

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

รายงานแผนงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 2)

Development of Integrative Aging Care Model (Phase II)

พิสิษฐ์ ปริยาพรรณ และคณะ

A ๕ ๐๑๐๖๓๒๙

- 8 ส.ค. 2558

3 4 6 9 3 9

๕๐๑ 727 69

แผนงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ประจำปีงบประมาณ 2556

เริ่มบริการ

22 ก.ค. 2558

## กิตติกรรมประกาศ

## Acknowledgement

แผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” ปีที่ 2 เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนวิจัย จาก สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม แผนงานวิจัยนี้มีระยะเวลาการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2555-2557) ประกอบด้วยโครงการย่อย ทั้งสิ้น 19 โครงการ โดยในระยะที่ 2 หรือปีที่ 2 ได้ดำเนินโครงการวิจัยตามแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งสิ้น 6 โครงการ ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการเพื่อผลิตผลงานวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีคณะแพทยศาสตร์ เป็นแกนนำในการดำเนินการ และมีคณะวิชาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ดำเนินงานร่วมกันได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคันธ์ ที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิแผนงานวิจัยนี้ ตลอดจนคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตรธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2557

## การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 2)

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ,ดร.เวชกา กลิ่นวิชิต,ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์

พญ.เพ็ชรงาม ไชยวานิช ,ดร.ยุวดี รอดจากภัย และ

ดร.ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์

คณะแพทยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### บทคัดย่อ

แผนงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 4) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ 5) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 6) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างและแบบช่วงกลางวัน และ 7) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้านและโรงพยาบาล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย วิธีดำเนินการวิจัย ใช้วิจัยเชิงพัฒนาการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงพรรณนา และการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2556-กันยายน 2557 ผลการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย พบว่า

1. การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า 1) สถานการณ์และปัญหาของระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดเก็บข้อมูลที่หลากหลาย และมีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบ การเก็บข้อมูลเป็นลักษณะการส่งต่อข้อมูลจากหน่วยย่อยไปสู่ส่วนกลาง ไม่ได้มีฐานข้อมูลที่หน่วยงานตนเองสามารถสืบค้นหรือนำมาใช้ในการวางแผนหรือประเมินผลงานได้ บัญชีรายงานมีจำนวนมาก เป็นภาระของผู้จัดเก็บ เทคโนโลยีในการจัดเก็บไม่เพียงพอ 2) ความต้องการระบบสารสนเทศ ได้แก่ การมีข้อมูลบริการแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ให้บริการตามความจำเป็นและเหมาะสมกับบริบท ข้อมูลมีความถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลาและได้มาตรฐานสามารถเชื่อถือได้ สามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือควรมีศูนย์กลางบริการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ 3) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วย 1.ฐานข้อมูลด้านระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2. ฐานข้อมูลสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3. ฐานข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน และกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคเครือข่าย

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ คือ การให้ความรู้ด้านโภชนาการเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย

4. เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น มีความเหมือนกันเป็นส่วนใหญ่ เช่น มีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชน สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติที่ดี/สถาปัตยกรรม/ สิ่งประดิษฐ์ สำหรับผู้สูงอายุแต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียดบางอย่าง เช่น มาตรการในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นจะเหมือนกันทั้งภาครัฐและเอกชน การดูแลผู้สูงอายุจะมีบริบททางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นมีการดำเนินการที่จะลดการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและพยายามให้ผู้สูงอายุได้พึ่งตนเองได้ในขณะเดียวกันจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและผู้สูงอายุที่มีอายุยืนนานขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่ชัดเจนมากขึ้น ดังนี้

1) ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแล มีสังคมของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน  
2) มีการดูแลในวิถีชีวิตประจำวัน การดูแลอนามัยพื้นฐาน 3) มีการจัดอบรม อาสาสมัครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ 4) ธุรกิจการรับจ้างดูแลผู้สูงอายุ และ 5) มีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

5. 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 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. การที่ลูกหลานทำให้ตามที่ได้รับปากไว้ 7. การจัดเตรียมสิ่งของตามความเชื่อไว้ให้ก่อนการตาย

6. การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ตามบริบทของภาคตะวันออก ของไทย พบว่า 1) ในทัศนะของผู้สูงอายุ มีความต้องการการดูแล ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจและและเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การต้องการให้ครอบครัวยอมรับการตายของตนไม่เศร้าเสียใจมาก การต้องการให้อภัยและขอบคุณผู้คน การขอจากไปโดยแวดล้อมท่ามกลางคนที่ตนรัก และลูกหลาน 2) ในทัศนะของญาติและสมาชิกในครอบครัว มีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย การป้องกันและแก้ปัญหารายบุคคลแก่

ผู้สูงอายุรวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ 3) ทิศนะต่อการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว มีทิศนะในเชิงบวก โดยเชื่อมั่นได้ว่าการตายนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด โดยญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องการให้เพิ่มความใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนคลายกฎระเบียบลงบ้าง ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ ความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้ญาติและครอบครัวมีโอกาสได้ล่ำลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพ สุขภาพผู้สูงอายุ

## **Development of Integrative Ageing Care Model (Phase II)**

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

Dr.Pechngam Chaiwanich, M.D., Asst. Prof .Dr. Yuvadee Rodjarkpai and

Dr.Siriluk 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 and hospital 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 research and developing, participatory action research, survey and descriptive research and qualitative research. Study time since October 2013 to September 2014. It was found that;

1. The health information for elderly revealed that 1) the problems situation in health information of the elderly were various data collected, several authorizes responsibility, data transfer system usually transfer from the unit optimize to the center but they cannot use this data to draw their plan or evaluate their works, many report and not enough technology for storage data. 2) Health information needs for elderly were necessary and appropriate information system for elderly and providers and easy to access for using. 3) the development of health information systems for the elderly in the eastern region contained of 1.Database on health care system for the elderly consisting of the health service, access to health service, standard of the hospital, rate of service and health assurance 2. Database on health situation consisting of infectious diseases, emerging diseases, chronic diseases, mental health and risk factors for the diseases. 3. Database on health behaviors for the elderly consisting of health factors, wisdom in health care of the community, health behaviors and health care potential.

2. The health promotion model for elderly in the eastern region needs participatory processes with empowerment for developing their health including working with health care network.

3. The nutrition care model for elderly consisted of nutritional education continuously and exercise for improving their quality of life..

4. The comparative health care in elderly between Japan and Thailand found similar in long term care policy, community and family based, welfare and innovative universal architected designs for elderly and different in some details such as; in Japan protocol for the elderly in public and private sectors were the same protocol but in Thailand was different , cultural of the country. The important issues for improving health care pattern for elderly in Thailand were 1) Community and family based help for setting elderly society and created more activities together. 2) Daily care with basic hygiene care for elderly 3) Volunteer training for elderly health care 4) Elderly care business and 5) the elderly care worker network.

5. 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. The end of life care at home 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.

6. Preparing of death and dying peaceful in hospital-based for the eastern elderly And their family found that 1) The most of elderly end-of-life care needs were mental and spiritual needs for support and promote their value and dignity such as they need their family will not grief when they die, they need to forgive and say thank you to some people, they need to die surrounding with people who love and their children. 2) the most of family member's end-of-life care needs were physical health care for prevent and solving elderly problems including get enough health information from the physicians and health care workers 3) Perception of peaceful end-of-life at hospital in elderly and family members were in positive way by trustful that they has been optimally help from the medical doctor to have survived. Relatives and family members assure to get help and care from medical personnel with professional ethics after they die. Condition of deceased will be completely protected human dignity. Wish to increase the intimacy to the relatives and family members of the elderly who pass away and flexibility for providing caring or lenient the rules of hospital. Death at hospital should be provided room or location for privacy patient, the relatives and their family have a last farewell with honor and decency. Should be trained to use words and actions to show respect and honor to the deceases and their family. Physicians should indentify predictors and communication to patients and their family to realized that in order to prepared before elderly patient death or near death.

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

## สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญเรื่อง.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ

## บทที่

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัย.....	2
เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย.....	3
เป้าหมายของผลผลิตและตัวชี้วัด.....	4
เป้าหมายของผลลัพธ์และตัวชี้วัด.....	4
กรอบแนวคิดของแผนงานวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	7
การเผยแพร่.....	7
ผู้ใช้ประโยชน์จากการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	8
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.....	10
ภาวะเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุไทย.....	11
สภาวะทางสุขภาพ.....	12
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	17
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	18
ความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ.....	20



## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
การส่งเสริมสุขภาพ.....	21
โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ.....	21
การออกกำลังกาย.....	22
การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ.....	25
สถานดูแลผู้สูงอายุไทย.....	26
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	28
แนวคิด หลักการและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	29
กระบวนการศึกษาวิจัยของแผนงาน	
ระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ.....	36
ข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพ.....	39
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
3    วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
แผนการบริหารแผนงานวิจัย.....	62
กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย.....	64
ระยะเวลา.....	65
สถานที่ทำการวิจัย.....	65
วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
4    ผลการศึกษาวิจัย.....	70
โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	
(ปีที่ 2)การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	
ผู้สูงอายุ.....	72

## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (ปีที่ 2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ การมีส่วนร่วมของชุมชน.....	75
โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (ปีที่ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ.....	77
โครงการวิจัยย่อยที่ 7 รูปแบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ปีที่ 2) เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและ ประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking.....	79
โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่2) “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ และครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน”.....	81
โครงการย่อยที่ 9 รูปแบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 1) การศึกษากระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัว ในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล.....	83
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	87
สรุปผลการวิจัย.....	87
อภิปรายผลการวิจัย.....	93
ข้อเสนอแนะ.....	98
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	99
บรรณานุกรม.....	100
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	105

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503-2553 และการคาดการณ์แนวโน้มของจำนวนประชากร ใน ปี พ.ศ. 2553 และ 2563.....	15

## สารบัญภาพ

ภาพที่		
1	กรอบแนวคิดของแผนงานวิจัย.....	6

# 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 และดำเนินกิจกรรมตามสาระสำคัญที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติดังกล่าว 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 การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุให้ประสานความช่วยเหลือ และระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนา การผลิตเทคโนโลยีเพื่อเตรียมการรองรับสภาพการณ์ดังกล่าว เพื่อเป็นการรองรับนโยบายดังกล่าว และเกิดความสอดคล้องในการดำเนินการ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำในภาคตะวันออกเฉียงใต้จัดทำแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัย โดยระบุให้ศาสตราจารย์

ดูแลผู้สูงอายุเป็นศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยต้องเร่งสร้างความเป็นเลิศและระดมทรัพยากรเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และความเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (มหาวิทยาลัยบูรพา , 2553) ทำให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการและการพัฒนาเพื่อผลิตผลงานวิจัยในศาสตร์ดังกล่าวจากการรวมกลุ่มของคณะผู้วิจัยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ ซึ่งมีศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือดังกล่าว ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร 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) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
- 6) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างและแบบช่วงกลางวัน

7) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตาย  
อย่างสงบ

### เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย

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

#### 1. ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม

มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนา  
คุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ และเป็นการจัดบริการทางสังคมสร้างโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึง  
บริการทางสังคมได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เสริมสร้างพลังให้กลุ่มผู้สูงอายุมีทางเลือกการใช้ชีวิตใน  
สังคม สร้างความมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการเสริมสร้าง  
ความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว ชุมชน

#### 2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคณะผู้สูงอายุแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางสังคมมีคุณภาพ  
ชีวิตที่ดี มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง และเป็นพลังในการพัฒนาสังคม

2.1 สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของ  
ผู้สูงอายุและสามารถดำรงชีวิตอย่างรู้เท่าทัน

2.2 สร้างปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต และพัฒนาแหล่งเรียนรู้  
ในชุมชน

2.3 สร้างความเข้มแข็งให้แก่สถาบันครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
ผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตในชุมชนที่สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ภาคตะวันออก

#### 3. ยุทธศาสตร์การสร้างเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจในภูมิภาค

มีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมและปรับตัวเข้าสู่บริบทโลกและภูมิภาคที่  
เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

3.1 สร้างความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยการยกระดับการ  
ให้บริการด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2 เสริมสร้างศักยภาพชุมชนและท้องถิ่นในการรับรู้และเตรียมพร้อมรับกระแส  
การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

3.3 สร้างเครือข่ายของสถาบันการศึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมใน  
ชุมชนและภูมิภาค

## 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 หน่วยงานหรือองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

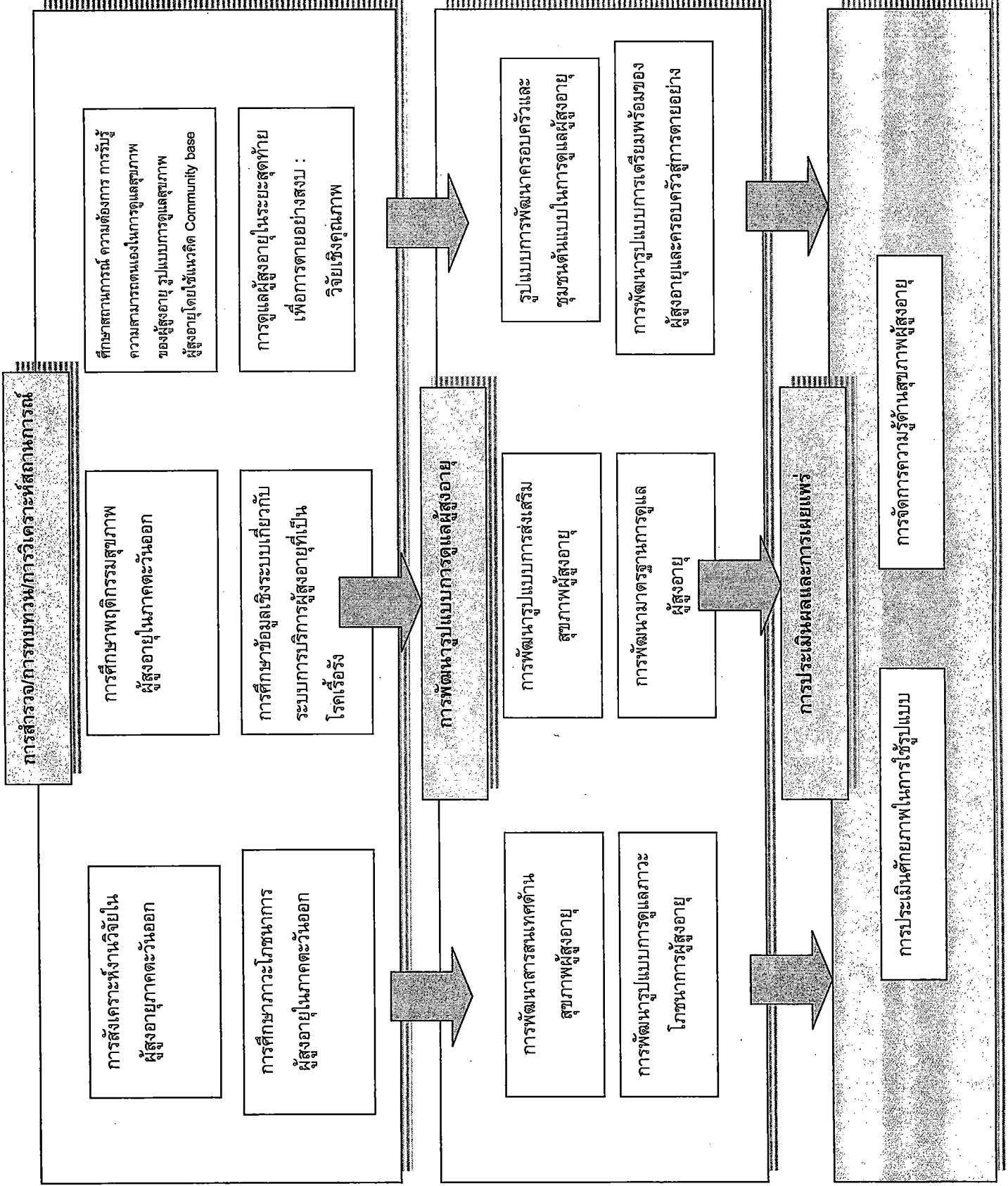
1. สามารถเข้าถึงและนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและใช้ประโยชน์ได้จากข้อมูลสารสนเทศ และฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างสะดวก รวดเร็ว
2. กลุ่มชุมชนและสมาชิกในชุมชนภาคตะวันออกสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนไปปฏิบัติได้จริง
3. มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
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. วิธีการBenchmarking
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 ทรวดโถม 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 ปัทมราช, 2552)

การพิจารณาว่า บุคคลใดเข้าข่ายผู้สูงอายุนั้น มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันตามการให้ความหมายของนักวิชาการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

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

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological ageing) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

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

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงานซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยเกษียณ

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีระวิทยาเรื่องทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีระวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยผู้สูงอายุ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี พันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี พันถึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุ 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 คน ต่อประชากรพันคนในปีพ.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 พานานิรามย์ และนางนุช สุนทรชวกานต์, 2545) มีผู้สูงอายุร้อยละ 22 เป็นบุคคลหลักในการหาเลี้ยงครอบครัวโดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุชายในเขตชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรม ผู้สูงอายุในชนบทจำเป็นต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เนื่องจากลูกหลานนิยมย้ายออกไปทำงานต่างถิ่นหรือทำงานในเมืองใหญ่ และเมื่อมีบุตรภักนำมาฝากให้ปู่ ย่า ตา ยายดูแล การเลี้ยงดูเด็กจึงตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูตนเองแล้วยังต้องหาเลี้ยงบุตรหลานอีกด้วย และผู้สูงอายุอาจมีรายได้บางส่วนจากการถือฤกษ์จากบุตรที่ไปทำงานต่างถิ่น ส่งเงินมาให้สำหรับเป็นค่าเลี้ยงดูหลานที่นำมาฝากให้ผู้สูงอายุช่วยเลี้ยง นอกจากนี้บุตรจะเป็นแหล่งสำคัญในการสนับสนุนใช้จ่ายยามเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในขณะเจ็บปวดหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### รายได้ของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลของบิสิเนสไทย (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 ผู้สูงอายุมียอดรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 20000 บาทต่อปี และแหล่งรายได้สำคัญคือจากบุตร รองลงมาคือจากการทำงานของตนเองและการได้รับการสงเคราะห์มีสัดส่วนที่ต่ำที่สุด โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทมีแหล่งรายได้จากการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

### สภาวะทางสุขภาพ

#### สถานภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Status of Aging)

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้ระบบภายในร่างกายของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายชะงักการเจริญเติบโตเริ่มเสื่อมถอยและทำงานอย่างไม่ปกติ อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทำให้ผิวด้านหนึ่งเหี่ยวย่น 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) อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมิได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดจะมีภาวะการเจ็บป่วยและเป็นโรค ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากยังเป็นกลุ่มที่มีร่างกายแข็งแรงสามารถกระทำกิจวัตรต่าง 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 จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิฑูร พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ซึ่งจำนวนนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้อีกหากการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่ทันการณ์ และที่สำคัญคือตัวเลขเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าอนาคตข้างหน้าประเทศไทยต้องให้ความสนใจ “ผู้ดูแล” และ “การดูแลระยะยาว” เพื่อรองรับสถานการณ์ และจากข้อมูลอัตราการพึ่งพิงของประเทศไทย พบว่าในปี ค.ศ. 2530 ที่อัตราสัดส่วนประชากรพึ่งพิง (Dependency Ratio) เพิ่มขึ้นอย่างมากที่อาจเป็นภาระหนักต่อประเทศชาติที่ต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าว

