

รายงานแผนงานวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 3)

Development of Integrative Aging Care Model (Phase III)

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ

แผนงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ประจำปีงบประมาณ 2557

กิตติกรรมประกาศ Acknowledgement

แผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” ปีที่ 3 เป็นแผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนวิจัย จาก สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม แผนงานวิจัยนี้มีระยะเวลาการดำเนินงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2555-2557) ประกอบด้วยโครงการย่อย ทั้งสิ้น 19 โครงการ โดยในระยะที่ 3 หรือปีที่ 3 ได้ดำเนินโครงการวิจัยตามแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งสิ้น 5 โครงการ ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการเพื่อผลิตผลงานวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีคณะแพทยศาสตร์ เป็นแกนนำในการดำเนินการ และมีคณะวิชาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ดำเนินงานร่วมกันได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคนธ์ ที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิแผนงานวิจัยนี้ ตลอดจนคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตรธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2559

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 3)

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ,ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต,ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์
 พญ.เพ็ชรงาม ไชยวานิช ,ดร.ยุวดี รอดจากภัย
 คณะแพทยศาสตร์ และ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

แผนงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมี วัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาระบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคตะวันออก และประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบและประเมินศักยภาพการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ 4) เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking และ 5) เพื่อพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของไทย วิจัยดำเนินการวิจัย ใช้วิจัยเชิงพัฒนา การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงสำรวจ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 ผลการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย พบว่า

1. กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า หลังการเรียนรู้ทุกด้าน มีความรู้มากกว่า ก่อนการเรียนรู้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 พฤติกรรมรับประทานยา มากกว่าก่อนการเรียนรู้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว และชุมชน มีแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนักปฏิบัติ จากการถอดบทเรียน มี 5 ชุมชน นักปฏิบัติ ได้แก่ 1) ชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 2) ชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มการออกกำลังกายในผู้สูงวัย 3) ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ 4) ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ และ 5) ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บในผู้สูงอายุ

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคตะวันออกของไทย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่าคุณภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือการสุขภาพที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และ แนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ผลจากการใช้โปรแกรมการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกับโครงการวิจัย จำนวน 314 ราย ทุกท่านได้รับคำแนะนำในการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการควบคุมภาวะโภชนาการ โดยการให้ความรู้ทางโภชนาการ แก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ อยู่ก่อนแล้ว ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักหลีกเลี่ยงประเภทอาหาร ที่ไม่เหมาะสมกับตน ในผู้สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือได้ และที่นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูป การให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้คุณค่าของอาหาร จากฉลากโภชนาการ จะให้ประโยชน์ต่อการเลือกซื้ออาหาร ได้เหมาะสมกับสุขภาพตน และการให้ความรู้ควบคู่กับการออกกำลังกาย และการดูแลตัวเองในวัยผู้สูงอายุ โดยโปรแกรมดังกล่าว สนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดความดันโลหิต ลดไขมันส่วนเกินในร่างกาย เพิ่มระดับเฮซทีแอล-โคเลสเตอรอลในกระแสเลือด และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการเดินวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ทำติดต่อกัน 12 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความทนต่อการเดิน (Walk endurance capacity) ดีขึ้น และการเดินมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราตาย และโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุที่ไม่เคยและจะเริ่มออกกำลังกายควรได้รับการตรวจจากแพทย์ เพื่อทราบข้อห้าม โดยเฉพาะ ผู้ที่มีประวัติ เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว

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

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

5. รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ตามบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 1) การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการเตรียมความพร้อม 2) ความมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัวในการออกแบบและเลือกกระบวนการการดูแลก่อนการตาย ขณะเข้าสู่การตายและหลังการตายอย่างสงบ 3) การประเมินผลลัพธ์หลังดำเนินการ และ 4) การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพ สุขภาพผู้สูงอายุ

Development of Integrative Ageing Care Model (Phase III)

Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyaun,MD.,Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D.,Dr.Paiboon Pongsaengpan,PhD.
Dr.Pechngam Chaiwanich, M.D., and Asst. Prof .Dr. Yuvadee Rodjarkpai

Faculty of Medicine and Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

The purpose of this research project was developing integrated aging care model and sub-objectives were 1) developing and knowledge management of aging health information 2) development health promotion model and evaluation health promotion potential in elderly 3) evaluation nutritional care model and nutritional assessment in elderly 4) to compare the health care model of the elderly in Thailand and Japan by Benchmarking 7) development 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 2014 to September 2015. It was found that;

1. the comparison knowledge in elderly between pre-posttest was different with statistically significance at .01 level as overall and all aspects. The comparison health behaviors in elderly between pre-posttest was different with statistically significance at .01 level in overall, and aspects such as; diet, exercise, and prevention. Drug compliance was different with statistically significance at .05 level, but the emotional and stress management was not different. The comparison knowledge in elderly care givers in family and community between pre-posttest was different with statistically significance at .01 level as overall and all aspects. The Good practices in health care to the elderly in the community from lessons learned were 5 Community of Practitioners (CoPs). 1. Food 2. Exercise 3. Emotions and stress management 4. Drugs compliance in the elderly and 5. Communities of Practice Group of disease in the elderly.

