกษาวิจัย ไปสู่การปฏิบัติที่เกิดผลและสามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน และประเทศชาติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบกับบริบทของผู้สูงอายุในภูมิภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย หรือในอาเซียน เพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่ดี ที่สามารถบางวันและแลกเปลี่ยนกันได้

2. ควรนำแนวคิดที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยเชิงทฤษฎี ไปทดลองใช้และหาประสิทธิผล เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงประจักษ์ เพื่อตรวจสอบ ยืนยันผลการศึกษาวิจัยที่ได้ ก่อนนำไปสู่การขยายผล

3. การขยายผล ควรเริ่มต้น ในกลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก หรือชุมชนต้นแบบก่อน ที่จะนำไปสู่การ ขยายผลในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งสามารถที่จะทำการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการสร้างต้นแบบ การใช้ กระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

- กมล สดุดประเสริฐ. (2540). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประสานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามารบิตสาร*, 14(3): 358-39
- กัตติกา ธนะขำ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา (2552). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. *Journal of Nursing Science*. 2010; 28(3): 60 – 68
- กนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. (2544). เอกสารการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. กองพัฒนาอาสาสมัครและผู้นำท้องถิ่นกลุ่มงานวิจัยและพัฒนากรมการพัฒนาชุมชน.
- จักรกฤษณ์ วัชรานนท์. (2552). บทความการสังเคราะห์งานวิจัยโรคเรื้อรังในชุมชนจากงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. คณะสาธารณสุขศาสตร์. วิทยาลัยเชียงราย.
- จารุ มิตรราช. (2553). การดำเนินงานตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลธร รักษาณรงค์. (2545). "การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนสะพานพระรามหก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร." สารนิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการโครงการ สวัสดิการสังคม.สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชนัน กนกเทศ. (2549). การพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาพัฒนสังคม มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. 2542, *สรุปผลการวิจัยเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. (2546). การวิจัยแบบบูรณาการ : ประสบการณ์ตรงจากภาคสนาม. *วารสารวิธีวิทยาการวิจัย*. 16(3)
- ผ่องพรรณ ดรัยมงคลกุล. (2543). *การวิจัยในชั้นเรียน*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.

พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์และคณะ. (2551). สถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพและการพัฒนา ตัวชี้วัด
สุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน.

พันธ์ทิพย์ รามสูตร.(2540). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ. พี.เอ.อีฟวิ่ง.

พริยา สุทธิเลิศ (2551) การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ . กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ เวชทา กลิ่นวิชิต พวงทอง อินใจ รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ และวารี กังใจ.(2555).
การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง. โดยการสนับสนุนของ
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.

เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ) (2540). “การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป
ประเทศไทย ปี พ. ศ. 2538. “ นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กร
ทรวงสาธารณสุข.

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธุ์และคณะ. (2555). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การ
มีส่วนร่วมของชุมชน (ปีที่ 1) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.

มัทนา พนานิรามัย. (2546). “หลักประกันผู้สูงอายุไทย : บทเรียนจากบางประเทศในเอเชีย” ใน
วารสารเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 (มีนาคม 2546).

มัลลิกา มัติโก. (2542). “ประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย : วิเคราะห์จาก
วิทยานิพนธ์.” กรุงเทพฯ : กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. มูลนิธิ
สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย โดยการสนับสนุนของกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการ
ผู้สูงอายุแห่งชาติ: กรุงเทพฯ; 2551

ยงยุทธ ศรีสูงเนิน. (2553). การศึกษาการปฏิบัติตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กร
บริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ยุวดี รอดจากภัยและคณะ. (2555). รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
(ปีที่ 1).โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.

ลลิลญา ลอยลม. (2545). การเตรียมตัวก่อนเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ.

วิทยานิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม.สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัว
เฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยและคณะ.(2555). สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

วันเพ็ญ ปันราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร

ดุชนิพนธ์ิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ. (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. พงษ์พานิชย์เจริญผล. กรุงเทพฯ.

วิภาวรรณ ลีลาสำราญ และ วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2547). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและในโรคต่าง ๆ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

วิโรจน์ สารัตนะ. (2548). โรงเรียนองค์การแห่งการเรียนรู้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีทางการบริหารการศึกษา.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ทิพย์วิสุทธิ.