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ (ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจอันเป็นปกติของบุคคลอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความบกพร่อง หรือความพิการทางร่างกาย) ภาวะพึ่งพาและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย พบว่าปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยประสบอยู่คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้าและการหกล้ม เป็นต้น นอกจากนี้ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (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 และพบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50 ที่เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ผู้มีฐานะดีหรือมีการศึกษาสูงจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและมีฐานะยากจนหรือการศึกษาต่ำกว่าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญจันทร์ ชูประภาวรณ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุภาคอื่นๆ ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเข้าถึงบริการได้มากกว่าและมีฐานะดีกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ ด้วยก็ได้

#### จำนวนและภาวะที่พึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย

จำนวนและภาวะที่พึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้น 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 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรวัยอื่น 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
2563	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 การที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าประชากรอายุ 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 จากการต้องดูแลหลายที่ลูกพามาให้เลี้ยง ขาดผู้ดูแลและขาดเครื่องอุปโภคบริโภคที่ควรมี (วรรณภา ศรีวัชรรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการประมวลสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อม เช่น การที่ผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือและเชื่อฟังของบุตรหลาน การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และการที่บุตรหลานยังให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลในทางตรงกันข้ามคือ ความรู้สึกสูญเสียจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับสูง อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปจะพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลทุกซักร้อนห่วงใยลูกหลาน กลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล ไปจนถึงมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว หมัดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ ฯลฯ และตัวแปรด้านสถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หย่า ฆ่า ผู้ที่แข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอและมีโรคภัยไข้เจ็บ (มัลลิกา มัดโก, 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 ศรีวัชรรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) แต่ตัวเลขนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่อาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวไทยมีขนาดเล็กน้อย และการเคลื่อนย้ายแรงงานของประชากรวัยแรงงานที่อพยพไปแสวงหางานในพื้นที่เขตเมืองและแหล่งอุตสาหกรรมมากขึ้น

หากพิจารณาบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชนแล้วจะพบว่า ปัจจุบันสถานภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ในอดีตผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวปกครองบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและทำหน้าที่ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวจะมีความรักใคร่และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่ใน

ปัจจุบันลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปที่ขนาดของครอบครัวมีขนาดเล็กลงที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสถานสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม ที่ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในฐานะผู้รับมากกว่าผู้ให้ จากผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้อาศัย เกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญและต้องพึ่งพาผู้อื่นและไม่อาจทำประโยชน์ให้กับชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ได้เหมือนในอดีต

#### มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ

ส่วนหนึ่งที่มีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพิง 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 รักษานวงศ์, 2545) ผู้สูงอายุที่อายุยังไม่สูงมากดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ที่อายุสูงมาก ชลธร รักษานวงศ์, 2545) ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูง ดูแลสุขภาพตนเองยามเจ็บป่วยดีกว่าผู้มีการศึกษาดำแต่มีการรักษาความสะอาดและออกกำลังกายต่ำกว่า (ชลธร รักษานวงศ์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้มีฐานะต่ำกว่า (ชลธร รักษานวงศ์, 2545 และ กรกมล บำรุงวัต, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโอกาส

ปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมาก (เช่น ลูกหลาน เพื่อนบ้าน) จะมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูล การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาก ผู้อยู่อาศัยในครอบครัวขยายมีการดูแลตนเอง รักษาความสะอาด ออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวดีจะมีการรับประทานอาหารและการปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดี (กรกมล บำรุงวัด, 2545) สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี จะขาดการตอบสนองความต้องการจากครอบครัวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวไม่ดี (สมจินต์ โฉมวัฒน์นะชัย, 2539 และชลลดา ภักดีประพฤทธิ, 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 การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง 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 การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

### คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

มีมุมมองหลายมิติ ได้แก่ มิตินิยมพึงพอใจในชีวิต มิตินิยมภาคภูมิใจ มิตินิยมสุขภาพและมิตินิยมสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (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 มีผู้ศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ 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 เมื่อพิจารณาความต้องการช่วยเหลือจากรัฐบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือร้อยละ 82.9 ต้องการมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลฟรี ร้อยละ 74.1 ต้องการเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ร้อยละ 70.4 ต้องการมีบัตรสุขภาพเพื่อลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ยังมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 24.4 ที่ต้องการพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ และร้อยละ 18.4 ต้องการพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของเอกชน ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือในทุกๆ ด้านมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบสัดส่วนความต้องการช่วยเหลือจากรัฐบาลของผู้สูงอายุในภาคต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือแทบทุกด้านมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการขอมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ

การใช้บริการสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทที่ได้รับเบี้ยยังชีพจากราชการมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 79.0 และ 63.0 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุร้อยละ 52.8 มีการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทมีสัดส่วนการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 61.3 และ 33.9 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจากราชการมากที่สุดร้อยละ 81.0 สำหรับกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุที่ใช้บริการสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐจัดให้สำหรับผู้สูงอายุน้อยกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 14.1 มีการใช้บริการบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.1 ใช้บริการโครงการบัตร 30 บาทรักษาทุกโรค และร้อยละ 54.4 ได้รับเบี้ยยังชีพจากราชการ

ความต้องการที่จะให้รัฐจัดสวัสดิการต่างๆ เพิ่มจากที่มีอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 92 ต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดศูนย์ ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ จัดบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการให้รัฐบาลจัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เพื่อจะได้มีงานทำ มีรายได้ ผู้สูงอายुर้อยละ 89.1 ต้องการให้มีการลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเบาภาระของบุตรหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความต้องการช่วยเหลือจากรัฐบาล 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 โฆษณาน้ำดื่ม

### โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ปัญหาทางด้านภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุไทยมีทั้งที่มากเกินไป หรือไม่เหมาะสม และที่ขาดหรือไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการและการดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมทางโภชนาการที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

#### ปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการและลักษณะของการขาดสารอาหาร

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



การศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างภาวะโภชนาการวัดโดยดัชนีมวลกาย (body mass index), ปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold thickness) กับ อัตราการเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กันเป็นรูปตัว U (Joan C., 1991) นั่นคือ ไม่ว่าจะมีความทุพโภชนาการหรือ 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 ช่อมรด 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 บันจักยานแบบไม่มีแรงต้าน ดุดฝุ่น ออกกำลังกายแบบ ยืดเส้น

1. การเคลื่อนไหวร่างกายระดับปานกลาง หมายถึงกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวทางกายในระดับที่เทียบเท่ากับ อัตราการเผาผลาญพลังงาน 3.5 – 7 kcal/ นาที (ยังพูดได้ เสียงไม่ขาดตอน) ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ เล่นกอล์ฟ ลากหรือหิ้วอุปกรณ์เอง ว่ายน้ำ ตัดหญ้า โดยใช้เครื่องตัดหญ้า เล่น เทนนิสประเภทคู่ 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 บุคคลที่ควรมีการออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อมักจะเป็นบุคคลที่จะต้องใช้กำลังทำงานหรือมีความเสี่ยงต่อความสูญเสียการยืดหยุ่นของร่างกาย บุคคลต่อไปนี้จึงควรที่จะบริหารเพื่อยืดกล้ามเนื้อเป็นประจำ ได้แก่

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

๖๖. ๐๔๖

๖๕๒๔

๖๕๖

๖.๔

346939

4. ผู้ที่มีภาวะจากโรคหรือปัญหาต่อไปนี้ เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อตึง ปวดข้อและ กล้ามเนื้อ อัมพฤกษ์ หรืออัมพาต

#### หลักของการบริหารเพื่อยืดกล้ามเนื้อ

1. กายบริหารอบอุ่นร่างกายประมาณ 10 – 15 นาทีก่อนที่จะยืดกล้ามเนื้อ ซึ่งถือเป็นการอุ่นเครื่องทำให้ร่างกายอบอุ่น
2. บริหารยืดกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยเลือกส่วนที่จะใช้บ่อย ๆ ในการเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือการทำงานในชีวิตประจำวัน 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 แต่ต่างกันที่การใช้พลังงานของกล้ามเนื้อ 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 หรือทำซ้ำๆ ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน เช่น การฝึกนักกีฬาวิ่งมาราธอน จะไม่เน้นการยกของหนัก ไม่เน้นการวิ่งเร็ว ๆ แต่จะเน้นการวิ่งเหยาะ ๆ นานๆ จึงสังเกตได้ว่ากล้ามเนื้อของนักกีฬายกน้ำหนักจะหนาและใหญ่ แต่กีฬาวิ่งมาราธอนจะเพรียวบาง 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 การให้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ 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

การบริการการแพทย์แผนไทยเป็นอีกบริการหนึ่งที่ได้รับบริการยอมรับจากประชาชน ผู้ใช้บริการอย่างกว้างขวาง และเป็นที่ยอมรับสำหรับผู้สูงอายุ และมีให้บริการทั้งในสถานบริการภาครัฐและเอกชน

### 2. บริการด้านสันทนาการ และการท่องเที่ยว

ผู้สูงอายุที่ยังมีสภาพร่างกายแข็งแรงและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการซื้อ นิยมการท่องเที่ยวและใช้จ่ายสินค้าของท้องถิ่น ซึ่งเป็นการกระจายรายได้ไปยังชุมชนได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่สามารถใช้เวลาว่างในการพักผ่อนให้เกิดประโยชน์และมีความสุขกับกิจกรรมที่ได้ทำอย่างเต็มที่ เนื่องจากมีกำลังทรัพย์และเวลาว่างเหมาะสมสำหรับการเดินทางท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อน และพบปะเพื่อนฝูงหลังเกษียณจากงาน

ปัจจุบันบริการสันทนาการและการท่องเที่ยวอยู่ในรูปของกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ แต่บริการด้านนี้ในตลาดยังมีอยู่อย่างจำกัด และการเข้าถึงบริการยังมีน้อย ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ราคาค่าบริการที่สูงและความไม่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

### 3. บริการสุขภาพที่เน้นการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

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

### 4. บริการดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ช่วงที่สามของความสูงวัยหรือที่เรียกว่าวัยพึ่งพิง ความต้องการการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่นเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเพิ่มความสำคัญและจำเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในวัยพึ่งพิงมีมากขึ้น

ปัจจุบันเริ่มมีการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบใหม่ ซึ่งต่างจากการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่เคยปฏิบัติกันมาในอดีต โดยการจัดให้มี “ผู้ช่วย” ในการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้ 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 การให้บริการที่ทางราชการอนุญาตให้ ผู้รับบริการปลูกบ้านพักอยู่ในบริเวณสถานสงเคราะห์ ตามหลักเกณฑ์ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกำหนด

(2) บ้านพักฉุกเฉินให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นการชั่วคราวไม่เกิน 15 วัน หากผู้สูงอายุที่มีเหตุจำเป็นต้องพักเป็นระยะเวลานานกว่าที่กำหนด ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ หรือผู้อำนวยการศูนย์

สถานการณ์ เมื่อผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ไประยะเวลาหนึ่งมักมีปัญหาสุขภาพตามมา และพบว่าร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด ทำให้สถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่ที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการรองรับการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะดังกล่าวขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้น (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์และคณะ, 2552)

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

สถานการณ์ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยหน่วยงานเอกชน ซึ่งมีความหลากหลายในการขึ้นทะเบียน ยังไม่มีมาตรฐานกำหนด และขาดการกำกับควบคุมคุณภาพ และการควบคุมราคา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 15,000-5,000 บาทต่อเดือน ส่งผลให้ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจไม่ดีไม่สามารถแบกรับภาระนี้ได้ (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์และคณะ, 2552)

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

สถานการณ์ ส่วนใหญ่เป็นการจัดให้บริการโดยโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง สำหรับในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแฝงในโรงพยาบาล เป็นการให้บริการแก่

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการการฟื้นฟูสภาพที่มีความหลากหลาย  
ครบวงจร ผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

### รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประเภทของรูปแบบการดูแลระยะยาว ขึ้นอยู่กับมิติของการพิจารณา หากพิจารณา  
ตามมิติของลักษณะการให้บริการ

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

- 1) รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการที่บ้าน (Integrated Home—Service Center Model) เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการ ได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการได้แก่ การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ—ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์
- 2) รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวม บริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน โดยมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและ จัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการคือครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพัก คนชราที่มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านบริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง บริการที่มีความแตกต่างจากรูปแบบที่ 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) เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟื้นฟู และการพักฟื้นภายหลังเจ็บป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลใน สถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันต้อง อาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ หน่วยงานที่ให้การ ดูแลรักษาระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการ คือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การ พยาบาล การดูแลด้านการแพทย์นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด

ศาสนบำบัด 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 สาสดีย์ (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 สามารถอธิบายลักษณะการพึ่งพาแต่ละชั้นของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกัน

### แนวคิด หลักการ และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

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 การเคี้ยวเคี้ยวให้กินอาหารตามปกติจึงไม่มีประโยชน์ นอกจากนี้ยังพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นจะทำให้มีสารคีโตน (Ketone) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและลดความเจ็บปวดลงได้ จึงอาจเป็นผลดีสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายด้วยซ้ำ

ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอ สมควรยอมรับ อาจไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกง่วงนอน อาจนอนหลับตลอดเวลา ดังนั้นควรให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

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

จากการที่ร่างกายเสื่อมสภาพลง การรับสัมผัสและสื่อประสาทจึงลดลงจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดลดลง 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. ช่วยให้ได้ระบายออกอย่างเหมาะสม
3. ช่วยให้เข้าใจความหมายของการตายที่ถูกต้อง
4. ช่วยให้มีทักษะในการแสดงออกทางความคิดและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
5. ช่วยให้มี การเตรียมพร้อมต่อการตาย

### การเตรียมญาติ

เช่นเดียวกับเตรียมผู้ป่วย คือ ให้ได้ระบายออกถึงการสูญเสีย ช่วยเหลือประคับประคอง และช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในตนเอง

### การเตรียมบุคลากรทางการแพทย์

เป็นการเตรียมให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ในเรื่องการตาย มีทักษะในการช่วยผู้ป่วยและญาติเผชิญต่อการตาย และปรับทัศนคติที่เหมาะสมต่อการตาย รู้เท่าทันตนเอง สามารถจัดการกับความรู้สึกทางลบอย่างเหมาะสม

## บทบาทของบุคลากรที่มีสุขภาพในการจัดการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป้าหมายของการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต คือ ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญและจัดการเกี่ยวกับความตาย อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ญาติดูแลผู้ป่วยและจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## การดูแลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย

ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมจิตวิญญาณ

## การให้การปรึกษาเกี่ยวกับการตาย

สามารถเริ่มให้คำปรึกษาได้ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่บุคคลคิดถึงความตาย เริ่มตั้งแต่บุคคลรับรู้ว่าจะตักาลังจะตายหรือ เริ่มเมื่อป่วยหนัก

นายแพทย์ Ned H. Cassem แห่งโรงพยาบาล Massachusetts ได้กล่าวถึงความกังวลที่พบบ่อยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

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

## การกลัวการถูกทอดทิ้ง ถูกโดดเดี่ยว

การกลัวต่อความตายโดยทั่วไปแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ กลัวต่อความตายโดยตรง กลัวการจากไป ไม่รู้ว่าจะไปอยู่ในสภาพใด ที่ไหน สูญเสียทุกสิ่งที่มีอยู่ ต้องจากคนที่รักไป ซึ่งถ้าเป็นผู้ป่วยมุสลิมที่เข้าใจในเรื่องชีวิตหลังความตายแล้ว เขาจะกลัวน้อยลงหรือไม่กลัวเลย ตรงกันข้ามอาจมีความสงบสุขที่จะได้ไปพบกับพระผู้เป็นเจ้า ส่วนอีกลักษณะหนึ่ง คือ กลัวต่อกระบวนการก่อนที่จะไปสู่การตาย เช่น ความเจ็บปวด ความพิการ การสูญเสียอัตลักษณ์ เป็นต้น

จากการศึกษาของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม" ( 2547 ) พบว่า สิ่งที่คุณกลัวตายกลัวมากที่สุด คือ กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวการถูกโดดเดี่ยว เขาจึงต้องการใครสักคนที่อยู่เคียงข้าง ยิ่งถ้าเป็นคนที่เขารัก คนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องจะดีมาก ดังนั้นผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้พูดคุย และรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมา รวมทั้งประคับประคองให้กำลังใจ และเข้าใจ

อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ก็ให้เข้าใจว่าเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดจากภาวะความเครียดหรือภาวะวิกฤต (Stress or crisis) แต่ในบางรายอาจเป็นมากจนกระทั่งเป็นโรคทางจิตเวช ที่พบบ่อยและมีความสำคัญคือโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยอาจคิดหรือฆ่าตัวตายได้ ในกรณีเช่นนี้ควรส่งพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อบำบัดรักษา

ตามแบบจำลองภาวะวิกฤต (Crisis model) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในภาวะอันตราย เช่น เจ็บป่วยรุนแรง หรือเผชิญกับความตาย ผู้ป่วยจะปรับตัวด้วยพฤติกรรม การแก้ปัญหา (Coping) ซึ่งอาจแก้ปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ก็ตาม แต่ถ้ามีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นแล้ว ทำให้ผู้ป่วยหมดหวังไม่เห็นหนทางแก้ปัญหา อารมณ์และจิตใจ จะรู้สึกว่าเป็นภาวะวิกฤต (Emotional crisis) ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก และใช้กลไกป้องกันทางจิตใจ (Defense mechanism) เพื่อลดความขัดแย้งในจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยอาจใช้กลไกที่ไม่เหมาะสม (Immature defense) โดยแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ดูแลหรือญาติจึงอาจไม่รู้จักว่าสาเหตุหรือรู้สึกไม่ดีต่อผู้ป่วยได้

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2546) การทบทวนกระบวนการทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะ โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อรวบรวมและทบทวนสถานการณ์การตายและการจัดการความตายที่เกิดขึ้นในสังคมไทยทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยจัดทำเป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยและญาติ ประมาณ 10-15 กรณี โดยศึกษาแนวคิดและแนวทางในการจัดการความตายในต่างประเทศ จัดทำกรณีศึกษาประสบการณ์องค์กรของรัฐและเอกชนที่มีความริเริ่มที่น่าสนใจในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างน้อย 10-15 องค์กร รวบรวมและจัดระบบข้อมูลบุคคล องค์กร และฐานความรู้ที่มีอยู่ในสังคมไทยให้อยู่ในรูปแบบที่ใช้ประโยชน์ได้ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการในการปรับกระบวนการทัศน์เรื่องความตาย ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการกับความตาย ปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคดังนี้

ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีระบบวิธีคิดชุดเดียว มีทั้งส่วนที่เป็นวิธีคิดร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคมและส่วนที่คิดแตกต่างออกไป ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องความตายมิได้ตายตัวเสมอไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ปัญหาที่เผชิญด้วย

เมื่อเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยพบว่าวิธีคิดที่กำลังแพร่ขยายอยู่ในสังคมขณะนี้ก็คือ วิธีคิดที่ว่า “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล” ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวที่มาจากชนชั้นใดหรือมีเศรษฐฐานะอย่างไร ต่างก็ได้รับอิทธิพลจากวิธีคิดเช่นเดียวกันนี้ทั้งสิ้น แต่โอกาสในการเข้าถึงการดูแลรักษาอาจแตกต่างกัน ดังนั้นแนวโน้มของการตายที่โรงพยาบาลจะมีเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่าช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะมีมากขึ้นด้วย

ในกระบวนการรักษาพยาบาลพบว่า มีช่องว่างทางสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย การรักษาและญาติ อันเนื่องมาจากวิธีคิดที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้รับการรักษาและญาติเกิดภาวะขาด

แคลนข้อมูลความรู้ในการดูแลรักษาเพราะองค์ความรู้ที่ตนเองมีเป็นคนละชุดกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ รวมทั้งตัวแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเองด้วย

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนตัดสินใจในระหว่างการรักษาพยาบาลถือเป็นประสบการณ์ร่วมที่ทำให้เกิดความพอใจระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ให้องค์ความรู้ของประชาชนหรือของผู้ป่วยได้เผยตัวออกมา ส่งผลให้ช่องว่างหดแคบเข้ามา และน่าจะเป็นแนวทางที่นำไปพัฒนาในระบบต่อไป

ความเชื่อทางศาสนาและพิธีกรรม ความเป็นครอบครัวหรือชุมชน สถานภาพทางเศรษฐกิจถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่กระบวนตัดสินใจในการจัดการกับความตายที่พึงปรารถนาและไม่ปรารถนา

การตายที่บ้านสามารถจะเป็นทั้งการตายที่ดีและการตายที่ไม่ดี ขึ้นอยู่องค์ประกอบของ ครอบครัว ชุมชน และเงื่อนไขทางสังคม และการตายที่โรงพยาบาลไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นการตายที่ไม่ดีเสมอไป หากบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจ สนใจ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถแสดงความคิดและศักยภาพของตนในการจัดการกับความตายที่เหมาะสมโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย/ญาติ

และการทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีคิด ทศนคติ และแนวทางในการจัดการกับความตายที่เกิดขึ้นตลอดจนประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ พบว่ามีแนวคิดหลักอยู่ 4 มิติ กล่าวคือ

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

สรุปได้ว่า การเตรียมผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ครอบครัว และญาติ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องศึกษาความต้องการให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้สูงอายุในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีกิจกรรมต่าง ๆ มากมายในการเข้าสู่กระบวนการ

ดังกล่าว และมีความละเอียดลึกซึ้ง มีคุณค่าต่อจิตใจและจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์ ซึ่งคณะผู้วิจัย จะได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อนำเสนอผลการศึกษาวิจัยนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

## ส่วนที่ 2 กระบวนการศึกษาวิจัยของแผนงาน

### ระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ

#### ความหมาย

**ข้อมูล (Data)** คือ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มีอยู่ในธรรมชาติ เป็นภาษาหรือกลุ่มสัญลักษณ์ที่กำหนดเพื่อใช้แทนสิ่งของ ปริมาณ และ เหตุการณ์ การกระทำต่าง ๆ ข้อมูลอาจจะอยู่ในรูปของตัวเลข หรือตัวหนังสือก็ได้

**สารสนเทศ (Information)** หรือข่าวสาร คือ ผลลัพธ์ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับการประมวลผล หรือเปลี่ยนแปลงแล้วด้วยวิธีการต่าง ๆ กัน เป็นความรู้ที่ต้องการสำหรับใช้ทำประโยชน์ เป็นสิ่งซึ่งสื่อความหมายให้ผู้รับเข้าใจ และสามารถทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งโดยเฉพาะได้สารสนเทศเป็นข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามรูปแบบสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ตามที่ต้องการ

#### ระดับของข้อมูล

ระบบฐานข้อมูล มีการจัดแบ่งระดับของข้อมูล เป็น 3 ระดับ

1. ระดับภายนอกหรือวิว (External Level หรือ View) เป็นระดับของข้อมูลที่อยู่สูงที่สุด
2. ระดับแนวคิด (Conceptual Level)

เป็นระดับของข้อมูลที่อยู่ถัดลงมา เป็นการมองเอนทิตีและความสัมพันธ์ระหว่างเอนทิตีรวมทั้งกฎเกณฑ์และข้อจำกัดต่าง ๆ ข้อมูลในระดับนี้ เป็นข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์และออกแบบโดยผู้บริหารฐานข้อมูลหรือนักวิเคราะห์ระบบมาแล้ว

3. ระดับภายใน (Internal Level หรือ Physical Level) เป็นระดับของข้อมูลที่อยู่ล่างสุด เป็นระดับของการจัดเก็บข้อมูลจริง ๆ ว่ามีโครงสร้าง

#### คุณสมบัติของข้อมูลและสารสนเทศที่ดี

สารสนเทศเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการตัดสินใจ สารสนเทศที่ดีมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดีควรจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

**ความถูกต้องเที่ยงตรง (Accuracy)** ข้อมูลและสารสนเทศที่ดีจะต้องอาศัยระเบียบวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง (Methodology soundness) มาจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ มีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปใช้งานและเผยแพร่

ความรวดเร็วทันต่อการใช้งาน (Timeliness) โดยจะต้องวางแผนการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศให้ชัดเจนทั้งในด้านการกำหนดตัวชี้วัด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สามารถนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้และเผยแพร่ได้ทันเวลา

ความสมบูรณ์ (Completeness) โดยจะต้องครอบคลุมทุกประเด็นและทุกระดับที่ต้องการใช้งาน

ความกะทัดรัด (Conciseness)

สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ (Relevance) ทั้งนี้ การจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดี จะต้องกำหนดกลุ่มผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้เสียทั้งผู้ที่อยู่ในระบบการศึกษาและบุคคลภายนอกให้ชัดเจน และจะต้องทำการวิเคราะห์สภาพความต้องการงานของกลุ่มผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้เสียก่อนจะทำการผลิตข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการใช้งานได้อย่างแท้จริง

ตรวจสอบได้ (Verifiability)

ความละเอียดแม่นยำ (Reliability)

คุณสมบัติเชิงปริมาณ (Quantifiable)

ความยอมรับได้ (Appropriateness)

ใช้งานง่าย (Accessible) โดยที่ รูปแบบการนำเสนอข้อมูลจะต้องเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ผู้ใช้บริการสามารถเรียกใช้ข้อมูลได้สะดวก เช่น การให้บริการผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ผ่านระบบ call center หรือการจัดให้มีพนักงานคอยให้บริการ เป็นต้น

ความไม่ลำเอียง (Freedom From Bias)

ชัดเจน (Clarity)

**ข้อมูลและสารสนเทศมีประโยชน์อย่างไร**

สารสนเทศมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการจัดการในทุกๆระดับขององค์การ ทั้งในการปฏิบัติงาน และการบริหาร ใช้ช่วยในการตัดสินใจ การวางแผน และการประเมินผล เปรียบเทียบ ช่วยเพิ่มระดับความรู้ (knowledge) ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง สารสนเทศจะมีค่าหรือมีความหมายมากขึ้นเมื่อมีการใช้งานมากขึ้น และสารสนเทศนั้นส่งผลกระทบต่อจิตใจหรือการกระทำที่จะดำเนินการ เนื่องจาก ข้อมูลสารสนเทศเป็นสิ่งที่หลอมรวมเอาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเข้าไว้ด้วยกัน ได้แก่ คน กระบวนการ และเทคโนโลยี เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกชัย เจริญนิติย์ และนพฤทธิ์ คงรุ่งโชค (2544) ได้ระบุว่า ระบบสารสนเทศ (Information System) หมายถึง ระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถจัดทำสารสนเทศในรูปแบบของรายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานขององค์การให้กับผู้บริหาร เพื่อผู้บริหารจะได้นำไปใช้ในการตัดสินใจได้ต่อไป ในการนำเสนอ



สารสนเทศให้แก่ผู้บริหาร นอกจากจะพิมพ์ออกทางเครื่องพิมพ์ (Hard Copy)แล้วยังสามารถนำเสนอทางจอภาพ (Soft Copy) เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้บริหารสามารถเรียกดูข้อมูล หรือสอบถามข้อมูลที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ อีกทั้งยังสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย ระบบสารสนเทศตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. การจัดเก็บ การบันทึก และการประมวลผลข้อมูล (Data Collection, Data Entry & Data Processing) การประมวลผลข้อมูลรายการซึ่งเป็นข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยงานหรือองค์การจะถูกจัดเก็บ บันทึก และประมวลผลโดยส่วนที่เรียกว่า ระบบประมวลผล หรือ ระบบประมวลผลข้อมูลรายการงาน (Transaction Processing)

2. การจัดการฐานข้อมูล (Database Management) หมายถึง ข้อมูลที่จัดเก็บอยู่ในระบบสารสนเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการนั้น โดยปกติจะเก็บไว้ในฐานข้อมูล ซึ่งมีโปรแกรมจัดการฐานข้อมูล (Database Management System หรือ DBMS) เป็นโปรแกรมอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูล การแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูล การค้นหาข้อมูลมาใช้งาน และDBMS ยังเอื้ออำนวยให้ผู้ใช้หลาย ๆ แผนกใช้ข้อมูลร่วมกันในฐานข้อมูลได้

3. การจัดทำรายงาน (Reporting) จะมีกลุ่มของโปรแกรมที่จัดทำรายงานต่าง ๆ เพื่อเสนอต่อผู้บริหาร และผู้ใช้งานระบบ เช่น รายงานที่แสดงแนวโน้มต่าง ๆ รายงานเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น เป็นลักษณะของรายงานเพื่อควบคุม หรือรายงานเฉพาะกิจ (Adhoc Report)

4. การสอบถามข้อมูล (Inquiry) นอกเหนือจากการใช้รายงานในรูปแบบต่าง ๆ ต่อผู้บริหารแล้ว ระบบสารสนเทศยังเอื้ออำนวยประโยชน์อีกลักษณะหนึ่ง คือ ให้ผู้ใช้สามารถสอบถามข้อมูลทางจอภาพได้ ในการสอบถามผู้ใช้สามารถสอบถามได้เป็น 2 แบบ ได้แก่

4.1 เป็นสารสนเทศที่มีการสอบถามหรือเรียกดูเป็นประจำ จึงอาจจัดทำเป็นโปรแกรมไว้ล่วงหน้าได้ เมื่อถึงเวลาค้นหาก็สามารถเรียกโปรแกรมนั้นมาใช้งานได้ทันที

4.2 เป็นสารสนเทศที่มีการสอบถามหรือเรียกดูไม่เป็นประจำ การสอบถามข้อมูลในลักษณะนี้ ไม่อาจที่จะเตรียมโปรแกรมไว้ล่วงหน้าได้ ขึ้นอยู่กับว่าขณะนั้นผู้ใช้ต้องการสอบถามหรือเรียกดูข้อมูลอะไร ในการตอบคำถามกับการสอบถามข้อมูลในลักษณะนั้นจำเป็นต้องใช้ภาษาพิเศษที่เป็นภาษาในการสอบถามของ DBMS มาช่วยในการค้นหาคำตอบ เราเรียกภาษาในการสอบถามฐานข้อมูลนี้ว่า ภาษา SQL (Structure Query Language)

5. การช่วยสนับสนุนในการตัดสินใจ (Decision Support) หน้าที่ของระบบสารสนเทศในข้อนี้จัดเป็นส่วนสำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะโปรแกรมที่สามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้บริหารช่วยให้ผู้บริหารมีแนวทางในการตัดสินใจในหลายรูปแบบ เมื่อผู้บริหารได้เลือกแนวทางในการตัดสินใจในรูปแบบใดแล้วก็ย่อมเป็นแนวทางที่ให้ผลที่ดีที่สุด

หน้าที่หลักของระบบสารสนเทศ จึงประกอบไปด้วยกระบวนการจัดเก็บ การบันทึก การประมวลผล หรือ ระบบประมวลผลข้อมูลรายงาน ตลอดจนการจัดทำรายงานและการสอบถามข้อมูล

## ข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพ

### ข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพ

ข้อมูลและสารสนเทศด้านการศึกษา หมายถึง ข้อมูลและสารสนเทศที่แสดงสภาพการจัดบริการด้านสุขภาพทุกประเภทและมีความครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งในระดับท้องถิ่น ชุมชน และระดับประเทศ

### ข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพ จำแนกอย่างไรและมีอะไรบ้าง

ในการจำแนกมิติข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพ นั้น สามารถจำแนกได้หลายมิติ ดังนี้

**1. ด้านความต้องการทางสุขภาพ** ข้อมูลด้านความต้องการทางสุขภาพประกอบด้วย จำนวนประชากรในแต่ละช่วงวัย จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา รายได้ และความต้องการทางสุขภาพตามพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย เป็นต้น

**2. ด้านบริบท** ข้อมูลด้านบริบท ประกอบด้วย ข้อมูลที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อมในชุมชนโดยรอบสถานบริการสุขภาพที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ ระยะทาง การคมนาคม เป็นต้น

### 3. ด้านปัจจัยตัวป้อน (Input)

ตัวชี้วัดด้านปัจจัยตัวป้อน จำแนกออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ตัวชี้วัดด้านบุคคลและด้านงบประมาณ ดังนี้

**3.1 ด้านบุคคล** ตัวชี้วัดด้านบุคคล ประกอบด้วยอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ร้อยละของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จำแนกตามสถานบริการของรัฐและเอกชน

**3.2 ด้านงบประมาณ** ตัวชี้วัดด้านงบประมาณ ประกอบด้วย ร้อยละของงบประมาณด้านสาธารณสุขหรือสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ร้อยละของงบประมาณด้านสุขภาพต่องบประมาณทั้งหมด ร้อยละของงบดำเนินการด้านสุขภาพผู้สูงอายุต่องบด้านสุขภาพทั้งหมด ร้อยละของค่าตอบแทนแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่องบดำเนินการทั้งหมด ร้อยละของงบดำเนินการด้านสุขภาพในแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพต่องบดำเนินการด้านสาธารณสุขทั้งหมด งบดำเนินการของผู้สูงอายุ 1 คนต่อรายได้ประชากรต่อหัว เป็นต้น

## 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 รามศูตร, 2540)

นางลักษณ์ วิรัชชัย และทีศนา เขมมณี (2546) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม นั้นการศึกษาบริบทเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น นักวิจัยจะต้องรู้จัก คำว่า Identify need & problem ต้องรู้จัก คำว่า การศึกษาบริบททั่วไป และบริบทวิจัย ในกรณีบริบททั่วไป หมายถึง การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อค้นหาโจทย์หรือความจำเป็น (Need) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในแนวราบของผู้เกี่ยวข้องคือคนในระบบที่เราจะต้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนไม่ใช่บางตอนเพราะฉะนั้น การพัฒนาโจทย์วิจัย เขาต้องมีส่วนร่วมหากมีการ implement อะไร เขาจะต้องมีส่วน contribute ด้วย ถ้าไม่มีเงินก็สามารถร่วมแรงได้ไม่ใช่แบบมือรอ PAR จึงเป็นเรื่องที่ว่าด้วย การมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน นักวิจัยได้อะไร คำตอบ คือ ได้องค์ความรู้ ผู้คนทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ใน System ได้อะไร คำตอบคือ ได้ความรู้ในเรื่องของเขาและได้มีการ Transformation ซึ่งก็คือ การเปลี่ยนผ่านในที่นี้ไม่ใช่การเปลี่ยนแล้วผ่าน แต่หมายถึงเปลี่ยนแล้วไปลับไม่กลับมาแบบเดิม 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

โดยการเคลื่อนที่ดังกล่าวเกิดขึ้นได้ทั้งจากการแปลงเองในสถานการณ์นั้นถูกระทบจากเหตุการณ์แวดล้อมนอกกระบวนการวิจัย และเกิดจากกระบวนการวิจัย รวมทั้งผู้ร่วมในการวิจัยเอง การเกิดขึ้นของการเปลี่ยนแปลงจะต้องถูกเก็บมาเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ และตัดสินใจในการเคลื่อนไหวของกิจกรรมต่อ ๆ มา ในกระบวนการวิจัยเสนอ ดังนั้นกระบวนการวิจัยจึงต้องมีลักษณะยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ กำหนดเวลาอาจคลาดเคลื่อนไม่มีความแน่นอน สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และกิจกรรมแก้ไขปัญหาไม่สามารถกำหนดไว้ล่วงหน้าได้

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะประสบความสำเร็จได้เมื่อนักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพและความสามารถในการคิดและการทำงานร่วมกันเพื่อชุมชนที่ดีขึ้นผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของนักวิจัย นักวิชาการ หรือนักพัฒนา และทุกสิ่งทุกอย่างในชุมชน ทั้งเรื่องความรู้ความชำนาญ ทรัพยากรที่มีอยู่และจะหาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องเริ่มจากความรู้ลึกของคนที่ปัญหา หรือความต้องการของชุมชน แล้วเคลื่อนสู่การสร้างความเข้าใจ และเป็นการกระทำพร้อมก่อกำเนิดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองและชุมชน ทั้งในมิติของปัญญา จิตใจ และกายภาพ

4. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดในวงจรแต่เป็นการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ซึ่งเป็นวงจรของการแสวงหาความรู้และการกระทำ โดยวงจรนี้จะดำรงอยู่และดำเนินต่อไปได้ตราบเท่าที่คนในชุมชนยังสามารถมีส่วนร่วมกันวิจัยอยู่ได้

สิทธิบัญญัติ ประพุทธนิตินิสาร (2547, หน้า 37 - 39) ได้กล่าวถึงแนวคิด PAR ได้ถูกพัฒนาจากปัญหาของการพัฒนา หรือการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสังคมที่ได้ดำเนินการมายาวนาน แต่ดูเหมือนว่าปัญหาต่าง ๆ ในสังคมยิ่งซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้นในขณะที่เดียวกันปัญหาทางองค์ความรู้ที่เคยเชื่อว่าจะเกิดมาจากการวิจัยที่ผูกขาดโดยนักวิจัยที่มีทฤษฎีมีระเบียบวิธีวิจัยที่เชื่อได้ทางวิทยาศาสตร์ องค์ความรู้บางส่วนได้ถูกนำไปช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้น แต่หลายส่วนที่องค์ความรู้กับปรากฏการณ์จริงที่หลากหลายโดยเฉพาะทางด้านสังคมศาสตร์กลับมีช่องว่างมากขึ้นยิ่งไปกว่านั้นคือความรู้ในด้านเทคโนโลยี ส่วนมากจะเป็นเรื่องเฉพาะด้านก็จะแก้ปัญหาได้เฉพาะจุด และบางครั้งตัวเทคโนโลยีนั้น ก็สร้างปัญหาใหม่ขึ้นมากอีก วนเวียนแบบนี้ตลอดไป ส่วนความรู้ด้านสังคมศาสตร์มีลักษณะถ้าไม่แคบเกิดไป ก็กว้างเป็นนามธรรมสูงจนเกินไปจึงไม่ได้ช่วยให้ การแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีผล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติการ ดูเสมือนว่ากว้างขึ้น