2. the participatory action research aimed to study health promotion behaviors of the elderly people and community involvement in the community. The samples for the study were 415 elderly people living in the eastern region of Thailand. The data collected included interviews of personal information, health status and health promotion behaviors. The results revealed that 46.7 % of the samples perceived themselves healthy, and 18.6 % felt that they had poor health. The health promoting behavior of the participants included; the highest mean score of 3.64 on housing sanitation, followed by the behavioral health and spiritual practices to

ensure safety and behavior at the average score of 3.40. The lowest average score of 3.03 was on social interaction and behavior. The health promoting behaviors as a whole was good and very good. The process of community participation in health promotion for the elderly included: 1. Learning exchange meetings and planning operations involved and define the issues in promoting healthy aging which included promoting physical health, and mental health of the elderly in the community. 2. Health officials, health volunteers, the elderly and people in the community understood the concepts and processes of health promotion by application of concepts to develop health sector, and ideas about health. The concept of empowerment and concept of working through partnership networks, which was a key process in promoting a strengthen community development and health promotion on their own and to promote proper health practices and behaviors.

3. Results of the nutrition care model in the elderly found that the elderly joined a research project of 314 people, there were advised to promote healthy aging nutritional control. by providing nutritional knowledge. The elderly with chronic diseases already known to help themselves avoid food that does not appropriated with their. In older adults who can read and usually bought instant food have to advise and learn the useful of food from nutrition labeling. It provides benefits to buy food appropriately and fit of their health. Health education with exercise can help the elderly self-care with this nutrition care model were encouraged to exercise regularly to decreasing blood pressure, reduce excess fat in the body, increased levels of HDL - cholesterol in the bloodstream, and increase muscle strength by walking 30 minutes a day, five days a week for 12 consecutive weeks. It was helping older people has walk endurance capacity. And if they walk more than four hours per week it was associated to decrease the mortality rate and cardiovascular disease in the elderly. The elderly who have never and will begin workouts should be physical examined by a doctor to receive prohibit exercise, especially those with a history of heart disease.

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. The model of preparing of death and dying peaceful hospital-based for the eastern elderly and their family consists of 1) the purpose and goals of preparedness. 2) The involvement of the elderly and their families in the design. Planning and selection process of care before death. As to the death and after death peacefully 3) implementation and 4) to reflect and evaluate the implementation and 4) developing best practices to serve as guidelines for the care of the elderly and their families to die peacefully

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

สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญเรื่อง.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ค

บทที่

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

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
การส่งเสริมสุขภาพ.....	21
โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ.....	21
การออกกำลังกาย.....	22
การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ.....	25
สถานดูแลผู้สูงอายุไทย.....	26
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	28
แนวคิด หลักการและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	29
กระบวนการศึกษาวิจัยของแผนงาน	
การจัดการความรู้.....	36
กระบวนการจัดการความรู้.....	37
การประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้สู่การพัฒนาชุมชนเป็นสุข.....	38
เครื่องมือในการจัดการความรู้.....	38
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
แผนการบริหารแผนงานวิจัย.....	61
กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย.....	63
ระยะเวลา.....	64
สถานที่ทำการวิจัย.....	64
วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
4 ผลการศึกษาวิจัย.....	70
โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	
(ปีที่ 3) การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก.....	72

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (ปีที่ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.....	76
โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (ปีที่ 3) ผลการใช้รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ.....	78
โครงการวิจัยย่อยที่ 7 รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ปีที่ 3) เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและ ประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking.....	80
โครงการย่อยที่ 9 รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว สู่งการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 2) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว สู่งการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล.....	82
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	83
อภิปรายผลการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะ.....	93
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	94
บรรณานุกรม.....	95
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	102

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 ซึ่งผ่านมติวุฒิสภา เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2552 แสดงให้เห็นว่า รัฐบาลได้ให้ความสำคัญและเตรียมความพร้อมอย่างเร่งด่วนเพื่อรองรับสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากร โดยมุ่งเน้นในเรื่องของการจัดสวัสดิการ การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุให้ประสานความช่วยเหลือ และระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยและพัฒนา การผลิตเทคโนโลยีเพื่อเตรียมการรับสภาพการณ์ดังกล่าว เพื่อเป็นการรองรับนโยบายดังกล่าว และเกิดความสอดคล้องในการดำเนินการ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำในภาคตะวันออกเฉียงใต้จัดทำแผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัย โดยระบุให้ศาสตราจารย์