ศศิธร ธรรมารักษ์.(2539). "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล." คุณภาพชีวิตของคนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. เอกสารประกอบการสัมมนา วันที่ 25 กรกฎาคม 2539. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2541. รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในประเด็นเรื่องการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ (เอกสารกองบริหารงานวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพันธุ์ สาสัดย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2552). ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ.วารสารประชากรศาสตร์. 2552; 25(1): 45-62

สมชาย ยงศิริ และคณะ.(2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (ปีที่ 1) การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุภาคตะวันออก. โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.

สมพร ชัยอยุธยา. (2542). "คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น." วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สิทธิณัฐ ประพุทธินิติสาร. (2547). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนวิจัยสนับสนุนการวิจัย.

สิรินทร จันศิริกาญจน. 2542, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ไกล่หมอ. 21(7) กรกฎาคม 2542.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542).

ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2542). ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.

สุภางค์ จันทวานิช. (2543). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 9).

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232)

สุริยา วีรวงศ์. (2536). ระเบียบวิธีวิจัย : และเทคนิคของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. ใน

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสมใจ ประมาณพล(บรรณาธิการ). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม* (หน้า 41). กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550, *ผู้สูงอายุไทย*, กรุงเทพฯ : กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักมาตรฐานการศึกษา. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. สำนักงานสภาราชภัฏ. สำนักงานมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ.

อุดมลักษณ์ บุญเกษ. (2553). *มาตรฐานการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวเสือ อำเภอขุนซันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Burke L, Lee AH, Jancey J, Xiang L, Kerr DA, Howat PA, et al. (2013). Physical activity and nutrition behavioural outcomes of a home-based intervention program for seniors: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*;10:14.

Fakhrawi DH, Beeson L, Libanati C, Feleke D, Kim H, Quansah A, et al. (2009). Comparison of body composition by bioelectrical impedance and dual-energy x-ray absorptiometry in overweight/obese postmenopausal women. *J Clin Densitom*;12:238–44.

Ha L, Hauge T, Spenning AB, Iversen PO. (2010). Individual, nutritional support prevents undernutrition, increases muscle strength and improves QoL among elderly at nutritional risk hospitalized for acute stroke: a randomized, controlled trial. *Clin Nutr Edinb Scotl* ; 29: 567–73.

Hardman, A. E. & Stensel, D. J. (2003). *Physical activity and health : the evidence explained*. London : Routledge.

Kahneman D, Deaton A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proc Natl Acad Sci*;107:16489–93.

Klainin-Yobas, P. & Ounnapiruk, L., (2010). A meta-analysis of self-care behaviour among elderly individuals in Thailand: An update. *Nursing Science Quarterly*, 23(2), 156-163.

Leenders M, Verdijk LB, Van der Hoeven L, Van Kranenburg J, Nilwik R, Wodzig WKWH, et al.

- (2013).Protein supplementation during resistance-type exercise training in the elderly. *Med Sci Sports Exerc.*;45:542–52.
- Mason,E.J. (1994). How to write nursing standard(3rd ed.). New York: John Wiley & Son.
- Rasheed S, Woods RT. (2013). An investigation into the association between nutritional status and quality of life in older people admitted to hospital. *J Hum Nutr Diet* :n/a–n/a.
- Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo M. (2010). Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients: long-term follow-up of a randomized controlled tri of nutritional therapy. *Am J Clin Nutr.* 2;96:1346–53.
- Scott MK, Shah NA, Vilay AM, Thomas J 3rd, Kraus MA, Mueller BA. (2009). Effects of peridialytic oral supplements on nutritional status and quality of life in chronic hemodialysis patients. *J Ren Nutr Off J Counc Ren Nutr Natl Kidney Found*;19:145–52.
- Stange I, Bartram M, Liao Y, Poeschl K, Kolpatzik S, Uter W, et al. (2013). Effects of a low-volume, nutrient- and energy-dense oral nutritional supplement on nutritional and functional status: a randomized, controlled trial in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*;14:628.e1–8.
- Sugawara K, Takahashi H, Kasai C, Kiyokawa N, Watanabe T, Fujii S, et al. (2010). Effects of nutritional supplementation combined with low-intensity exercise in malnourished patients with COPD. *Respir Med* ;104:1883–9.
- Wadhwa M. and Lugmair G. W. (1997) The controversy of young vs. old age of formation of carbonates in ALH84001. Conference on Early Mars: Geologic and hydrologic evolution, physical and chemical environments, and the implications for life, LPI Contribution No. 916, 79-80.
- Withers RT, LaForgia J, Pillans RK, Shipp NJ, Chatterton BE, Schultz CG, et al. (1998). Comparisons of two-, three-, and four-compartment models of body composition analysis in men and women. *J Appl Physiol Bethesda Md* .1985;85:238–45.