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

### ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาสังคมและชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชน เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่ต้องใช้การทำงานในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการศึกษาที่จัดทำเป็นกลุ่มเป็นหมู่คณะและการวิจัยโดยปฏิบัติงานเอง จนภายหลังมีการเรียกรวมกันว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (กมล สุตประเสริฐ, 2540, หน้า 6)

สุภางค์ จันทวานิช (2543, หน้า 67 - 68) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัยนับตั้งแต่การระบุปัญหาการดำเนินการติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล

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

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

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

กรานดี และ คิมมิส (Grundy and Kemmis) อ้างถึงใน บุญเรือง ขจรศิลป์, 2546) ชี้ว่า ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนที่ร่วมวิจัยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการ

เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ วางแผน (Plan) การกระทำตามแผน (Doing) และประเมินผล (Checking) ทุกกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีการประเมินตัวเอง (Action) พร้อมกับการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน เมื่อเวลาที่ดำเนินการงานอาจขยายแวงดวงของผู้ร่วมวิจัยในโครงการไปอีก แต่ก็ต้องมีกระบวนการที่พยายามรักษาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันระหว่างทีมงานทุกคนไว้ได้ ส่วนใหญ่การวิจัยประเภทนี้จะเกิดขึ้นในสังคมประชาธิปไตย เพราะเป็นกระบวนการประชาธิปไตยอย่างหนึ่งในลักษณะของกระบวนการวิจัยอยู่บนฐานของปรัชญาและคุณค่าที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People centered) สร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน (Empowerment) ด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participation) ผ่านการวิจัยเพื่อเปลี่ยนสภาพ (Transformation) ของบุคคลและสังคม

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสำคัญ เท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำโดยยึดหลักประชาธิปไตย

### หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม PAR

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

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

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

3. การวิจัย PAR เป็นการวิจัยที่เน้นการปฏิบัติ (PAR is Practical) โดยเฉพาะการปฏิบัติใด ๆ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม โดยมุ่งทำความเข้าใจวิธีการ และผลการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ ศึกษา

วิธีการที่จะปฏิบัติให้ดีขึ้น 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 สารรัตนะ (2548) ยังได้กล่าวถึงหลักการ 10 ประการ เพื่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังนี้ คือ

1. บริบทเฉพาะ
2. มุ่งเปลี่ยนแปลง
3. มุ่งการกระทำเพื่อบรรลุผล
4. มุ่งเกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ
5. ทักษะที่หลากหลาย
6. รับฟังความคิดเห็นจากผู้ร่วมวิจัย
7. ตระหนักในศักยภาพความเป็นผู้เชี่ยวชาญ และความเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้ร่วมวิจัย
8. วิเคราะห์ วิพากษ์ วิจารณ์ตนเอง
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 เกลียวการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 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 และลึกซึ้งซึ่งเป็นการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

#### 2.2 มีความหลากหลายของแหล่งข้อมูล (Diversity of sources of Information) ใช้



แหล่งข้อมูลที่หลากหลายทั้งจากคน เหตุการณ์ และสถานที่ โดยเน้นข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลต่าง ๆ จะตรวจสอบ และยืนยันซึ่งกันและกัน เพื่อประกันความเชื่อถือได้

2.3 มีความหลากหลายของเทคนิคการเก็บข้อมูล (Diversity of Information and techniques) ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธีผสมผสานกัน

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ

ในการวิจัยแบบ PAR การวิเคราะห์ข้อมูลความยืดหยุ่นให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ร่วมกันในพื้นที่ และในทันทีวิธีการวิเคราะห์ไม่จำกัดเทคนิคการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ที่ใช้ค่าสถิติ บางอย่างเป็นบรรทัดฐานเลือกใช้เทคนิคที่ไม่ซับซ้อนและคนในชุมชนสามารถเข้าใจและมีส่วนร่วมได้ ตัวอย่างเช่น การจัดลำดับความสำคัญ (Ranking) การใช้แผนผังชนิดต่าง ๆ ด้วยสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย การเขียนลำดับเหตุการณ์ (Time line/historical profile) เป็นต้น ผลการวิเคราะห์ควรนำเสนอร่วมกัน ในทันทีในแต่ละคราว การนำเสนอผลการวิจัยไม่จำกัดเพียงรายงานแบบเป็นทางการอาจนำเสนอในลักษณะการเสวนา ที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ-วิพากษ์ สูดท้ายผลการวิจัยและความรู้ที่ได้จากการวิจัยและการปฏิบัติเป็นของทุกคน 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) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์ และตีความเรื่องราวของตนเอง
- นอกจากนี้ยังเห็นที่กระบวนการในการกระตุ้น และปลุกพลังกลุ่มเพื่อเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จะเป็นการเสริมความเที่ยงตรงชนิดที่มีชื่อเฉพาะว่า "Catalytic Validity"

### ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลและสารสนเทศผู้สูงอายุ

พัชรารวรรณ ศรีศิลปะนันท์และคณะ (2551) ทำการศึกษาสถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพและการพัฒนา ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือของเครือข่ายนักวิชาการและผู้ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ หรือทำงานในองค์กรด้านผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุข และผู้ดูแลระบบสารสนเทศจากจังหวัดลำพูน แบ่งเป็นสองส่วนโดยส่วนแรก เป็นการศึกษาสถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่สองเป็นการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน คณะผู้ศึกษาได้กำหนดประเด็นหลักในการศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเป็นฐานในการศึกษา 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 อยู่ใกล้ในคมอุตสาหกรรม เป็นพื้นที่ที่มีปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อผู้สูงอายุหลากหลาย การวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบข้อมูล

สุขภาพผู้สูงอายุ ประเด็นหลักในการวิเคราะห์ได้แก่ การมีระบบข้อมูลสุขภาพ ชนิดของข้อมูล ผู้เก็บข้อมูล ความสมบูรณ์ของข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล ปัญหาอุปสรรคในการใช้ข้อมูล พบว่ามีการจัดเก็บข้อมูลหลายระบบ ในหลายหน่วยงาน หน่วยงานระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัด ไม่ได้มีฐานข้อมูลที่หน่วยงานตนเองที่สามารถสืบค้น หรือนำมาวางแผนหรือประเมินผลงานได้ ผู้เก็บข้อมูลระดับเล็กสุดเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขชุมชนมีภาระในการเก็บข้อมูลให้หลายหน่วยงาน ปัญหาของระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันในระดับผู้ปฏิบัติพบว่าเกิด จากภาระงานของเจ้าหน้าที่จัดเก็บที่มาก ความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลจากหน่วยจัดเก็บ การขาดเทคโนโลยีในการจัดเก็บข้อมูลจำนวนมาก ยังไม่มีการนำข้อมูลที่จัดเก็บไปใช้ตามความต้องการของเจ้าของข้อมูล บัญชีรายงาน ในระบบมีมากเกินไป การปรับเปลี่ยน นโยบายและ ตัวชี้วัด ตลอดจนความต้องการข้อมูลที่หลากหลาย ของกรม กอง สำหรับความต้องการในการพัฒนาระบบ พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความต้องการสร้างระบบสารสนเทศที่สามารถสนับสนุนงานประจำได้ พร้อมทั้งสามารถให้บริการข้อมูลแก่ผู้ใช้ภายนอกตามความจำเป็นและเหมาะสม ระบบข้อมูลที่ต้องการ รวดเร็ว ทันเวลา ได้มาตรฐานและตรวจสอบได้สามารถออนไลน์ได้ทั่วถึง มีศูนย์กลางในการกระจายข้อมูล เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของข้อมูล และทำให้ง่ายต่อการค้นหาข้อมูลต่างๆ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ การแปลผลข้อมูลหรือตัวชี้วัดในรูปแบบต่างๆ เช่น กราฟ แผนที่ ฯลฯ สามารถวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลให้ผู้นำข้อมูลไปใช้เข้าใจง่าย

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ

ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายไทยพุทธส่วนใหญ่ต้องการให้ตนเองได้ตายอย่างสงบและมีสติ (Somanusorn, 2010) เนื่องจากตามความเชื่อของไทยพุทธ การตายอย่างสงบมีสติ และการได้เกิดใหม่ของแต่ละบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับการมีสติ การยอมรับและเข้าใจถึงความจริงของชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายของแต่ละคน (Payutto, 1995) ตามความเชื่อของไทยพุทธที่ว่า ดวงจิตก่อนตายของผู้ใกล้ตาย มีความสำคัญต่อการตายอย่างสงบและการได้ไปสู่สุคติ (พระมโน เมตตตานนุโ, 2548) ถ้ามีจิตที่สงบและคิดถึงแต่สิ่งที่ดีๆ บุคคลนั้นก็มีโอกาสได้ไปเกิดใหม่ในที่ที่ดีๆ การมีจิตใจที่มีสมาธิ สงบ และสะอาดจะช่วยให้คลายทุกข์ หรือปัญหาที่เกิดจากการเจ็บ การตายไปได้ (พุทธทาสภิกขุ, 2548)

ขวัญดา บาลทิพย์ (2542) ได้ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความหมายของความตายว่าเป็นการพ้นทุกข์ และเป็นการปิดฉากของชีวิต จะเป็นผู้ที่สามารถปลงและยอมรับความตายได้ ซึ่งจะช่วยให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตในช่วงท้ายได้อย่างปกติสุขและตายได้อย่างสงบ แต่สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าความ

ตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นความทุกข์ทรมาน จะทำให้ไม่สามารถยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล และไม่พร้อมที่จะตาย จากผลการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ได้ตายอย่างสงบอย่างที่ต้องการได้ และจากการศึกษาของจินต์จุฑา รอดพาล (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตายดีตามมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุไทยพุทธให้ความหมายของการตายดีไว้ใน 3 ประเด็น คือ การตายอย่างสงบ (จิตไม่ฟุ้งซ่าน ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจ และเหมือนคนนอนหลับ) การตายตามธรรมชาติ (ไม่ทรมานด้วยการรังสีวัด ค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ ไม่ป่วยนานเป็นภาระของลูกหลาน และลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป) และการตายอย่างหมดหวัง (หมดหวังแล้ว ได้เตรียมพร้อมแล้ว เตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และเตรียมทำบุญ) ผลการศึกษานี้ เป็นการให้ความหมายของการตายดีตามความรู้สึกนึกคิด จากประสบการณ์ที่ได้พบเห็นความตายที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ข้อมูลเหล่านี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายเพื่อให้ช่วยผู้สูงอายุได้ตายดีและจากไปอย่างสงบตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

อุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ (2532) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 60 ราย พบว่า สามารถแบ่งความต้องการ เป็น 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ความต้องการส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการที่สำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการส่วนบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุด คือ พยาบาล

ชิตินา วทานิยเวช (2540) ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 55 คน และพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยหนักจำนวน 51 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ที่แบ่งความต้องการเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และ ด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด

สุนิศา สุขตระกูล(2544) ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน โดยแบ่งการศึกษาความต้องการเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูลสื่อสาร 3) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ ผลการวิเคราะห์

ข้อมูล พบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย เรียงลำดับความต้องการได้ดังนี้ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและ 5) ความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล

ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ(2545) ได้ทำการศึกษา กระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ เพื่อค้นหากระบวนทัศน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับความตายที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยและในสังคมโลกที่ส่งผลกระทบต่อแนวคิดในสังคมไทย และการแสดงออกที่เป็นรูปธรรมของกระบวนทัศน์ดังกล่าว จาก การศึกษาคณะผู้วิจัยได้แบ่งกระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายเป็นสามประการคือ

1. กระบวนทัศน์แบบกลไก แยกส่วน ลดส่วน เป็นรากฐานของแนวคิด “เวชศาสตร์ชีวภาพ” (biomedical model)
2. กระบวนทัศน์แบบเสรีนิยม/ปัจเจกชนนิยม เป็นรากฐานของแนวคิด “สิทธิการตาย” (right to die)
3. กระบวนทัศน์แบบองค์รวม เป็นรากฐานของแนวคิด “กาย-จิต-สังคม-จิตวิญญาณ” (bio-psycho-social-spiritual model)

การที่คณะผู้วิจัยแบ่งกระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายออกเป็นสามชุดดังกล่าว เนื่องจากเห็นว่าจะสามารถสะท้อนสภาพความเป็นจริง และช่วยให้เห็นประเด็นและแง่มุมที่เกิดจากแต่ละแนวคิดได้ชัดเจนกว่าที่จะแบ่งเป็นเพียงสองชุดตามแนวคิดที่เป็นพื้นฐานของ Capra นอกจากนี้ยังเนื่องจาก คณะผู้วิจัยเห็นว่ากระบวนทัศน์ทั้งสามชุดมีพัฒนาการทางสังคมที่ชัดเจน และมีรากฐานความเป็นมาที่ต่างกัน

แนวคิดแรกคือแนวคิด “เวชศาสตร์ชีวภาพ” (biomedical model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นกระแสหลักในปัจจุบัน เป็นแนวความคิดที่มีพื้นฐานมาจากปรัชญาแบบ Descart เป็นแนวคิดที่มองว่าร่างกายเป็นเครื่องจักร และความเจ็บป่วยคือการชำ รุดเสียหายของเครื่องจักร ส่วนหน้าที่ของแพทย์ก็คือการซ่อมแซมเครื่องจักรนั้น ตามแนวคิดนี้ร่างกายและจิตใจจะถูกแยกออกจากกัน การตายจึงถูกมองว่าเป็นการหยุดทำงานของร่างกายหรือเครื่องจักร เป็นความหายนะที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของชีวิต การตายจะถูกยึดออกไปด้วยวิทยาการที่ “ก้าวหน้า” และกลายเป็นเรื่องของแพทย์ที่จะต่อสู้เอาชนะความตายที่ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความล้มเหลวของตนเอง(Barton David, 1979) มากกว่าที่จะเป็นเรื่องของผู้ป่วย แพทย์กลายเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะ “ตายหรือไม่” และ “ตายอย่างไร” (Moller David, 1996) กระบวนทัศน์นี้แม้จะถูกวิพากษ์วิจารณ์มากขึ้น แต่ก็ยังคงเป็นกระบวนทัศน์หลักที่มีอิทธิพลทั้งต่อบุคคลากรในระบบสุขภาพ และสังคมโดยรวม และยังมีคุณูปการที่สำคัญในการรักษาโรคบางกลุ่มและการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการตายของผู้ป่วย

ทัศนะแบบที่สองมีรากฐานมาจากแนวคิดเสรีนิยมและปัจเจกชนนิยมในสังคมตะวันตกที่เน้นสิทธิและเสรีภาพ โดยให้ความสำคัญกับการมีอิสระในการตัดสินใจและการเลือกของผู้ป่วย (autonomy and choice) ซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาต่อการที่อำนาจตกอยู่ในมือแพทย์ และเป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนไหว

เพื่อสิทธิมนุษยชนเรื่องอื่นๆ เช่น เรื่องสิทธิสตรี การพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค ในช่วงทศวรรษ 1970 (Brandt Allan, 2002) แนวคิดนี้ถือปัจเจกชนเป็นจุดศูนย์กลางในการตัดสินใจ มองว่าชีวิตและการตายเป็นเรื่องของปัจเจกชนและมักจะใช้กฎหมายเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา เช่น การออกกฎหมายพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สิทธิการตาย(right to die) และพินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นต้น ซึ่งเป็นแนวคิดที่กำลังเริ่มมีบทบาทในสังคมไทยมากขึ้น จากผลของรัฐธรรมนูญฉบับล่าสุดที่เน้นความสำคัญของประเด็นสิทธิเสรีภาพ แนวคิดนี้มีความก้าวหน้ากว่าแนวคิดแรกๆ ที่การมอบอำนาจกลับคืนให้กับผู้ป่วย และเน้นคุณภาพชีวิต เช่น การตายอย่างสงบ แต่ยังมีข้อจำกัดในเชิงปฏิบัติหลายประการ และยังไม่ใช่การมองปัญหาแบบองค์รวมอย่างแท้จริง เช่น ที่อาจารย์วิชัย อริยะนนทกะ ผู้พิพากษาท่านหนึ่งได้กล่าวไว้ในการสัมมนาเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบว่า “เรื่องสิทธิในการที่จะยุติการดำรงชีวิตเป็นปัญหาทางจริยศาสตร์ ทางปรัชญา ซึ่งคำตอบนั้นเรามักจะพยายามมองจากกฎหมาย โดยเฉพาะกฎหมายที่มาจากความคิดทางยุโรปตะวันตกแต่กฎหมายเป็นคำตอบที่ค่อนข้างกระด้างและหยาบ เนื่องจากกฎหมายเป็นมาตรฐานที่ต่ำสุดของสังคมในการดูแลความประพฤติของสมาชิกในสังคม เราควรหาคำตอบจากกฎหมายก็ต่อเมื่อเราไม่มีคำตอบอื่นที่ดีกว่า”(วิชัย อริยะนนทกะ, 2545)

กระบวนทัศน์ที่สามคือกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ซึ่งมีที่มาหลายกระแส ทั้งจากแพทย์ที่สนใจผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่น Gorge Engel ผู้เสนอแนวคิดกาย-จิต-สังคม (biopsychosocial model) (Engel, George, 1980) แพทย์หญิง Cicely Saunders ผู้ก่อตั้งบ้านพักสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) ขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศอังกฤษ (Moller David, 1996) , แพทย์หญิง Elisabeth Kubler-Ross (Kubler-Ross, 1969) ผู้บุกเบิกแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในวงการแพทย์ยุคปัจจุบัน, จากแนวคิดของศาสนาต่าง ๆ (Longaker, 1997; Murphy 1999; พระไพศาล วิสาโล, 2541) และจากตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากมีที่มาหลายกระแสจึงยังมีจุดสนใจที่แตกต่างกันอยู่บ้าง เช่น บางส่วนจะเน้นที่ประเด็นคุณภาพชีวิตซึ่งเชื่อมต่อกับแนวความคิดที่สองแต่มีความยืดหยุ่นมากกว่า ในขณะที่บางส่วนสนใจแบบองค์รวมอย่างแท้จริงและมองเห็นว่าทัศนะต่อความตายก็คือทัศนะต่อชีวิต และเน้นประเด็นจิตวิญญาณต่างๆ เช่น ความรัก ความเมตตา การตายอย่างมีสติ และความสงบในจิตใจ ว่าเป็นจุดสำคัญที่สุดในการจัดการกับความตาย

สุภาวดี วรพันธ์ (2546) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กทม. จำนวน 155 คน สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและความสามารถในการทำนายโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับมาก คิด

เป็นร้อยละ 67.8 และเห็นด้วยกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบกับทุกสถานการณ์ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.5 โดยเฉพาะกรณีที่ควรได้รับยาแก้ปวดเพื่อให้พ้นความทรมานแม้ว่าอาจทำให้เกิดยาหรือถึงแก่กรรมเร็วขึ้น และเห็นด้วยต่อการใช้สิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 58.7 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบ และปัจจัยเกี่ยวพันทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการตายอย่างไม่สงบ การรับรู้ประโยชน์และสิ่งที่จะต้องเสียไปในการตายอย่างสงบ สามารถร่วมกันทำนายการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 22.6