ดูแลผู้สูงอายุเป็นศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยต้องเร่งสร้างความเป็นเลิศและระดมทรัพยากรเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และความเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553) ทำให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการและการพัฒนาเพื่อผลิตผลงานวิจัยในศาสตร์ดังกล่าวจากการรวมกลุ่มของคณะผู้วิจัยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ ซึ่งมีศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือดังกล่าว ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดชลบุรีและสำนักงานสาธารณสุขในภาคตะวันออก ร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการครบวงจร โดยเริ่มตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ความร่วมมือร่วมใจของชุมชน 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

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของแผนงานวิจัย

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

1. ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม

มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ และเป็นการจัดบริการทางสังคมสร้างโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เสริมสร้างพลังให้กลุ่มผู้สูงอายุมีทางเลือกการใช้ชีวิตในสังคม สร้างความมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว ชุมชน

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณผู้สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง และเป็นพลังในการพัฒนาสังคม

2.1 สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถดำรงชีวิตอย่างรู้เท่าทัน

2.2 สร้างปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต และพัฒนาแหล่งเรียนรู้ในชุมชน

2.3 สร้างความเข้มแข็งให้แก่สถาบันครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตในชุมชนที่สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ภาคตะวันออก

3. ยุทธศาสตร์การสร้างเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจในภูมิภาค

มีเป้าหมายเพื่อเตรียมความพร้อมและปรับตัวเข้าสู่บริบทโลกและภูมิภาคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

3.1 สร้างความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยการยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2 เสริมสร้างศักยภาพชุมชนและท้องถิ่นในการรับรู้และเตรียมพร้อมรับกระแสการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

3.3 สร้างเครือข่ายของสถาบันการศึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชนและภูมิภาค

เป้าหมายของผลผลิต (output) และตัวชี้วัด

1. มีระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

จำนวน 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ ด้านสถานการณ์สุขภาพ , ด้านระบบบริการสุขภาพ และด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

2. ได้รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน
3. กลุ่มชุมชนในภาคตะวันออก ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. มีมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ทั้งแบบการให้บริการ Day care และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Home)
5. ได้รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
6. กลุ่มชุมชนในภาคตะวันออกได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
7. ได้รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
8. ได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบ

เป้าหมายของผลลัพธ์ (outcome) และตัวชี้วัด

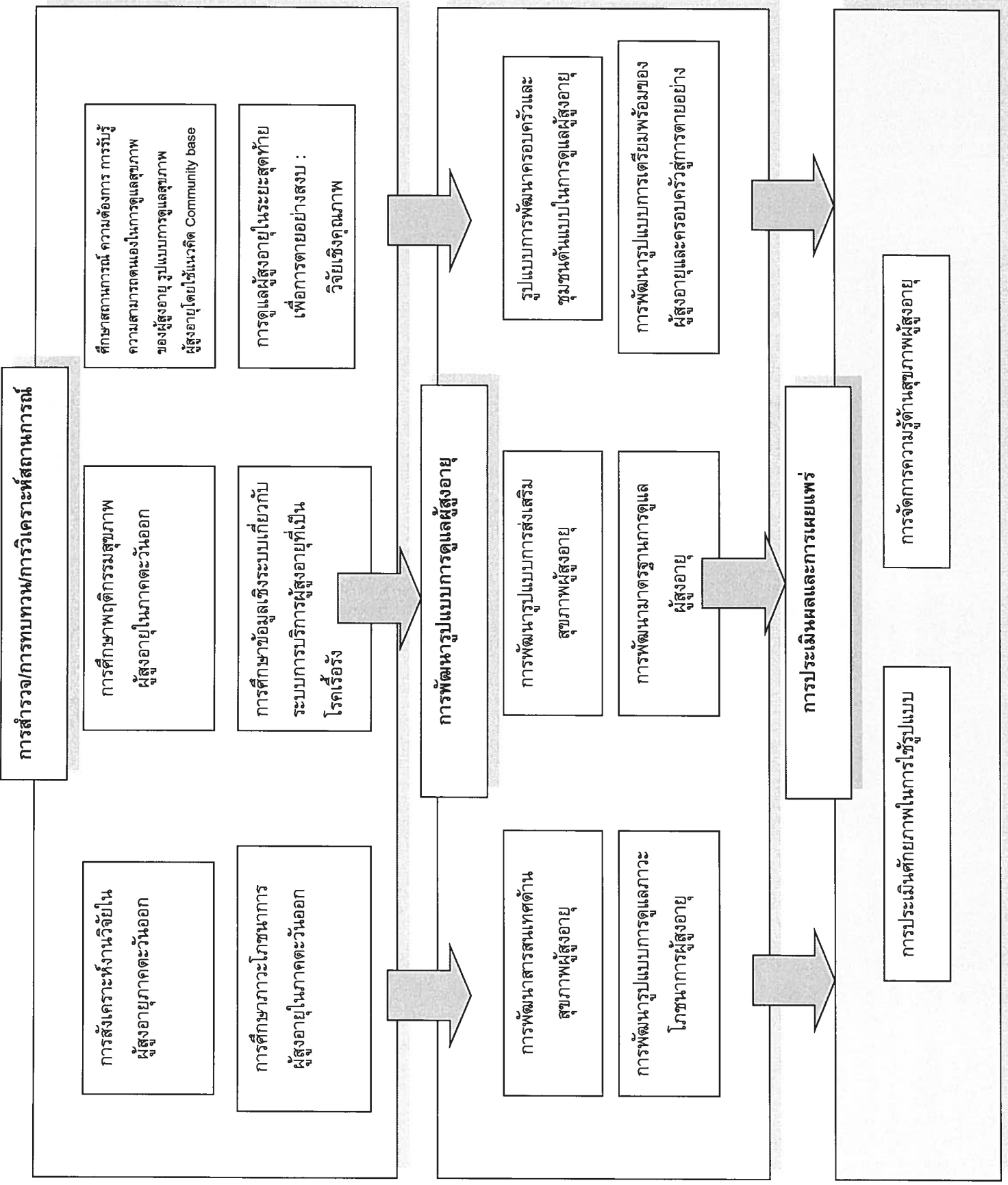
เป้าหมายของผลลัพธ์ของแผนงานวิจัยครั้งนี้ ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้นำผลลัพธ์ไปใช้ได้แก่ ชุมชนในภาคตะวันออก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานหรือองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุดังนี้