นฤมล บุญเลิศ และคณะ(2551) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ครอบครัวยุคใหม่กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาการดูแล/ ผลกระทบต่อครอบครัว / ความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายของครอบครัว มีข้อค้นพบ ดังนี้

#### 1.ความคิดเห็นเกี่ยวกับความตาย

บริบทมุสลิม มีความคิดเห็นว่า ความตายเป็นกำหนดของอัลลอฮ์

“จี้หายหรือไม่หายอยู่ที่อัลลอฮ์ (พระเจ้า) ถ้าเผื่ออัลลอฮ์ ให้หายก็หาย แต่ถ้าอัลลอฮ์ให้ตายก็ตายเมื่อนั้น” (ผู้ดูแล 005 ไทยมุสลิม)

บริบทไทยพุทธ:ความตายเป็นเรื่องกฎธรรมชาติ

“แต่ก็ต้องทำใจถือว่าชีวิตมนุษย์เกิดแก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา สมมุติว่าแก่ เสียไปเราก็มีความรู้สึกเสียใจมั้งแต่ก็ต้องทำใจ” (ผู้ดูแล 007 ไทยพุทธ)

#### 2. การตอบสนองต่อภาวะใกล้ตาย

2.1 ทำใจยอมรับต่อภาวะใกล้ตายเนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่ได้

2.2 .การเตรียมตัวทางเศรษฐกิจเพื่อเตรียมพิธีกรรม

#### 3. การดูแลของครอบครัว

3. 1. ดูแลเรื่องความสุขสบายทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้

3. 2. ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย โดยใช้ทั้ง

การแพทย์แผนปัจจุบัน ทางเลือก และพิธีกรรม

##### 3. 2.1 การแพทย์แผนปัจจุบัน

“ก็จะไปคุยแล้วบอกว่าพ่อเจ็บมากมียะจะหายาแก้ปวดให้กิน หรือว่าไปนอน

โรงพยาบาล ถ้าได้พูดคุยก็จะช่วยลืมนความเจ็บปวดได้บ้าง” (ผู้ดูแล 010 ไทยพุทธ)

### 3.2.2 การแพทย์ทางเลือก

“ตอนนอนโรงพยาบาลแก่ให้เอา ... รากหมาก รากพร้าวมาใส่ น้ำชุบตัว  
ชโลมตัวแกมาชุบตัวร้อนจะน้อยลง”(ผู้ดูแล 001 ไทยมุสลิม)

### 3.2.3 พิธีกรรม

ไทยมุสลิม :

“เหนื่อยก็อ่านกุลอุวัลเลาะ(บทหนึ่งในคัมภีร์อัลกุรอาน)”

(ผู้ดูแล 005 ไทยมุสลิม)

ไทยพุทธ :

“หลบไปบ้านได้นิมนต์พระมาเทศน์ให้แกฟัง เอาน้ำตัดบาปตัดกรรมให้กิน พอ  
กินได้ 3 อีก แกก็หาย (เสียชีวิต)” (ผู้ดูแล 002 ไทยพุทธ)

### 3.3 ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยต่อสู้กับอาการเจ็บป่วย

“ลูกมาพูดให้กำลังใจให้สู้จบ(นึกถึงพระอัลลอฮ์)”

(ผู้ดูแล 008 ไทยมุสลิม)

“ไม่มีไหรมาเป็นกำลังใจ” (ผู้ดูแล 007 ไทยพุทธ)

### 3.4 ใช้เครื่องมือทางศาสนามาดึงสติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย

จิตใจสงบ

“อยู่ที่บ้าน...เขาถือลูกสะแบะ(ลูกประจำ)ร้อยเม็ดว่า

สุบฮานันเลาะห์ อัลฮัมดุลิลละห์ อัลลอฮูอักบัต

(การขอพรจากอัลลอฮ์)เขาว่าสามสิ่งนั้น แหละแล้วแต่ว่าจนหลับ”

(ผู้ดูแล 008 ไทยมุสลิม)

### 1. ผลกระทบต่อครอบครัว

4.1 ด้านการทำงาน: อาชีพของผู้ดูแล เปลี่ยนแปลงเพื่อให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. 2. ด้านเศรษฐกิจ : การเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวทำให้มีค่าใช้จ่าย  
เพิ่มขึ้นแต่รายได้ลดลง

### 5. ความต้องการของครอบครัว

5.1. ต้องการบรรเทาอาการ: ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

5.2. ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยที่มีสภาพร่างกายครบสมบูรณ์

5.3 ความต้องการเลือกสถานที่ตาย

5.3.1 เสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดความสบายใจที่

ได้อยู่ใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล สามารถ ขอความช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลได้



5.3.2 เสียชีวิตที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ญาติเยี่ยมได้ไม่จำกัดจำนวน รวมทั้งได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

5.4. ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน

5. 5 ต้องการสถานที่เป็นส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สรุปได้ว่า 1) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัว มีทั้งการดูแลด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ รวมทั้งมีการนำหลักศาสนามาใช้ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน 2) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องด้านการทำงาน และด้านเศรษฐกิจ 3) ความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับบริบท ทาง วัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และหลักศาสนา

ครอบครัวดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบนพื้นฐานของความเชื่อ ความศรัทธา ตามหลักศาสนา เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากไปอย่างสงบ ดังนั้นทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเข้าใจในบริบทเหล่านี้

ดุษฎี กฤษฏี (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ (1) เพื่อศึกษาระดับทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ (4) เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 372 คน สุ่มเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย แบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t-test, F-test การทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี LSD, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัย พบว่า (1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อความตายอยู่ในระดับสูง การตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (2) ผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน (3) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (4) ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (5) การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (6) การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (7) ลักษณะครอบครัวอยู่

ร่วมกันกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การสนับสนุนของครอบครัว อายุ 80 – 89 ปี และทัศนคติต่อความตาย สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 15

จรัสแสง ผิวอ่อน (2554) ศึกษาการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษาวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม 2) เพื่อศึกษาการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมของวัดคำประมง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 3) เพื่อศึกษาผลการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมของ วัดคำประมง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสารและเชิงคุณภาพ โดยเชิงเอกสารในส่วนของหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาตามที่ปรากฏในพระคัมภีร์ และแนวการดูแลหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ในเชิงปฏิบัติการและการประยุกต์หลักพุทธธรรม ได้ศึกษาข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์ การมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วัดคำประมง การดูแลผู้ป่วยทางด้านกายมีความสอดคล้องกับหลักธรรม สัปายะ 7 ประกอบด้วย 1) อาวาสสัปายะ ที่เรียบง่าย มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย 2) โจรสัปายะ ที่ไม่ไกลจากชุมชนในการหาสิ่งจำเป็นมาใช้ในชีวิตประจำวัน 3) ภัตสัปายะ พุดคุย ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่กัน 4) ปุคคสัปายะ บุคคลที่เหมาะสม คือ อยู่กับผู้ป่วยและญาติที่เป็นมะเร็งเหมือนกัน ทำให้รู้สึกไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว 5) โภชนสัปายะ มีอาหารและยาสมุนไพรรักษาที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง 6) อุตสัปายะ อากาศที่บริสุทธิ์เหมาะกับการฟื้นตัวของคนไข้ 7) อิริยาปถสัปายะ มีกิจกรรม การเคลื่อนไหวที่ผ่อนคลาย

วิธีการดูแลทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีหลักธรรมพุทธธรรมใหญ่ 4 หลักธรรมที่ได้ถูกกล่าวถึงคือ 1)ไตรลักษณ์ 2)โยนิโสมนสิการ 3) การพิจารณามรณานุสติ 4) การภาวนาโดยใช้อานาปานสติ 5) การอยู่กับโลกธรรม 7 โดยผ่านทางกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพพื้นฐานของคนไข้และญาติคนไข้ ที่มีพื้นฐาน ความคิดความเชื่อ และทัศนคติที่แตกต่างกัน

การจัดการดูแลหลักคือพระจิรัชโม ภิกขุ (ภิบาลพัคตร์นิธิ) ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยโดยสอนเริ่มตั้งแต่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ปรับสภาพจิตใจที่เศร้าหมอง ให้มีความสุขผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น ดนตรีบำบัด สวดมนต์ร่วมกัน สร้างมิตรภาพและกำลังใจร่วมกัน ผ่านความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันอย่างเกื้อกูลภายในวัดคำประมง หลักธรรมที่มีเทคนิคในการสอนทำให้ผู้ฟังผ่อนคลายทุกข์จากความเจ็บป่วยทางกายและใจ พิธีกรรมตัมยาสมุนไพร การฝึกสมาธิโดยใช้มรณานุสติ รวมถึงการเรียนรู้ความจริงเชิงประจักษ์ คือการร่วมสวดมนต์ให้กับคนไข้หนักที่ใกล้เสียชีวิต ทำให้เห็นสังขาร

ของชีวิตและเกิดความปล่อยวาง เกิดปัญญาในการดำเนินชีวิตที่เหลือของตนเองอย่างมีความสุข ผลลัพธ์ต่อสุขภาพทางกายและใจ สรุปได้ว่า ความรู้ต่อการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น หน้าตาอ้วนอิ่ม ร่างกายสดชื่น ก้อนเนื้อมะเร็งนึ่มลง ส่วนผลลัพธ์ความทุกข์ทางใจ ทุกข์น้อยลง เกิดความปล่อยวาง มีความตั้งใจที่จะต่อสู้กับโรคร้ายแต่ในขณะเดียวกัน ถ้ามีอาการลุกลามมากขึ้น ก็สามารถยอมรับและพร้อมที่จะจากไปอย่างสุข

สร้างสรรค์ คงเจเนียร (2555, ก) ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษา หนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาสน์สั่งตาย" โดยมีวัตถุประสงค์ ๓ ข้อ ดังนี้ 1) ศึกษากระบวนการเตรียมตัวตายตามหลักมรณานุสติในพระพุทธศาสนา 2) ศึกษากระบวนการเตรียมตัวตายในหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาสน์สั่งตาย" และ 3) วิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษาหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาสน์สั่งตาย" การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเอกสารหลักฐาน ทั้งปฐมภูมิ คือพระไตรปิฎก และทุติยภูมิ คือ คัมภีร์วิสุทธิมรรค หนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาสน์สั่งตาย" และเอกสาร รวมทั้งรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการค้นคว้ารวบรวมเอกสารดังกล่าว จึงได้นำข้อมูลที่ได้มาศึกษาเพื่อทำการวิเคราะห์ตามหลักทฤษฎี สรุป และนำเสนอผลการวิจัย ผลการวิจัย พบว่า พื้นฐานของการเตรียมตัวตายนั้น เริ่มต้นมาจากเมื่อครั้งที่เจ้าชายสิทธัตถะทรงพบ เทวทูตทั้ง ๔ ที่มาปรากฏในรูปคนแก่ คนเจ็บ คนตาย และสมณะ เมื่อเป็นเช่นนั้นทรงเกิดความคิดหาหนทางปฏิบัติเพื่อพ้นจากความตาย ด้วยวิธีการเตรียมตัวตายอย่างมีสติ ซึ่งในพุทธศาสนาเรียกว่า "มรณานุสติ" การมีสติระลึกถึงความตายอยู่เสมอ อีกทั้งยังเป็น การระลึกถึงความจริงของชีวิตที่มีเกิด แก่ เจ็บ ตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อความตาย ฝึกใจให้ยอมรับความพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก เพื่อลด ละกิเลสที่ทำให้เกิดความทุกข์ และเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงยอมทำให้จากโลกนี้ไปด้วยจิตใจที่สงบ นอกจากนั้นแล้วการเจริญมรณานุสติอย่างพากเพียรจะทำให้เป็นผู้ไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต ในขณะที่ยังมีลมหายใจอยู่ ดังนั้นจำเป็นต้องมีวิธีการเตรียมตัวตายด้วยหลักมรณานุสติดังนี้ คือระลึกถึงความตายเป็นอารมณ์โดยการเจริญมรณานุสติ เข้าใจวงจรปฏิบัติจนสมบูรณ์ข้ามพ้นความทุกข์จากอวิชชา ดำเนินชีวิตอย่างผู้มีปัญญาด้วยหลักไตรสิกขา หากปฏิบัติเช่นนี้ ตามที่พระพุทธเจ้าทรงสอนไว้เมื่อถึงเวลาตายจะมีอันสงบสุขให้ตายอย่างสงบ ไปสู่สุขคติ สูงสุดคือพระนิพพาน

ส่วนการเตรียมตัวตายในหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาสน์สั่งตาย" นั้นมีวิธีการปฏิบัติใน 2 รูปแบบ คือ 1) การยอมรับความตาย และการพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก สามารถดับความทุกข์จากอวิชชาลงได้ และมีการประพฤติตนเป็นคนดีทางกาย วาจา ใจที่สุจริต ด้วยความมุ่งมั่นเมตตา เพื่อประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม จนส่งผลให้จากโลกนี้ไปอย่างสงบ 2) การปฏิเสธความตาย

คือ ผู้ตายนั้นไม่สามารถมีสติในการยอมรับความตาย ปล่อยจิตใจให้ถูกครอบงำโดยอวิชชา จนไม่สามารถควบคุมกาย และใจตนเองได้ ส่งผลให้ต้องตายอย่างทุกข์ทรมานทางใจ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมอีกด้วย

จากการศึกษาวิเคราะห์ความสอดคล้องการเตรียมตัวตายในหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาส์นสั่งตาย" กับ กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา พบว่ามีวิธี และผลที่ได้รับที่มีความสอดคล้องกันดังนี้ 1) การยอมรับความตาย ด้วยการมีสติระลึกถึงความตาย ส่งผลให้เป็นผู้ใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ด้วยการเร่งบำเพ็ญประโยชน์ที่สมควรจะทำ อย่างไม่เกรงกลัวความตาย 2) ลดละความยึดมั่นถือมั่นจากความโลภ ความโกรธ และความหลง ส่งผลให้เกิดสัมมาทิฐิ มองเห็นหนทางแห่งการดับทุกข์ 3) มีความประพฤติทางกาย วาจา ใจที่สุจริต มุ่งมั่นในการทำมาความดีด้วยความเมตตา ส่งผลให้เป็นผู้มีสติ และมีจิตที่สงบ

กันธิชา เผือกเจริญ (2556, ก) ศึกษากระบวนการทำงานของจิตอาสา กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายออโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่เกื้อกูลการทำงานจิตอาสา 2) เพื่อศึกษากระบวนการทำงานและบทบาทจิตอาสาของออโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร 3) เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตอาสา ใน อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

งานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยเชิงเอกสารและเชิงคุณภาพ ส่วนของงานวิจัยเชิงเอกสาร ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาตามที่ปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎก หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักพุทธธรรมในการเป็นจิตอาสา ในส่วนของเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงาน บทบาทจิตอาสา และปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตอาสากรณี อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ผลดำเนินการวิจัยพบว่า หลักพุทธธรรมที่เกื้อกูลการทำงานจิตอาสาสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 หมวดธรรม คือ 1) พรหมวิหาร 4 2) อิทธิบาท 4 3) สังคหวัตถุ 4 4) สาราณียธรรม 6 และ 5) สัมปยุตตธาน 7 หลักพุทธธรรมที่กล่าวมานี้ หากปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดสมาธิ จนก่อให้เกิดปัญญา ทั้งทางโลกและทางธรรม โดยมีศีลเป็นบาทฐาน เมื่อศีลบริบูรณ์ การเจริญสมาธิ และปัญญา จะอุปการะเกื้อกูลให้คุณความดีเจริญขึ้นด้วยในหนทางแห่งอริยมรรคมีองค์ 8

กระบวนการทำงานและบทบาทจิตอาสาพบว่า การบริหารงานของอโรคยศาลขับเคลื่อนด้วยพลังของจิตอาสา 3 กลุ่มด้วยกันคือ 1) จิตอาสาต้นแบบ 2) จิตอาสาแกนหลัก 3) จิตอาสาสนับสนุน ที่หมุนเวียนกันเข้ามาตามช่วงจังหวะเวลา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติร่วมเป็นจิตอาสา มีเจ้าหน้าที่ประจำคอยเป็นที่เลี้ยง จิตอาสาจึงเข้าสู่กระบวนการทำงานตามศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มความสามารถตอบสนองความต้องการโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าใจในวิถีของชีวิต ยอมรับกับความจริงที่เกิดขึ้น แม้ว่าในที่สุดของการรักษา คือ การเสียชีวิต แต่เป็นการเสียชีวิต อย่างสุขสงบ หรือ "ตายแบบยิ้มได้" ที่

เป็นผลมาจากการยอมรับความตาย ดังคำกล่าวที่ว่า "อยู่สบาย ตายสงบ งบไม่เสีย" จิตอาสาได้ประจักษ์เห็นความจริงของชีวิตจากการดูแลผู้ป่วย การปรับทัศนคติในการดำเนินชีวิต การระลึกถึงมรณานุสติ ตลอดจนการเรียนรู้วิถีชีวิตที่สอดคล้องกับหลักพุทธธรรม

ในส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตอาสา แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนภายนอก หมายถึง ศักยภาพ ความสามารถทางด้านวิชาชีพ ฐานะและบทบาททางสังคม และปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนภายในเริ่มต้น ที่ความศรัทธา และพุทธธรรมในใจของจิตอาสา ที่ส่งเสริมให้มีการทำงานอย่างมุ่งมั่น จริงจัง จริงใจ พัฒนาศักยภาพไปพร้อมกับการทำงาน เนื่องจากใช้งานเป็นฐานของการภาวนา จึงเกิดสมาธิจากการทำงาน ทำให้เห็นการเจริญเติบโต คุณธรรมที่ผลิบานในใจ ดังนั้น การพัฒนากระบวนการและการใช้ศักยภาพของจิตอาสาที่อโรคยศาลจึงเป็นไปอย่างธรรมชาติ และในที่สุดเข้าถึงปัญญา จนไม่มีความขุ่นมัว โดยมี พระปพนพัชร ภิบาลพัคตรีธิ (จิรัชมิโมภิกขุ), ดร. หรือ เรียกขานในนาม "หลวงตา" เป็นต้นบุญผู้ต้นแบบแห่งการเรียนรู้ "ทำด้วยใจ ให้ด้วยรัก ไม่หวังผลตอบแทน" และไม่ว่าศักยภาพของจิตอาสาจะเป็นเช่นไรก็ตาม แต่สิ่งสำคัญยิ่งกว่า คือการจิตใจของจิตอาสา อยู่กับโลก ตามที่เป็นจริง อยู่กับโลกอย่างเหนือโลก

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ Development of Integrative Ageing Care Model” เป็นแผนงานวิจัยต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2555-2557) โดยแผนงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 2) Development of Integrative Ageing Care Model (Phase II)” เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โดยมีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยในปีที่ 2 จำนวน 6 โครงการวิจัยย่อย ดังนี้

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

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : ดร.เวชกา กลิ่นวิจิตร	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50
ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 25
นางสาวคณิฉนิช อุสิมาศ	สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 25

หน่วยงานหลัก :

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน :

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

(ปีที่ 2)

การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

Phase 2 : Health service and Health behaviors Information for Ageing

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 2)

การพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

#### โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนา รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : พญ.เพชรงาม ไชยวานิช สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : นายแพทย์สมชาย ยงศิริ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15

พญ.ผกาพรรณ ดินชูไท สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10

ดร.สุกัญญา เจริญวัฒน์ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

(ปีที่ 2)

การพัฒนา รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

#### 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 2)

เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่ 2) (ภาษาไทย) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน"

(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.รัชนิภรณ์ ทรัพย์ภานนท์ 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

โครงการวิจัยย่อยที่ 9 (ปีที่ 1) (ภาษาไทย) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

(ภาษาอังกฤษ) Preparing peaceful End-of-life care model: Hospital based

(Phase I)

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

นางสาวพวงทอง อินใจ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

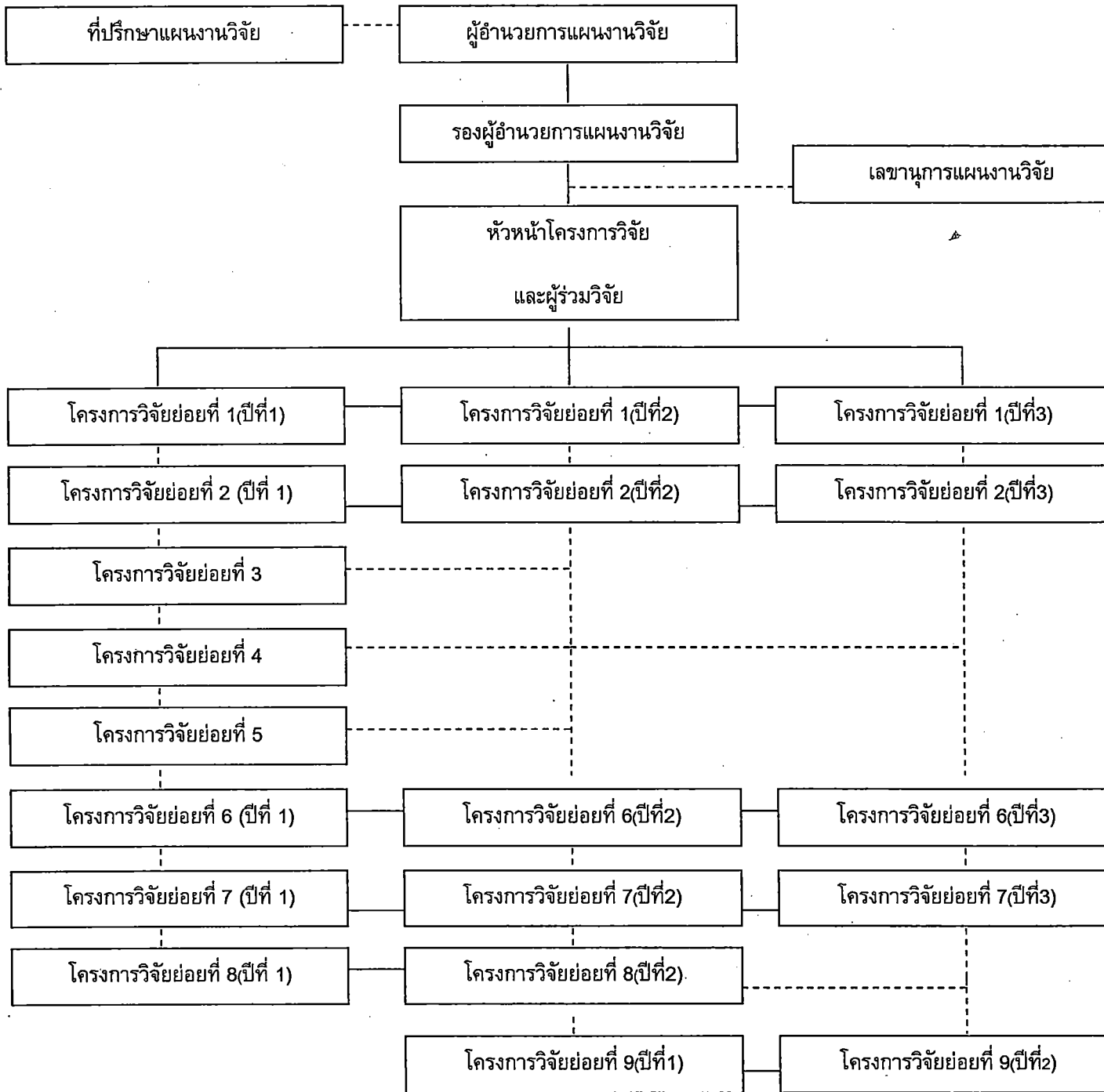
ผศ.ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ สัดส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



แผนการบริหารแผนงานวิจัย  
โครงสร้างแผนงานวิจัย



ในการดำเนินการของแผนงานวิจัยนี้ มีการควบคุม กำกับโครงการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย โดยคณะผู้บริหารแผนงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

ที่ปรึกษาแผนงานวิจัย ได้แก่

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

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบแผนงาน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรธน  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

รองผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต

หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เลขานุการแผนงานวิจัย : นางสาวคณิงนิจ อภิมาศ

หัวหน้างานวิจัยและบริการวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ซึ่งในแต่ละโครงการวิจัยย่อย จะมีหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในโครงการแล้ว ยังมีเลขานุการแผนงานวิจัย ที่ทำหน้าที่ ประสานงานช่วยเหลือในการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานของโครงการวิจัยย่อย ต่าง ๆ ของแผนงานวิจัย ช่วยนัดหมาย จัดประชุมคณะกรรมการบริหารแผนงานวิจัย และประสานงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนดำเนินการวิจัยในแต่ละโครงการ รวมทั้งรวบรวมรายงานความก้าวหน้าเสนอต่องานส่งเสริมการวิจัย สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา จัดให้มีการประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัยเป็นประจำทุกเดือน และได้มีการเชิญผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มาให้คำปรึกษา วิพากษ์การดำเนินการวิจัยตามแผนงานวิจัยด้วย

หน่วยงานสนับสนุน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะแพทยศาสตร์แผนกกายวิภาคศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 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 ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการประสานความร่วมมือในการสร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
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 2) การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

**Phase2 : Health service and Health behaviors Information for Ageing**

ระยะที่ 2 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

##### 1. รูปแบบการวิจัย (research design)

การวิจัยเชิงพัฒนา(Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ

ฐานข้อมูลและสารสนเทศของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เฉพาะที่อาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออก 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก

##### 2. ขั้นตอนในการวิจัย (วิธีการในการเก็บข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ)

ข้อมูล (Data) คือ ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป)เฉพาะที่อาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออก 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก ดำเนินการประมวลผลและพัฒนาฐานข้อมูลสู่ระบบสารสนเทศ ตามกรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับ

การดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ใน 3 ระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ คือ

- 1) ด้านระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก
- 2) ด้านพฤติกรรมสุขภาพในภาคตะวันออก
- 3) ด้านสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

### 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เป็นการรวบรวมข้อมูลจากผลการสังเคราะห์งานวิจัย ในระยะที่ 1
2. การศึกษาเอกสารและบททวนวรรณกรรมการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกตามกรอบแนวคิดทั้ง 3 ด้าน
3. ผลการศึกษาวิจัยของการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ตามโครงการวิจัยย่อยของแผนงานวิจัย
4. การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก โดยใช้เทคโนโลยีเกี่ยวกับ Web application เพื่อง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลและสามารถปรับปรุง ความทันสมัยของข้อมูลได้โดยง่าย
5. การประเมินความเหมาะสม ความถูกต้อง ความสะดวก ประโยชน์ของข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 ท่าน ในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
6. การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล รวมทั้งผู้ใช้ข้อมูล
7. นำผลการประเมินมาใช้ในการปรับปรุงข้อมูลสารสนเทศ
8. เผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุบนสื่อเครือข่ายระบบ internet
9. สรุปและรายงานผลการศึกษาวิจัย

### 4. สถานที่ในการศึกษาวิจัย : ภาคตะวันออก ประเทศไทย

**โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation on elderly health promotion)**

**(ปีที่ 2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคตะวันออก ประเมินผลโครงการดังกล่าว โดยประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดย

**ระยะที่ 2 การประยุกต์กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ( PAR for develop Health promotion model)**

วิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม( PAR)

กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ : , สระแก้ว , ชลบุรี

การเก็บรวบรวมข้อมูล : แบบสัมภาษณ์ , แบบสอบถาม , แบบทดสอบ

## โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

### (ปีที่ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

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 2)

เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วย

#### วิธี Bench marking

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธี Benchmarking คือวิธีการในการวัดและเปรียบเทียบ ผลผลิตภัณท์ บริการ และวิธีการปฏิบัติกับองค์การที่สามารถทำได้ดีกว่า เพื่อนำผลของการเปรียบเทียบมาใช้ในการปรับปรุงองค์การของตนเอง ซึ่งจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะเพิ่มขีดความสามารถ (บุญดี บุญญาภิจ และกมลวรรณ ศิริพานิช, 2543)

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

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของผู้สูงอายุ 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 การบันทึกเสียงและการบันทึกวีดิทัศน์ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ รวมทั้งการตรวจสอบสามเส้า

#### โครงการวิจัยย่อยที่ 9 (ปีที่ 1) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (Preparing peaceful End-of-life care model: Hospital based (Phase I))

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายกรณีที่เกิดในสถานพยาบาล โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การวิจัยเชิงปริมาณจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุและญาติ
- 2) การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ประชากร เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก จำนวน

440,562 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ และญาติคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1,762,248 คน

กลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายมีระบบ โดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซ์และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน โดยแบ่งตามสัดส่วนจำนวนประชากร เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 77 คน ญาติและผู้ดูแลจำนวน 307 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของจีน วัตสัน (Watson, 1996: 154-5) และแบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน ของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2555) ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ชุด โดย

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้ดำเนินการศึกษาวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนสรุปรายงานผลการวิจัยต่อไป



## บทที่ 4

### ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัยของแผนงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 2) Development of Integrative Ageing Care Model (Phase I)” คณะผู้วิจัยขอเสนอ สรุปผลการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย 6 โครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Information for Ageing)

(ปีที่ 2) การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ  
Phase 2 : Health service and Health behaviors Information for Ageing

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation on elderly health promotion)

(ปีที่ 2)

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

(ปีที่ 2)

การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

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

(ปีที่ 2)

เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking

โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่2) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน" (Model of Home-Based Peaceful Dying Preparation for the Elderly at the End of Life)

โครงการวิจัยย่อยที่ 9 รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

Preparing peaceful End-of-life care model: Hospital based (Phase I)

(ปีที่ 1)

การศึกษากระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

Paradigm of Preparing the End-of-life in Ageing and family: Hospital based care

## โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

### Health Information for Ageing

(ปีที่ 2) การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

Phase 2: Health service and Health behaviors Information for Ageing

ดร.เวธกา กลิ่นวิจิตร<sup>1</sup>

ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย<sup>2</sup> และ คณิงนิจ อุตติมาศ<sup>3</sup>

<sup>1</sup> พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup> ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>3</sup> นักวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศึกษาและพัฒนาช่องทางและรูปแบบการสื่อสารข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสู่ประชาชน ดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา ตามกรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ใน 3 ระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ คือ 1) ด้านระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) ด้านพฤติกรรมสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) ด้านสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาวิจัย พบว่า 1) สถานการณ์และปัญหาของระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดเก็บข้อมูลที่หลากหลาย และมีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบ การเก็บข้อมูลเป็นลักษณะการส่งต่อข้อมูลจากหน่วยงานย่อยไปสู่ส่วนกลาง ไม่ได้มีฐานข้อมูลที่หน่วยงานตนเองสามารถสืบค้นหรือนำมาใช้ในการวางแผนหรือประเมินผลงานได้ บัญชีรายงานมีจำนวนมากเป็นภาระของผู้จัดเก็บ เทคโนโลยีในการจัดเก็บไม่เพียงพอ 2) ความต้องการระบบสารสนเทศ ได้แก่ การมีข้อมูลบริการแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ให้บริการตามความจำเป็นและเหมาะสมกับบริบท ข้อมูลมีความถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลาและได้มาตรฐานสามารถเชื่อถือได้ สามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือควรมีศูนย์กลางบริการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ 3) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย

1.ฐานข้อมูลด้านระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ประเภทบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มาตรฐานที่สถานพยาบาลได้รับ อัตราค่าบริการ หลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ฐานข้อมูลสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ประกอบด้วย สถานการณ์โรคเฉียบพลัน โรคติดเชื้อหรือโรคอุบัติใหม่ สถานการณ์โรคเรื้อรัง สถานการณ์โรคทางด้านสุขภาพจิต และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

3 ฐานข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ประกอบด้วย ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ (Elderly), สารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information), ฐานข้อมูล (database)

## Health Information for Ageing

### Phase 2: Health service and Health behaviors Information for Ageing

Wethaka Klinwichit, Ph.D. ,

Kanungnit U-simart : Faculty of Medicine

Ass.Prof.Yuwadee Rodjakpai Ph.D. : Faculty of Public Health

#### Abstract

This study aims to develop health information for elderly based on problems situation and needs of elderly and provider in the eastern region of THAILAND. The research and development contained of 3 informatics systems namely; 1) Health providing 2) Health behaviors and Health situation of the elderly. Descriptive research used for explore problems situation and need of health information in elderly. 286 samples were selected from elderly population in the eastern with systemic sampling. Questionnaire is used as data collecting tool, and statistics including frequency, percentage and standard deviation were used for data analysis. The findings reveal that 1) the problems situation in health information of the elderly were various data collected, several authorizes responsibility, data transfer system usually transfer from the unit optimize to the center but they cannot use this data to draw their plan or evaluate their works, many report and not enough technology for storage data. 2) Health information needs for elderly were necessary and appropriate information system for elderly and providers and easy to access for using. 3) the development of health information systems for the elderly in the eastern region contained of 1. Database on health care system for the elderly consisting of the health service, access to health service, standard of the hospital, rate of service and health assurance 2. Database on health situation consisting of infectious diseases, emerging diseases, chronic diseases, mental health and risk factors for the diseases. 3. Database on health behaviors for the elderly consisting of health factors, wisdom in health care of the community, health behaviors and health care potential.

**Keywords :** Elderly), Health Information, database

## โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

Community participation on elderly health promotion

### (ปีที่ 2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์<sup>1</sup>

<sup>1</sup>อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.บูรพา จ.ชลบุรี

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลาการดำเนินการศึกษารวมทั้งสิ้น 3 ระยะ ในรายงานการวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 โดยสรุปผลการวิจัยดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตจังหวัดระยอง ชลบุรี และจังหวัดสระแก้ว จำนวน 415 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม - สิงหาคม 2555 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การสุขภาพกายที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับและดีมาก ระยะที่ 2 ที่วิจัยสรุปว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยและกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**Community participation on elderly health promotion**  
**(Phase 2)**

Paiboon Pongsaengpan, Ph.D.

Faculty of Public Health

**Abstract**

This participatory action research aims to study health status and health promotion behaviors of the elderly in the community with involvement of the community. The project consisted by conducting in three phases which in this report conducted in phase 2 which the results were found that: Phase I: Perception of this health status were most samples felt that they are healthy 46.7 percent and 18.6 percent felt that they are poor health. The health promoting behavior of the samples were; the highest mean score was 3.64 on housing sanitation, followed by the behavioral health and spiritual practices to ensure the safety and behavior at the average is 3.40. The lowest average score of 3.03 on social interaction and behavior, the health promoting behaviors as a whole was good. Phase II: The research team concluded that the health of the elderly in the community. This study will require the involvement of the community and other processes related to continuous health development concepts such as concepts of health, the concept of empowerment, and the concept of working through partnership networks. This is a key process of health promotion and strengthen community development and health promotion on their own.

**Keywords:** Participation, Elderly, Health promotion

## โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (ปีที่ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

พญ.เพ็ชรงาม ไชยวานิช นพ.สมชาย ยงศิริ ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ ดร.สุกัญญา เจริญวิณะ

พญ.ผกาพรรณ ดินชูไท พญ.รัชนีพร ชื่นสุวรรณ

พญ.ศิริพร ตั้งจาตุรนต์รัศมี

### บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษา เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนและ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทำการเก็บข้อมูล ครั้งแรกในเดือน กพ.-เมย. พ.ศ. 2556 และครั้งที่ 2 ทำการเก็บข้อมูลในด้านความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อการออกกำลังกาย และมีการแนะนำการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับวัยในผู้สูงอายุ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเชิญชวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในศูนย์บริการปฐมภูมิชุมชนเทศบาลแสนสุขและการประชุมผู้สูงอายุในเทศบาลแสนสุข กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 314 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ โดยเทียบกับแบบวัด 0.65ความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.84 WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทย ที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ แบบประเมินภาวะโภชนาการซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment: MNA) ซึ่งสถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้จัดทำและแปลจากต้นฉบับ ได้รับการยืนยันแล้วว่า MNA-SF เป็นที่ถูกต้องและเปรียบเทียบได้ดีกับ MNA ฉบับเต็ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ 2 เป็นการซักถามความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่า

จากกลุ่มตัวอย่างที่วางแผนเก็บข้อมูลทั้งหมด 400 รายเพื่อให้ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 5 ผู้วิจัยสามารถทำการรวบรวมกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 314 รายทำให้งานวิจัยนี้มีช่วงความเชื่อมั่นเพิ่มเป็นร้อยละ 8.5 ซึ่งใกล้เคียงกับแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในโครงร่างวิจัย



จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการในปีที่ ราย แยกเป็นเพศ 314 คนมีจำนวนทั้งสิ้น 2 ราย โดยมีอายุโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 75 ราย เพศชาย 239หญิง 67.06±5.54 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส หรืออาศัยอยู่กับคู่ชีวิตมากถึงร้อยละ 44.90 รองลงมามีสถานภาพ แยก/หย่า/หม้าย ร้อยละ 36.18 และ สถานภาพโสดร้อยละ 95.36 การศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 15.93 อยู่ในช่วงประถมถึงมัธยมศึกษาตอนปลายถึงร้อยละ 63.46 การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในเขต เทศบาลเมืองแสนสุขนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 63.46 รองลงมามีอาชีพ รับจ้างร้อยละ 50 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.22 โดยที่มีรายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ที่ 8007.6865 บาทต่อเดือน

ในด้านพฤติกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.63) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 91.22) กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 3วัน/สัปดาห์ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายอยู่ที่ 1-4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 65.53 และออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 34.47

โรคประจำตัวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.19 รองลงมาเป็นโรคไขมันใน เลือดสูงร้อยละ 34.30 โรคเบาหวานร้อยละ 26.77 และโรคหัวใจ ร้อยละ 4.18

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.27 คิดเป็น คะแนนเฉลี่ย 91.82+10.42 มีองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนน 25.33+3.29 มีองค์ประกอบทางด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน 21.80+3.12 องค์ประกอบทางด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน 8.94+1.96 มี องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน 28.60+4.05

ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 64.44 มี คะแนน 26.55 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 35.15 ระดับคะแนนเฉลี่ย 21.55 และมีภาวะ ทุพโภชนาการเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

จากการตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของปัจจัยที่ทำการศึกษาศึกษาโดย กำหนดให้มีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 พบว่า

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติระดับดีมากในเรื่องการออกกำลังกาย
2. การออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการ
3. การให้ความรู้ในด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพกายและใจดีขึ้น

ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกๆมิติอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ คุณภาพชีวิต Bioelectrical Impedance

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ  
เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

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

(ปีที่ 2) เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking

ผศ.ดร.ยุวดี รอดจางภักย์<sup>1</sup>

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ<sup>2</sup> และ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup> รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒวิทยาลัย นครินทร์ ฉะเชิงเทรา

<sup>3</sup> อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ และแบบวิเคราะห์องค์กรต้นแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า คัดเลือกองค์กรต้นแบบได้ 2 แห่ง คือ Sozokai Medical Plaza และ Nihon University ITABASSHI Hospital ซึ่งมี Best Practices ในการดูแลผู้สูงอายุ และเมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นมีความเหมือนกันเป็นส่วนใหญ่ เช่น มีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชน สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติที่ดี/สถาปัตยกรรม/ สิ่งประดิษฐ์สำหรับผู้สูงอายุแต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียดบางอย่าง เช่น มาตรการในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นจะเหมือนกันทั้งภาครัฐและเอกชน การดูแลผู้สูงอายุจะมีบริบททางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นมีการดำเนินการที่จะลดการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและพยายามให้ผู้สูงอายุได้พึ่งตนเองได้ในขณะเดียวกันจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและผู้สูงอายุที่มีอายุยืนนานขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่ชัดเจนมากขึ้นดังนี้ 1) ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแล มีสังคมของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน 2) มีการดูแลในวิถีชีวิตประจำวัน การดูแลอนามัยพื้นฐาน 3) มีการจัดอบรม อาสาสมัครเพื่อการดูแลสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4) มีธุรกิจการรับจ้างดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 5) มีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : การพัฒนาชุมชน ครอบครัวต้นแบบ ผู้สูงอายุ

**Model of Community Development and Family to Care for the Elderly master integrated****(Phase II)**

Ass.Prof.Yuwadee Rodjakpai,Ph.D.