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

กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย

ทฤษฎี แนวคิด และหลักการที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยของแผนงานวิจัยนี้ ได้แก่

1. แนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทางด้านสุขภาพ
2. แนวคิดการจัดการความรู้
3. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ
5. แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง
6. แนวคิด Community base service
7. 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 หน้าตาเหี่ยวแห้ง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมาย คำว่า “ชรา” ว่าแก่ด้วยอายุ ชำรุด ทรวดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมมากนัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและกลุ่มนักวิชาการที่พิจารณาแล้วเห็นว่า คำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และถดถอยสิ้นหวัง ดังนั้นที่ประชุมคณะผู้อาวุโส โดยมี พลต.ต.หลวงอรรถสิทธิ สุนทร เป็นประธานจึงได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่า เป็นผู้ที่สูงทั้งวันวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 ให้ความหมายคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิดหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นคำนิยามที่ใช้ทางราชการและตามกฎหมาย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549 ; วันเพ็ญ ปันราช, 2552)

การพิจารณาว่า บุคคลใดเข้าข่ายผู้สูงอายุนั้น มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันตามการให้ความหมายของนักวิชาการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological ageing หรือ Biological ageing) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผิวน้ำหนักเหี่ยวแห้ง ผมหงอก ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยไยแต่ละปี

2. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological ageing) เป็นการพิจารณากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และการเรียนรู้ที่ถดถอย

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological ageing) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

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

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากการงานซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยเกษียณ

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

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

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

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

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

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

บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีสถานภาพและบทบาทที่ลดลงที่สังคมเริ่มถอดถอนสถานภาพที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจ 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 และนงนุช สุนทรชวานันต์, 2545) มีผู้สูงอายุร้อยละ 22 เป็นบุคคลหลักในการหาเลี้ยงครอบครัวโดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุชายในเขตชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรม ผู้สูงอายุในชนบทจำเป็นต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เนื่องจากลูกหลานนิยมย้ายออกไปทำงานต่างถิ่นหรือทำงานในเมืองใหญ่ และเมื่อมีบุตรภักนำมาฝากให้ปู่ ย่า ตา ยายดูแล การเลี้ยงดูเด็กจึงตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูตนเองแล้วยังต้องหาเลี้ยงบุตรหลานอีกด้วย และผู้สูงอายุอาจมีรายได้บางส่วนจากการถือกรรมสิทธิ์ที่ดินไปทำงานต่างถิ่น 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) ทำการศึกษาสภาวะเศรษฐกิจและรายได้ของ ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบปัญหาเกี่ยวกับการเงิน (ร้อยละ 39) รองลงมาคือปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 34) และปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 13) และมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่ไม่มีปัญหา ซึ่งทั้งเพศชายจะมีปัญหามากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาทางการเงินมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง โดยผู้สูงอายुर้อยละ 48 มีรายได้ส่วนใหญ่จากบุตร ร้อยละ 28 มาจากการทำงานของตนเอง ร้อยละ 8 มาจากเงินออม และร้อยละ 2 มาจากเงินบำนาญ

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

สภาวะทางสุขภาพ

สถานภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Status of Aging)

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้ระบบภายในร่างกายของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายชะงักการเจริญเติบโตเริ่มเสื่อมถอยและทำงานอย่างไม่ปกติ อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง 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 จันศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549: วรรณภา ศรีชัยรัตน์ 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 และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ซึ่งจำนวนนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้อีกหากการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่ทันการณ์ และที่สำคัญคือตัวเลขเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าขนาดข้างหน้าประเทศไทยต้องให้ความสนใจ “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