Kunwadee Rojpaisarnkit and Paiboon Pongsaengpan, Ph.D.

Faculty of Public Health

**Abstarct**

This research aims to compare the health care model of the elderly in Thailand and Japan by Benchmarking. Data collect consisted of interviews of providers and foundation analysis. The qualitative data was analyze by content analysis. The results showed that the foundation has selected two of the Sozokai Medical Plaza and Nihon University ITABASHI Hospital with best practices in caring for the elderly. When comparing the patterns of health care for the elderly in Thailand and Japan pattern health care for the elderly in Thailand and Japan pattern, as well as most of the elderly long-term care policy. Elderly care by family and community, welfare for elderly, good practices, architecture, artifacts for the elderly, but are different in some details, for example. Standard of care of the elderly in Japan are the same for both public and private. The elderly are involved with the cultural context. Elderly care by family and community in Thailand and Japan have been implemented to reduce the reliance of the elderly and try to keep seniors independent at the same time, the number of elderly is increasing and the elderly to live long. Up it has to be a long-term care system for the elderly. The more obvious: 1 Using family and community-based care. A society of elderly seniors doing activities together. 2. Has to take care of the daily lifestyle, basic health care. 3. Has been training volunteers to care for the elderly. In order to have knowledge understanding and motivation to care for the elderly. 4. The elderly care business contract 5. Has a network of care for the elderly.

**Keywords :** Community Development , Master family , Elderly

## โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่2) “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว สู่การตายอย่างสงบที่บ้าน”

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

ผศ. ดร.สิริลักษณ์โสมานุสรณ์ ผศ. ดร. รัชนิภรณ์ ทรัพย์ภานนท์ ผศ. ดร. วารี กังใจ  
กิ่งดาว การะเกด พรพรรณ ศรีโสภา พวงทอง อินใจ

#### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ 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 การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การใช้แบบสอบถาม การใช้ข้อมูลเอกสาร การประชุมกลุ่ม การจดบันทึกภาคสนาม การถ่ายภาพ 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

## โครงการย่อยที่ 9 รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 1)

การศึกษากระบวนการทัศนของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อม  
สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และ

ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต นางสาวพวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.สิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการทัศนของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ในสถานพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงใต้ ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณจากการสำรวจต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัว การวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประชากร เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการในสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก จำนวน 440,562 คน และญาติ จำนวน 1,762,248 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน แบ่งตามสัดส่วนเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 77 คน ญาติและผู้ดูแลจำนวน 307 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.96 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว

กลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.62 อายุเฉลี่ย 71.52 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.14 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.61 แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 62.34 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 25,333.33 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 46.75 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.62

กลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.30 อายุเฉลี่ย 45.50 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 56.03 ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.65 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.81 สถานภาพโสด ร้อยละ 43.00 มีรายได้เฉลี่ย 23,583.33 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 25.08 รองลงมาคือพนักงานรัฐ/บริษัท/เอกชน ร้อยละ 17.92

#### 2. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล กลุ่ม

ผู้สูงอายุ และครอบครัว ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.61$  ,  $SD = 0.72$ ;  $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.46$ )

3. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ระดับการศึกษา ( $r = 0.65$ ,  $p = 0.002$ ) และ ระดับ 0.05 คือ เพศ ( $r = 0.49$ ,  $p = 0.028$ ) และโรคประจำตัว ( $r = -0.50$ ,  $p = 0.019$ ) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ศาสนา ( $r = -0.66$ ,  $p = 0.005$ ) และ ระดับ 0.05 คือ อายุ ( $r = -0.52$ ,  $p = 0.038$ ) เพศ ( $r = -0.57$ ,  $p = 0.019$ ) ระดับการศึกษา ( $r = 0.50$ ,  $p = 0.048$ ) รายได้ ( $r = -0.62$ ,  $p = 0.028$ ) และอาชีพ ( $r = -0.59$ ,  $p = 0.015$ )

4. สรุปความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ในทัศนะของผู้สูงอายุ พบว่า การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ไม่ทรมาน โดยได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างค้างไว้ให้สำเร็จลงแล้ว และแวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย การตายที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่เชื่อมั่นได้ว่าได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด โดยญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องการให้เพิ่มความใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนปรนกฎระเบียบลงบ้าง

ในทัศนะของครอบครัวผู้สูงอายุ พบว่า การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ที่ไม่ได้สร้างภาระให้กับผู้อื่นและครอบครัว เป็นการตายที่สามารถรู้ตัวก่อนและมีโอกาสได้สั่งเสีย ล่ำลา และมีโอกาสสร้างการยอมรับต่อการตายได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว การตายที่โรงพยาบาล ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้ญาติและครอบครัวมีโอกาสได้ล่ำลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต

**คำสำคัญ :** การตายอย่างสงบ ผู้สูงอายุ ครอบครัว โรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## PREPARING PEACEFUL END-OF-LIFE CARE MODEL: HOSPITAL BASED (PHASE I)

### Paradigm of Preparing the End-of-life in Ageing and family: Hospital based care

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

Faculty of Medicine, Burapha University

Assist.Prof.Siriluck Somanusorn,Ph.D.

Faculty of Nursing, Burapha University

#### ABSTRACT

The purpose of this research were to explore end-of-life care needs at hospital of elderly and family members and correlation between characteristics of the population and components of end-of-life care needs by using mixed method research. The samples which were selected from the total elderly population of 440,562 and family member of the elderly population of 1,762,248 in the Eastern region of THAILAND were 384 persons, proportion between elderly and family members 77: 307 persons. Questionnaire with reliability ( $r = 0.96$ ) and Semi-structured interview were used as data collecting tool, and statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test and Pearson product moment correlation were used for data analysis.

The study revealed that;

1. Overviews of the samples;

1.1 The most of elderly were female(76.62%) , average age 71.52 years, education lower undergraduate(57.14%), Buddhist (89.61%), Married(62.34%), average of family income 25,333.33 baht/month, occupation government employee(46.75%) and had underlying chronic disease (76.62%)

1.2 The most of family of elderly were female(87.30%) , average age 45.50 years, education lower undergraduate(43.65%), Buddhist (93.81%), Single(43.00%), average of family income 23,582.33 baht/month, occupation government employee(25.08%) and private company employee (17.92%)



2. The end-of-life care needs at hospital of elderly and family members were in the high level ( $\bar{X} = 3.61$ ,  $SD = 0.72$ ;  $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.46$ ).

3. The correlation between characteristics of the elderly and end-of-life need were education ( $r = 0.65$ ,  $p = 0.002$ ) at a statistically significant level of 0.01, gender ( $r = 0.49$ ,  $p = 0.028$ ) and underlying of chronic diseases ( $r = -0.50$ ,  $p = 0.019$ ) at a statistically significant level of 0.05. The correlation between characteristics of the family members of the elderly and end-of-life need were religion ( $r = -0.66$ ,  $p = 0.005$ ) at a statistically significant level of 0.01, age ( $r = -0.52$ ,  $p = 0.038$ ), gender ( $r = -0.57$ ,  $p = 0.019$ ), education ( $r = 0.50$ ,  $p = 0.048$ ), income ( $r = -0.62$ ,  $p = 0.028$ ) and occupation ( $r = -0.59$ ,  $p = 0.015$ ) at a statistically significant level of 0.05.

4. Summarized of the in-depth interviews found that;

1.1 Perception of the elderly in peaceful end-of-life care at hospital mean die with painless, do not suffering and can do anything that they have to do already. Surrounding with people who love. Do not be neglected alone. Death at hospital was a sentiment that has been optimally help from the medical doctor to have survived. Relatives and family members assure to get help and care from medical personnel with professional ethics after they die. Condition of deceased will be completely protected human dignity. Wish to increase the intimacy to the relatives and family members of the elderly who pass away and flexibility for providing caring or lenient the rules of hospital.

4.2 Perception of the family member of the elderly in peaceful end-of-life care at hospital mean die with painless, do not suffering and do not burden to others and family. A death that can be realized and have a change to say goodbye and established the activities together for accept the death with both elderly and their family members. Death at hospital should be provided room or location for privacy patient, the relatives and their family have a last farewell with honor and decency. Should be trained to use words and actions to show respect and honor to the deceases and their family. Physicians should identify predictors and communication to patients and their family to realized that in order to prepared before elderly patient death or near death.

**Keywords:** Peaceful death, end-of-life care need, elderly, family member, hospital

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ Development of Integrative Ageing Care Model” เป็นแผนงานวิจัยต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2555-2557) โดย ปีที่ 2 แผนงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัยนี้ เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ มีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยในปีที่ 2 จำนวน 6 โครงการวิจัยย่อย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนา รูปแบบและประเมินศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) เพื่อพัฒนา รูปแบบและประเมินศักยภาพการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ 4) เพื่อพัฒนา รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 5) เพื่อพัฒนา รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้านและโรงพยาบาล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิธีดำเนินการวิจัย ใช้วิจัยเชิงพัฒนา การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงพรรณนา และการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2556-กันยายน 2557 ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อยได้ดังนี้

#### โครงการวิจัยย่อยที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ Health Information for Ageing

##### (ปีที่ 2) การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

##### Phase 2: Health service and Health behaviors Information for Ageing

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

1) สถานการณ์และปัญหาของระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดเก็บข้อมูลที่หลากหลาย และมีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบ การเก็บข้อมูลเป็นลักษณะการส่งต่อข้อมูลจากหน่วยย่อยไปสู่ส่วนกลาง ไม่ได้มีฐานข้อมูลที่หน่วยงานตนเองสามารถสืบค้นหรือนำมาใช้ในการวางแผนหรือประเมินผลงานได้ ปัญหาที่ยังมีจำนวนมากเป็นภาระของผู้จัดเก็บ เทคโนโลยีในการจัดเก็บไม่เพียงพอ

2) ความต้องการระบบสารสนเทศ ได้แก่ การมีข้อมูลบริการแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ให้บริการ ตามความจำเป็นและเหมาะสมกับบริบท ข้อมูลมีความถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลาและได้มาตรฐานสามารถ เชื่อถือได้ สามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือควรมีศูนย์กลางบริการข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้

3) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย

1. ฐานข้อมูลด้านระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ประเภทบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มาตรฐานที่สถานพยาบาลได้รับ อัตราค่าบริการ หลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ฐานข้อมูลสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย สถานการณ์โรคเฉียบพลัน โรคติดเชื่อหรือโรคอุบัติใหม่ สถานการณ์โรคเรื้อรัง สถานการณ์โรคทางด้าน สุขภาพจิต และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

3 ฐานข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

## โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วม ของชุมชน **Community participation on elderly health promotion**

(ปีที่ 2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่า สุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านได้ดังนี้

พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ

การสุขภาพิบาลที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิต วิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 แ

พฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03

ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับและดีมาก ระยะที่ 2

สรุปว่า กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยและกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลและสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการ

พัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคเครือข่าย

## โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

### (ปีที่ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษารายวิจัย พบว่า

จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการในปีที่ 2 มีจำนวนทั้งสิ้น 314 คน แยกเป็นเพศหญิง 239 ราย เพศชาย 75 ราย โดยมีอายุเฉลี่ย อยู่ที่  $67.06 \pm 5.54$  ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรืออาศัยอยู่กับคู่ชีวิตมากถึงร้อยละ 44.90 รองลงมามีสถานภาพ แยก/หย่า/หม้าย ร้อยละ 36.18 และสถานภาพโสดร้อยละ 95.36 การศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 15.93 อยู่ในช่วงประถมถึงมัธยมศึกษาตอนปลายถึงร้อยละ 63.46 การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 63.46 รองลงมาคืออาชีพ รับจ้างร้อยละ 50 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.22 โดยที่มีรายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ที่ 8007.6865 บาทต่อเดือน

ในด้านพฤติกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.63) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 91.22) กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายอยู่ที่ 1-4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 65.53 และออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 34.47

โรคประจำตัวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.19 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 34.30 โรคเบาหวานร้อยละ 26.77 และโรคหัวใจ ร้อยละ 4.18

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.27 คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย  $91.82 + 10.42$  มีองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนน  $25.33 + 3.29$  มีองค์ประกอบทางด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน  $21.80 + 3.12$  องค์ประกอบทางด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน  $8.94 + 1.96$  มีองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นคะแนน  $28.60 + 4.05$

ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 64.44 มีคะแนน 26.55 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 35.15 ระดับคะแนนเฉลี่ย 21.55 และมีภาวะทุพโภชนาการเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

จากการตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของปัจจัยที่ทำการศึกษาโดยกำหนดให้มีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 พบว่า

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติระดับดีมากในเรื่องการออกกำลังกาย

2. การออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ
3. การให้ความรู้ในด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น

ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกๆมิติอย่างมีนัยสำคัญ

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

ผลการวิจัยพบ ดังนี้

สามารถคัดเลือกองค์กรต้นแบบได้ 2 แห่ง คือ Sozokai Medical Plaza และ Nihon University ITABASSHI Hospital ซึ่งมี Best Practices ในการดูแลผู้สูงอายุ และเมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นมีความเหมือนกันเป็นส่วนใหญ่ เช่น มีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชน สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติที่ดี/สถาปัตยกรรม/สิ่งประดิษฐ์ สำหรับผู้สูงอายุแต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียดบางอย่าง เช่น มาตรการในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นจะเหมือนกันทั้งภาครัฐและเอกชน การดูแลผู้สูงอายุจะมีบริบททางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นมีการดำเนินการที่จะลดการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและพยายามให้ผู้สูงอายุได้พึ่งตนเองได้ในขณะเดียวกันจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและผู้สูงอายุที่มีอายุยืนนานขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่ชัดเจนมากขึ้นดังนี้

- 1) ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแล มีสังคมของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน
- 2) มีการดูแลในวิถีชีวิตประจำวัน การดูแลอนามัยพื้นฐาน
- 3) มีการจัดอบรม อาสาสมัครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ
- 4) มีธุรกิจการรับจ้างดูแลผู้สูงอายุ และ
- 5) มีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

**โครงการวิจัยย่อยที่ 8 (ปีที่ 2) 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

**โครงการย่อยที่ 9 รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล**

**(ปีที่ 1) การศึกษากระบวนการทัศนคติของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล**

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว

กลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.62 อายุเฉลี่ย 71.52 ปี ระดับการศึกษา

ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.14 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.61 แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 62.34 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 25,333.33 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 46.75 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.62

กลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.30 อายุเฉลี่ย 45.50 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 56.03 ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.65 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.81 สถานภาพโสด ร้อยละ 43.00 มีรายได้เฉลี่ย 23,583.33 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 25.08 รองลงมาคือพนักงานรัฐ/บริษัท/เอกชน ร้อยละ 17.92

2. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล กลุ่มผู้สูงอายุ และครอบครัว ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X} = 3.61$  ,  $SD = 0.72$ ;  $\bar{X} = 3.79$ ,  $SD = 0.46$ )

3. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ระดับการศึกษา ( $r = 0.65$ ,  $p = 0.002$ ) และ ระดับ 0.05 คือ เพศ ( $r = 0.49$ ,  $p = 0.028$ ) และโรคประจำตัว ( $r = -0.50$ ,  $p = 0.019$ ) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 คือ ศาสนา ( $r = -0.66$ ,  $p = 0.005$ ) และ ระดับ 0.05 คือ อายุ ( $r = -0.52$ ,  $p = 0.038$ ) เพศ ( $r = -0.57$ ,  $p = 0.019$ ) ระดับการศึกษา ( $r = 0.50$ ,  $p = 0.048$ ) รายได้ ( $r = -0.62$ ,  $p = 0.028$ ) และอาชีพ ( $r = -0.59$ ,  $p = 0.015$ )

4. สรุปความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ในทัศนะของผู้สูงอายุ พบว่า การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ไม่ทรมาน โดยได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างค้างไว้ให้สำเร็จลงแล้ว และแวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย การตายที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่เชื่อมั่นได้ว่าได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด โดยญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องการให้เพิ่มความใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนปรนกฎระเบียบลงบ้าง

ในทัศนะของครอบครัวผู้สูงอายุ พบว่า การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เป็นการตายที่ไม่เจ็บปวด ทรมาน ที่ไม่ได้สร้างภาระให้กับผู้อื่นและครอบครัว เป็นการตายที่สามารถรู้ตัวก่อนและมีโอกาสได้สั่งเสีย ล่ำลา และมีโอกาสสร้างการยอมรับต่อการตายได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว การตายที่