ผลการศึกษาดังกล่าวพบบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับโดยการประเมินจากการได้รับบริการเกี่ยวกับโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคความดันเลือดสูง พบว่า โรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจและเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และมีฐานะดี และพบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50 ที่เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ผู้มีฐานะดีหรือมีการศึกษาสูงจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและมีฐานะยากจนหรือการศึกษาต่อยกกว่าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุภาคอื่นๆ ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเข้าถึงบริการได้มากกว่าและมีฐานะดีกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆด้วยก็ได้

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 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรวัยอื่น ๆ ดังตารางที่ 1

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

พ.ศ.	ทุกกลุ่มอายุ	0 – 14 ปี	15 – 59 ปี	60 ปีขึ้นไป
2503	26,202.7	11,319.6	13,674.9	1,208.2
2513	34,383.9	15,506.3	17,196.6	1,681.0
2523	44,824.8	17,165.7	25,213.5	2,445.6
2533	54,545.5	15,946.9	34,584.6	4,014.0
2543	61,770.2	15,104.6	40,795.9	5,869.7
2553	66,404.6	13,642.4	44,284.1	8,381.8
2563	69,410.4	12,737.2	44,284.2	12,389.0

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2548 อ้างถึงใน วันเพ็ญ บันราช, 2552)

แหล่งข้อมูล: ปี พ.ศ. 2503 – 2543 จากสำมะโนประชากร

มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ

ส่วนหนึ่งที่มีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพิง 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 ซึ่งความทุกข์ใจของผู้สูงอายุไทย เพราะลูกหลานทอดทิ้ง ไม่มีลูกหลานดูแล สังคมทอดทิ้งไม่เห็นคุณค่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทจะทุกข์ใจที่ต้องทุกข์กาย

จากโรคจากความยากจน จากการต้องดูแลหลายที่ลูกพามาให้เลี้ยง ชาติผู้ดูแลและชาติเครื่องอุปโภคบริโภคที่ควรมี (วรรณภา ศรีวัชรรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการประมวลสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อม เช่น การที่ผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือและเชื่อฟังของบุตรหลาน การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และการที่บุตรหลานยังให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลในทางตรงกันข้ามคือ ความรู้สึกสูญเสียจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับสูง อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปจะพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลทุกชั่วรั้นห่วงใยลูกหลาน กลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล ไปจนถึงมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว หมัดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ ฯลฯ และตัวแปรด้านสถานการณ์สมรส ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หย่าม่าย ผู้ที่แข็งแรงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอและมีโรคภัยไข้เจ็บ (มลลิกา มติโก, 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 เนื่องจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อให้ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กน้อย และการเคลื่อนย้ายแรงงานของประชากรวัยแรงงานที่อพยพไปแสวงหางานในพื้นที่เขตเมืองและแหล่งอุตสาหกรรมมากขึ้น

หากพิจารณาบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชนแล้วจะพบว่า ปัจจุบันสถานภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ในอดีตผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวปกครองบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและทำหน้าที่ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวจะมีความรักใคร่และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่ใน

ปัจจุบันลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปที่ขนาดของครอบครัวมีขนาดเล็กลงที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม 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 รักษาณรงค์, 2545) ผู้สูงอายุที่อายุยังไม่สูงมากดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ที่อายุสูงมาก (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูง ดูแลสุขภาพตนเองยามเจ็บป่วยดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อยแต่มีการรักษาความสะอาดและออกกำลังกายต่ำกว่า (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้มีฐานะต่ำกว่า (ชลธร รักษาณรงค์, 2545 และ กรกมล บำรุงวัด, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมาก (เช่น ลูกหลาน เพื่อนบ้าน) จะมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูล การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาก ผู้สูงอายุอาศัยในครอบครัวขยายมีการดูแลตนเอง รักษาความ

สะอาด ออกกำลังกาย ตรวจสอบสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว (ชลธร รักษาณรงค์, 2545) และผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีจะมีการรับประทานอาหารและการปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดี (กรกมล บำรุงวัด, 2545) สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี จะขาดการตอบสนองความต้องการจากครอบครัวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพกับครอบครัวไม่ดี (สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย, 2539 และชลลดา ภักดีประพทธิ, 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 การรับรู้ว่าจะตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง 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 การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การ รับรู้ ว่า ได้ อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่ง

ประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันตนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

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

1. ความพึงพอใจในชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง คือ ผู้ที่คิดว่าตนเองมีฐานะพอกินพอใช้ รู้สึกว่าตนเองสุขภาพดีและยังมีกิจกรรมทางสังคม

2. ความภาคภูมิใจ

ผู้สูงอายุที่มีความภาคภูมิใจในชีวิตสูงคือ การทำกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ มีสุขภาพดี มีรายได้พอ ได้รับการเยี่ยมเยียนจากลูกหลานและญาติพี่น้อง ไม่มีปัญหาสุขภาพ ติดตามข่าวสารเป็นประจำ และได้รับการดูแลจากครอบครัว (ไม่ใช่จากสถานสงเคราะห์)

3. สุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาใคร คือผู้ที่อายุยังน้อย ติดตามข่าวสาร (อ่านหนังสือพิมพ์สม่ำเสมอ) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพและทำกิจกรรมทางสังคมเสมอ

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

ความต้องการบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ

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

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

ความต้องการที่จะให้รัฐจัดสวัสดิการต่าง ๆ เพิ่มจากที่มีอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 92 ต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดศูนย์ ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ จัดบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการให้รัฐบาลจัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เพื่อจะได้มีงานทำ มีรายได้ ผู้สูงอายุร้อยละ 89.1 ต้องการให้มีการลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเบาภาระของบุตรหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความต้องการช่วยเหลือจากรัฐบาล การใช้บริการสวัสดิการ และความต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มของผู้สูงอายุชายและหญิงนั้น ไม่แตกต่างกัน

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 นอกจากนี้ประเภทของอาหารประจำถิ่นก็มีผลต่ออุบัติการณ์การเกิดทุพโภชนาการและการขาดวิตามินในผู้สูงอายุอีกด้วย 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 การเดินทางไปทำงาน หรือเดินไปโรงเรียน การขี่จักรยาน เป็นต้น
3. การเคลื่อนไหวร่างกายขณะประกอบอาชีพ (Occupational physical activity) ได้แก่ การยกของ การแบกหาม งานไม้ ซ่อมรถ เป็นต้น
4. การเคลื่อนไหวร่างกายขณะว่างจากการประกอบอาชีพหรือการเดินทาง ได้แก่ การออกกำลังกาย เล่นกีฬา กิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ เป็นต้น

ระดับความหนักของการเคลื่อนไหวร่างกาย

ระดับการเคลื่อนไหวร่างกายจะแบ่งเป็น 3 ระดับ (วิภาวรรณ ลีลาสำราญ และ วุฒิชัย เพิ่มศิริ วาณิชย์, 2547) ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายระดับเบา หมายถึงกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวทางกายในระดับที่เทียบเท่ากับ อัตราการเผาผลาญพลังงานน้อยกว่า 3.5 kcal/นาที ได้แก่ การเดินช้า ๆ เล่นกอล์ฟ โดยนั่งรถกอล์ฟ ทำสวน พรวนดิน ปั่นจักรยานแบบไม่มีแรงต้าน ดูดฝุ่น ออกกำลังกายแบบยืดเส้น

1. การเคลื่อนไหวร่างกายระดับปานกลาง หมายถึงกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวทางกายในระดับที่เทียบเท่ากับ อัตราการเผาผลาญพลังงาน 3.5 – 7 kcal/ นาที (ยังพูดได้ เสียงไม่ขาดตอน) ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ เล่นกอล์ฟ ลากหรือหิ้วอุปกรณ์เอง วายน้ำ ตัดหญ้า โดยใช้เครื่องตัดหญ้า เล่นเทนนิสประเภทคู่ ซี่จักรยาน 5-9 ไมล์/ชั่วโมง บนพื้นราบ ภูพื้น ทำความสะอาดบ้าน ยกน้ำหนัก
2. การเคลื่อนไหวร่างกายระดับหนัก หมายถึงกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวทางกายในระดับที่เทียบเท่ากับ อัตราการเผาผลาญพลังงาน มากกว่า 7 kcal/นาที (เสียงพูดขาดตอน) ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ เดินแข่ง วิ่งแข่ง แข่งขันวายน้ำ ตัดหญ้าด้วยกรรไกรตัดหญ้า เล่นเทนนิสประเภทเดี่ยว ซี่จักรยานขึ้นเขา หรือขี่ด้วยความเร็วมากกว่า 10 ไมล์/ชั่วโมง เคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์

รูปแบบของการออกกำลังกาย

1. การบริหารเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น

การบริหารเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกายหรือการฝึกเพื่อยืดกล้ามเนื้อ เนื่องจากกล้ามเนื้อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายซึ่งมีผลต่อความยืดหยุ่นของร่างกาย การบริหารเพื่อยืดกล้ามเนื้อจึงเป็นวิธีการหลักที่ใช้เพิ่มความยืดหยุ่น

ซึ่งประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อยืดกล้ามเนื้อมีหลายประการดังต่อไปนี้

1. ช่วยให้การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นไปได้โดยสะดวกและไม่ตึง 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
4. ผู้ที่มีภาวะจากโรคหรือปัญหาต่อไปนี้ เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อตึง ปวดข้อและกล้ามเนื้อ อัมพฤกษ์ หรืออัมพาต