โรงพยาบาล ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้ญาติและครอบครัวมีโอกาสได้ล่ำลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่างสมเกียรติและมีความเหมาะสม ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย ในแผนงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” (ปีที่ 1) พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ในการศึกษาสถานการณ์และปัญหาของระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า สภาพการจัดเก็บข้อมูลมีความหลากหลาย และมีหลายหน่วยงานรับผิดชอบ การเก็บข้อมูลเป็นลักษณะการส่งต่อข้อมูลจากหน่วยย่อยไปสู่ส่วนกลาง ไม่ได้มีฐานข้อมูลที่หน่วยงานตนเองสามารถสืบค้นหรือนำมาใช้ในการวางแผนหรือประเมินผลงานได้ บัญชีรายงานมีจำนวนมากเป็นภาระของผู้จัดเก็บ เทคโนโลยีในการจัดเก็บไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พัชรารวรรณ ศรีศิลป์ประนันท์และคณะ (2551) ทำการศึกษาสถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพและการพัฒนา ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ที่พบว่า ปัญหาของระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันในระดับผู้ปฏิบัติพบว่าเกิด จากภาระงานของเจ้าหน้าที่จัดเก็บที่มาก ความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลจากหน่วยจัดเก็บ การขาดเทคโนโลยีในการจัดเก็บข้อมูลจำนวนมาก ยังไม่มีการนำข้อมูลที่จัดเก็บไปใช้ตามความต้องการของเจ้าของข้อมูล บัญชีรายงาน ในระบบมีมากเกินไป การปรับเปลี่ยน นโยบายและ ตัวชี้วัด ตลอดจนความต้องการข้อมูลที่หลากหลาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติพร ชาญศิริวัฒน์ (2555) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรม การแสวงหาสารสนเทศของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการแสวงหาสารสนเทศบนอินเทอร์เน็ต เนื่องจากยังเป็นการยากในการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร อีกทั้งสารสนเทศบนอินเทอร์เน็ตมีมากเกินไปส่งผลให้ไม่สามารถพิจารณาคัดกรองได้ว่าสารสนเทศใดที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือ ดังนั้นควรมีการศึกษาหาแนวทางเพื่อพัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของผู้สูงอายุให้สามารถแสวงหาสารสนเทศบนอินเทอร์เน็ตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ความต้องการระบบสารสนเทศ ได้แก่ การมีข้อมูลบริการแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ให้บริการตามความจำเป็นและเหมาะสมกับบริบท ข้อมูลมีความถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลาและได้มาตรฐานสามารถเชื่อถือได้ สามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือควรมีศูนย์กลางบริการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พัชรารวรรณ ศรีศิลป์ประนันท์และคณะ (2551) ทำการศึกษาสถานการณ์ระบบข้อมูล



สุขภาพและการพัฒนา ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ที่พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความต้องการสร้างระบบสารสนเทศที่สามารถสนับสนุนงานประจำได้ พร้อมทั้งสามารถให้บริการข้อมูลแก่ผู้ใช้ภายนอกตามความจำเป็นและเหมาะสม ระบบข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา ได้มาตรฐานและตรวจสอบได้สามารถออนไลน์ได้ทั่วถึง มีศูนย์กลางในการกระจายข้อมูล เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของข้อมูล และทำให้ง่ายต่อการค้นหาข้อมูลต่างๆ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ การแปลผลข้อมูลหรือตัวชี้วัดในรูปแบบต่างๆ เช่น กราฟ แผนที่ ฯลฯ สามารถวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลให้ผู้นำข้อมูลไปใช้เข้าใจง่าย

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี (ร้อยละ 46.7) โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการสุขภาพกายที่อยู่อาศัย มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.64) รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (ค่าเฉลี่ย 3.40) และมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (ค่าเฉลี่ย 3.03) โดยระดับการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับและดีมาก สรุปได้ว่า กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยและกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลและสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ปิ่นนเรศ กาศอุดมและมณฑนา เหมชะญาติ (2554) ที่ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านกิจกรรมทางกายซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรรวรรณ แผลนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง (2551) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายหลังการร่วมกิจกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของปานชีวา ณ หนองคาย (2551) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังการดำเนินการพัฒนาแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 64.44 มีคะแนน 26.55 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 35.15 ระดับคะแนนเฉลี่ย 21.55 และมีภาวะทุพโภชนาการเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากการตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของปัจจัยที่ทำการศึกษาคือ โดยกำหนดให้มีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติระดับดีมากในเรื่อง การออกกำลังกาย การออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และการให้ความรู้ในด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น สรุปได้ว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุก ๆ มิติอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ BAPEN NSW (2007) ที่พบ อัตราความเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ ระหว่าง 60-80 ปี ร้อยละ 25-35 และในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ เกิน 80 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ กิ่งทิพย์ แด้มทอง (2546) ที่ทำการศึกษาคือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาหมู่บ้านท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ มี 5 ประการ ได้แก่ เพศ ครอบครัว รายได้ สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม แต่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีภาวะโภชนาการที่ไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา

6. รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วารุณี สุทธิรัตน์ (2542) ที่ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชลบุรี ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมทักษะการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

7. การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน ตามบริบทของภูมิภาคตะวันออก ของไทย มี ความหมาย 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

8. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจและและเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การต้องการให้ครอบครัวยอมรับการตายของตนไม่เศร้าเสียใจมาก การต้องการให้อภัยและขอบคุณผู้คน การขอจากไปโดยแวดล้อมท่ามกลางคนที่ตนรัก และลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ(2545) ได้ทำการศึกษา กระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะ ในกระบวนทัศน์ที่ 3 ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ซึ่งมองเห็นว่าทัศนะต่อความตายก็คือทัศนะต่อชีวิต และเน้นประเด็นจิตวิญญาณต่างๆ เช่น ความรัก ความเมตตา การตายอย่างมีสติ และความสงบในจิตใจ ว่าเป็นจุดสำคัญที่สุดในการจัดการกับความตาย

9. ความต้องการการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของครอบครัวผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย การป้องกันและแก้ปัญหาหารายบุคคลแก่ผู้สูงอายุรวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ (2532) ที่ทำการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โรงพยาบาลแพร์ พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการ 6 ด้าน คือ

- 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล
- 2) ความต้องการข้อมูล
- 3) ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย
- 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย
- 5) ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ
- 6) ความต้องการส่วนบุคคล

10. ทัศนะต่อการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว มีทัศนะในเชิงบวก โดยเชื่อมั่นได้ว่าการตายนี้ได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดแล้วจากแพทย์พยาบาลเพื่อให้มีชีวิตรอด โดยญาติและครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือดูแลหลังที่ตนเสียชีวิตแล้วจากบุคลากรทางการแพทย์ที่

เป็นผู้มีความรู้ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ สภาพของผู้เสียชีวิตจะได้รับการปกป้องดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ และต้องการให้เพิ่มความใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจ ให้ความยืดหยุ่นแก่ญาติและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้ความดูแลอย่างเอื้ออาทร และผ่อนคลายกฎระเบียบลงบ้าง ควรมีการจัดสถานที่เฉพาะ มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตให้ญาติและครอบครัวมีโอกาสได้ล่ำลาเป็นครั้งสุดท้ายอย่าง สมเกียรติและมีความเหมาะสม ควรมีการฝึกอบรมการใช้คำพูดและกิริยาที่แสดงความเคารพและให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตและครอบครัว แพทย์ควรแจ้งพยากรณ์ของโรคและสื่อสาร ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อย่างเข้าใจเพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างมีสติก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือใกล้เสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นฤมล บุญเลิศ และคณะ(2551) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการของครอบครัว คือ ต้องการบรรเทาอาการ ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยที่มีสภาพร่างกายครบสมบูรณ์ ต้องการเลือกสถานที่ตายได้ โดยการเลือกเสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดความสบายใจที่ได้อยู่ใกล้ชิด แพทย์พยาบาล สามารถ ขอความช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลได้ หรือหากเลือกเสียชีวิตที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ญาติเยี่ยมได้ไม่จำกัดจำนวน รวมทั้งได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน และหากเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจะต้องการสถานที่ที่เป็นสัดส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ เคลียนเพล และพาวเวอร์ส (Kleinpell & Powers, 1992) ที่ ศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการที่สำคัญที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องการ 5 อันดับแรก คือ การตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา การโทรศัพท์บอกเมื่อ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บอกเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย บอกการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและบอกเกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะให้กับผู้ป่วยต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ มอลเตอร์ (Molter, 1979) ที่สำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต พบว่า ความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญมาก 10 อันดับแรก คือ 1) ต้องการมีความหวัง 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3) ต้องการมีที่พักเยี่ยมใกล้หออผู้ป่วย 4) ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ต้องการทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย 6) ต้องการการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง 7) ต้องการข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 8) ต้องการได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง 9) ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และ 10) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ

1. ทักษะต่อการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุและครอบครัว พบว่า มีการให้ความหมายที่เหมือนกันเกี่ยวกับ การตายโดยไม่เจ็บปวด ทุกข์ทรมานเป็นการตายอย่างสงบ แต่ในทัศนะของผู้สูงอายุให้ความสำคัญด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากกว่า โดยเห็นได้จาก การได้ให้อภัยได้ขอบคุณและขอให้ได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำได้สำเร็จก่อนจึงจะเรียกได้ว่าตายอย่างสงบ รวมทั้งเป็นการตายที่

แวดล้อมด้วยผู้เป็นที่รัก ไม่ได้ถูกทอดทิ้งอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย แต่ในทัศนะของครอบครัว มีทัศนคติเพิ่มเติมในส่วนของเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมได้ดีขึ้นก่อนจะตาย เช่น การไม่เป็นภาระกับผู้อื่นและครอบครัว การมีโอกาสได้สังเวย ล่ำลาและโอกาสในการสร้างการยอมรับต่อการตายได้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ดร.คูป และบรู (Dracup & Breu, 1978) การศึกษาความต้องการในคู่สมรสที่มีภาวะเศร้าโศกจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงจนอาจตายได้ พบว่า มีความต้องการ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล เป็นความต้องการที่จะได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกและความกลัวต่าง ๆ ได้พูดคุยกับพยาบาลที่มีความคุ้นเคย มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะพูดคุยและระบายความรู้สึก มีผู้แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวล และได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ชัดเจน ถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล การให้บริการต่าง ๆ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาล 3) ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ ๆ แม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิตหรือได้รออยู่ในที่พักรอเยี่ยมที่ใกล้หอผู้ป่วยมากที่สุด 4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายและบรรเทาทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยร่วมกับบุคคลากรทางการแพทย์ได้พูดคุยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ให้อยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นความต้องการเพื่อตนเอง ได้แก่ การได้รับความดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะดวกสบาย การมีคนคอยให้กำลังใจคอยอยู่เป็นเพื่อนใกล้ ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาปัญหาและภาระงานต่าง ๆ และมีแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอื่น ๆ

### ข้อเสนอแนะ

1. รายงานการวิจัยฉบับนี้ เป็นการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ผลการศึกษาวิจัย ของโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร แบบบูรณาการ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 ซึ่งส่วนใหญ่โครงการวิจัย นี้จะเป็นการวิจัยเชิงพัฒนารูปแบบ หรือต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ จากการนำผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 ที่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเชิงสำรวจ การสังเคราะห์และวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งหากจะนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ควรศึกษารายละเอียดจากรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของโครงการวิจัยย่อยในแต่ละโครงการประกอบด้วย

จะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน และนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากบางโครงการวิจัยยังต้องนำผลการพัฒนารูปแบบไปใช้จริงและประเมินผลการพัฒนารูปแบบต่อไปในระยะที่ 3

2. การศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย ยังต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อพิสูจน์หรือนำรูปแบบหรือต้นแบบที่ได้ไปปฏิบัติ ขยายผลและประเมินผลต่อไป

3. ผลการศึกษาวิจัยในแผนงานการวิจัยนี้ จะได้นำไปสรุปในภาพรวม ในระยะสุดท้ายของแผนงานอีกครั้งใน ปีที่ 3 เพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ หรือประสิทธิภาพของการนำกระบวนการศึกษาวิจัยไปสู่การปฏิบัติที่เกิดผลและสามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน และประเทศชาติ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการพัฒนารูปแบบหรือต้นแบบในทดลองใช้ในชุมชนหรือตามบริบทของภูมิภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย หรือในอาเซียน และประเมินผลต่อไป

2. การขยายผล ควรเริ่มต้น ในกลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก หรือชุมชนต้นแบบก่อน ที่จะนำไปสู่การขยายผลในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งสามารถที่จะทำการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการสร้างต้นแบบ การใช้กระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

## บรรณานุกรม

- กมล สุดประเสริฐ. (2540). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประสานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กันธิชา เผือกเจริญ. (2556). *ศึกษากระบวนการทำงานของจิตอาสา กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาศิลป์สาร*; 14(3): 358-39
- กนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. (2544). *เอกสารการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม*. กองพัฒนาอาสาสมัครและผู้นำท้องถิ่นกลุ่มงานวิจัยและพัฒนากรมการพัฒนาชุมชน.
- จรัสแสง ผิวอ่อน. (2554). *การจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษาวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ชลธร รักษานวงศ์. (2545). "การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนสะพานพระรามหก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร." สารนิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม.สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ดุขฎี กฤษฎี. (2551). *ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2545). *กระบวนการทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะ*. เอกสารประกอบในเวทีกระบวนการทัศน์สุขภาพ 1 : ชีวิตความตายและจิตวิญญาณ วันที่ 5 สิงหาคม 2545 ในงานการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข "ร่วมสร้างสุขภาพสังคม สู่สังคมแห่งสันติภาพ" วันที่ 5-7 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ.
- ธิติพร ชาญศิริวัฒน์. (2555). *พฤติกรรมและการแสวงหาสารสนเทศของผู้สูงอายุ*. วารสารสารสนเทศศาสตร์. กลุ่มวิชาการจัดการสารสนเทศศาสตร์และการสื่อสาร. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 30(2). พฤษภาคม-สิงหาคม 2555.

ธิดิมา วทานิเยวช (2540) ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล . เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. 2542, สรุปผลการวิจัยเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นฤมล บุญเลิศ และคณะ. (2551). ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

บุญเรียง ขจรศิลป์. (2546). การวิจัยแบบบูรณาการ : ประสบการณ์ตรงจากภาคสนาม.

วารสารวิธีวิทยาการวิจัย. 16(3)

ปิ่นนเรศ กาศอุดมและมัทธนา เหมชัญญาติ. (2554). โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (22) 2 : 61-70.

พระไพศาล วิสาโล. (2541). ประตูลู่สภาวะใหม่: คำสอนทิเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันทน์และคณะ. (2551). สถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพและการพัฒนา ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน.

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

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ เวธกา กลินวิจิตร พวงทอง อินใจ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2557).รูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุและครอบครัวที่โรงพยาบาล (ปีที่ 1). โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.

พุทธทาสภิกขุ. (2539). ตายก่อนตาย. ธรรมสภา. กรุงเทพมหานคร.

เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรณ (บรรณาธิการ) (2540). "การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี พ. ศ. 2538. " นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

เพ็ชรงาม ไชยวานิช สมชาย ยงศิริ และคณะ.(2557). รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(ปีที่ 2). โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์และคณะ. (2556). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (ปีที่ 2). โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.

มัลลิกา มัติโก. (2542). "ประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย : วิเคราะห์จากวิทยานิพนธ์." กรุงเทพฯ : กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย โดยการสนับสนุนของกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ: กรุงเทพฯ; 2551
- ยุวดี รอดจากภัยและคณะ. (2556). รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (ปีที่ 2). โดย การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- วันเพ็ญ ปัทมราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิชัย อริยะนันท์ทกะ. (2545). เอกสารสรุปการประชุมงานวิชาการ รำลึกศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทน์ ครั้งที่ 6 เรื่อง "การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ: ร่วมสานแนวคิสดูการปฏิบัติ", 31 มีนาคม 2544, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : กองทุนศาสตราจารย์ จิตติ ติงศภัทน์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, แพทยสภา.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ. (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. พงษ์พานิชย์เจริญผล. กรุงเทพฯ.
- วิภาวรรณ ลิลาสำราญ และ วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2547). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและในโรคต่าง ๆ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เวรกา กลิ่นวิจิต คณีนิจ อุลิมาศ และยุวดี รอดจากภัย.(2557). การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (ปีที่ 2)การพัฒนาสารสนเทศด้านระบบบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- ศศิธร ธรรมารักษ์.(2539). "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล." คุณภาพชีวิตของคนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. เอกสารประกอบการสัมมนา วันที่ 25 กรกฎาคม 2539. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2541. รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในประเด็นเรื่องการเกี่ยวพันทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ (เอกสารกองบริหารงานวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- \_\_\_\_\_. (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2552). ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ.วารสารประชากรศาสตร์ .2552; 25(1): 45-62.

- สร้างสรรค์ คงเนียร. (2555). ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษาหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาส์นสังตายน". บัณฑิตวิทยาลัย ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร. (2547). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนวิจัยสนับสนุนการวิจัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2542). ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2543). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่9).กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232)
- สุนิศา สุขตระกูล.(2544) . ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย. บัณฑิตวิทยาลัย ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาวดี วรพันธ์. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรียา วีรวงศ์. (2536). ระเบียบวิธีวิจัย : และเทคนิคของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. ในเยาวรัตน์ ประภักษ์ขาม และสมใจ ประมาณผล(บรรณาธิการ). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (หน้า 41). กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550, ผู้สูงอายุไทย, กรุงเทพฯ : กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- \_\_\_\_\_. (2551). สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร.
- \_\_\_\_\_. (2553). รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ.2553 (ฉบับพิเศษ). กรุงเทพมหานคร. สำนักมาตรฐานการศึกษา. (2545). ชุดวิชาการวิจัยชุมชน. สำนักงานสภาราษฎร์. สำนักงานมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ.
- อุไรพร พงศ์พัฒนานุฉิ. (2532). ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต . กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Barrow, G.M. & Smith, P.A. (1979). *Aging, ageism, and society*. New York: West Publishing.
- Barton David. (1979). *Dying and death: A clinical guide for caregivers*, chapter 6. Baltimore: Williams &Wilkins.
- Best, John W. (1981). *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Breu C., Dracup K. (1978). Helping the spouses of critically ill patients. *Am J Nurs* 78:50-53.
- Engel, G. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64, 93-98.
- Hampe, S.O.(1975). Needs of the grieving spouses in a hospital setting. *Nursing Research*. 24, 113-120.
- Joffrion,L.P., & Douglas, D. (1994). Grief resolution Facilitating self-transcendence in the bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing*. 32(3). 13-19.
- Keck, V. & Walther, L. (1977). Nurses encounters with dying and non-dying patients. *Nursing Research*, 26, 465-469.
- Kleinpell RM & Powers MJ. (1992). Needs of family members of intensive care unit patients. *Appl Nur Res*. 5(1): 2-8.
- Kubler-Ross E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: The Macmillian company.
- Longaker, Christine. (1997). *Facing Death and Finding Hope*. London: Arrow Books Limited.
- Moller David W.(1996). *Confronting death: Values, institutions & human mortality*. New York, Oxford. Oxford University Place.
- Molter N.(1979). Needs of relative of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung*. 8: 332-339.
- Murphy, N Michael. (1999). *The wisdom of dying*. Shaftesbury, Dorset: Element Books Limited.