หลักของการบริหารเพื่อยืดกล้ามเนื้อ

1. ภายบริหารอบอุ่นร่างกายประมาณ 10 – 15 นาทีก่อนที่จะยืดกล้ามเนื้อ ซึ่งถือเป็นการอุ่นเครื่องทำให้ร่างกายอบอุ่น
2. บริหารยืดกล้ามเนื้อที่ละส่วนโดยเลือกส่วนที่จะใช้บ่อย ๆ ในการเล่นกีฬา การออกกำลังกาย หรือการใช้งานในชีวิตประจำวัน ซึ่งกล้ามเนื้อและข้อเหล่านั้นจะมีการดึงตัวได้ง่าย
3. การบริหารและยืดกล้ามเนื้อแต่ละทำนั้นควรจะยืดอย่างช้า 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 หรือทำซ้ำ ๆ ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน เช่น การฝึกนักกีฬาวิ่งมาราธอน จะไม่เน้นการยกของหนัก ไม่เน้นการวิ่งเร็ว ๆ แต่จะเน้นการวิ่งเหยาะ ๆ นาน ๆ จึงสังเกตได้ว่ากล้ามเนื้อของนักกีฬายกน้ำหนักจะหนาและใหญ่ แต่ก็พอมีความแข็งแรงและทนทานในการวิ่งอยู่บ้าง ในทางตรงกันข้ามกล้ามเนื้อของนักกีฬาวิ่งมาราธอนจะเพรียวบาง วิ่งได้ไกลและทนทาน แต่ก็มีควมแข็งแรงอยู่บ้างเช่นกัน

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

การบริการการแพทย์แผนไทยเป็นอีกบริการหนึ่งที่ปัจจุบันได้รับการยอมรับจากประชาชน ผู้ใช้บริการอย่างกว้างขวาง และเป็นที่นิยมสำหรับผู้สูงอายุ และมีให้บริการทั้งในสถานบริการภาครัฐและเอกชน

2. บริการด้านสันทนาการ และการท่องเที่ยว

ผู้สูงอายุที่ยังมีสภาพร่างกายแข็งแรงและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการซื้อ นิยมการท่องเที่ยวและจับจ่ายสินค้าของท้องถิ่น ซึ่งเป็นการกระจายรายได้ไปยังชุมชนได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่สามารถใช้เวลาว่างในการพักผ่อนให้เกิดประโยชน์และมีความสุขกับกิจกรรมที่ได้ทำอย่างเต็มที่ เนื่องจากมีกำลังทรัพย์และเวลาว่างเหมาะสมสำหรับการเดินทางท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อน และพบปะเพื่อนฝูงหลังเกษียณจากงาน

ปัจจุบันบริการสันทนาการและการท่องเที่ยวอยู่ในรูปของกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ แต่บริการด้านนี้ในตลาดยังมีอยู่อย่างจำกัด และการเข้าถึงบริการยังมีน้อย ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ราคาค่าบริการที่สูงและความไม่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

3. บริการสุขภาพที่เน้นการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการโดยภาครัฐ และเอกชน ในรูปแบบของ โรงพยาบาล และคลินิก อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุต้องการบริการทางสุขภาพต่างจากคนอื่น 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. บริการผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ช่วงที่สามของความสูงวัยหรือที่เรียกว่าวัยพึ่งพิง ความต้องการการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่นเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเพิ่มพูนความสำคัญและจำเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในวัยพึ่งพิงมีมากขึ้น

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

อย่างไรก็ตาม บริการเหล่านี้ยังจำกัดอยู่เฉพาะในเมือง และเป็นบริการโดยเอกชนที่หวังผลกำไร ทำให้การเข้าถึงบริการยังเป็นไปอย่างจำกัด รวมทั้งบริการดังกล่าวยังมีราคาสูงและปัจจุบันยังขาดการกำหนดมาตรฐานบริการ ทำให้คุณภาพบริการไม่สม่ำเสมอ

สถานดูแลผู้สูงอายุไทย

ความหมาย ประเภทของและสถานการณ์ของสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. สถานสงเคราะห์คนชรา หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาต่าง ๆ เช่นไม่

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

(1) สถานสงเคราะห์ให้บริการผู้สูงอายุ โดยแยกออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

(ก) ประเภทสามัญ ได้แก่ การให้บริการดูแลผู้รับบริการ โดยไม่เสียค่าบริการ

(ข) ประเภทหอพัก ได้แก่ การให้บริการจัดให้ผู้รับบริการเข้าพักโดยเสียค่าบริการให้สถานสงเคราะห์ ตามอัตราที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกำหนด

(ค) ประเภทปลูกบ้านอยู่เอง ได้แก่ การให้บริการที่ทางราชการอนุญาตให้ผู้รับบริการปลูกบ้านพักอยู่ในบริเวณสถานสงเคราะห์ ตามหลักเกณฑ์ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกำหนด

(2) บ้านพักฉุกเฉินให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นการชั่วคราวไม่เกิน 15 วัน หากผู้สูงอายุที่มีเหตุจำเป็นต้องพักเป็นระยะเวลานานกว่าที่กำหนด ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ หรือผู้อำนวยการศูนย์

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

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

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

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

สถานการณ์ ส่วนใหญ่เป็นการจัดให้บริการโดยโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงสำหรับในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแฝงในโรงพยาบาล เป็นการให้บริการแก่

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการการฟื้นฟูสภาพที่มีความหลากหลาย ครบวงจร ผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประเภทของรูปแบบการดูแลระยะยาว ขึ้นอยู่กับมิติของการพิจารณา หากพิจารณาตามมิติของลักษณะการให้บริการ

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

1) รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการที่บ้าน (Integrated Home-Service Center Model) เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน 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 โดยมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการคือครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชราที่มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านบริการแม่บ้าน บริการรถรับ - ส่ง บริการนี้มีความแตกต่างจากรูปแบบที่ 1 เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

3) รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) เป็นบริการเบื้องต้น สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุอีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่ในสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่บริการทางโทรศัพท์ แม่บ้าน อาหาร บริการดูแลสุขภาพกลางวันการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ-ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล

4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟื้นฟู และการพักผ่อนภายหลังเจ็บป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันต้องอาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาในระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการ คือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล การดูแลด้านการแพทย์นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด

ศาสนบำบัด และบริการสังคม อื่นๆ

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งรูปแบบการดูแลออกตามมิติของสถานที่ และหน่วยงานหลัก ในการจัดบริการ 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 สังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร เป็นผู้ให้บริการ

4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแล โดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2550, น.43) ได้แบ่งรูปแบบการบริการ ระยะยาวตามมิติแห่งให้บริการ 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) บริการเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัคร เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่า การดูแลระยะยาวมีรูปแบบการดูแลหลักอยู่ 3 รูปแบบ คือ การดูแลที่บ้านหรือในครอบครัว การดูแลในชุมชน และการดูแลในสถาบัน โดย 3 รูปแบบนี้ สามารถอธิบาย ลักษณะการพึ่งพาแต่ละชั้นของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกัน

แนวคิด หลักการ และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลทุกวัยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือแพทย์ลงความเห็นว่ามีหนทางรักษา หรือบุคคลที่รับรู้ว่าจะตายหรืออยู่ในระยะสุดท้ายสุดทายของ 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

ผู้ป่วยใกล้ตายจะตี่มน้ำน้อยลง หรือตี่มเลย 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 จะมากขึ้นน้อยอยู่กับสภาพทางร่างกาย 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. ทศนะมุมมอง ความเชื่อเกี่ยวกับการตาย
2. สาเหตุของการตาย ลักษณะก่อนตาย
3. สภาพการณ์ปัญหา หรือความเป็นอยู่ก่อนการตาย
4. สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง
5. บทบาทความรับผิดชอบ
6. ทศนะเกี่ยวกับการอยู่
7. ท่าที การตอบสนองของบุคคลใกล้ชิด

การตายอย่างมีศักดิ์ศรี

1. ตายเมื่อถึงวาระสุดท้ายและได้มีโอกาสในการตัดสินใจที่จะได้ตายอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ
2. ตายในลักษณะปกติ ไม่ถูกกระทำ หรือแทรกแซงการตาย
3. ตายในลักษณะที่ไม่ถูกยื้อหรือยืดชีวิตด้วยอุปกรณ์เทคโนโลยีจนเป็นที่เวทนาสงสาร

การให้การปรึกษาผู้ที่ใกล้ตายหรือกำลังจะตาย

เป้าหมายของการให้การปรึกษาผู้ที่ใกล้ตายหรือกำลังจะตาย คือ

1. รับรู้ว่ามีเพื่อนที่เข้าใจเขา
2. ช่วยให้ได้ระบายออกอย่างเหมาะสม
3. ช่วยให้เข้าใจความหมายของการตายที่ถูกต้อง
4. ช่วยให้มีทักษะในการแสดงออกทางความคิดและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
5. ช่วยให้มีการเตรียมพร้อมต่อการตาย

การเตรียมญาติ

เช่นเดียวกับเตรียมผู้ป่วย คือ ให้ได้ระบายออกถึงการสูญเสีย ช่วยเหลือประคับประคอง และช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในตนเอง

การเตรียมบุคลากรทางการแพทย์

เป็นการเตรียมให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ในเรื่องการตาย มีทักษะในการช่วยผู้ป่วยและญาติเผชิญต่อการตาย และปรับทัศนคติที่เหมาะสมต่อการตาย รู้เท่าทันตนเอง สามารถจัดการกับความรู้สึกทางลบอย่างเหมาะสม

บทบาทของบุคลากรที่มีสุขภาพในการจัดการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป้าหมายของการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต คือ ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญและจัดการเกี่ยวกับความตาย อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ญาติดูแลผู้ป่วยและจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ

การดูแลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย

ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมจิตวิญญาณ

การให้การปรึกษาเกี่ยวกับการตาย

สามารถเริ่มให้คำปรึกษาได้ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่บุคคลคิดถึงความตาย เริ่มตั้งแต่บุคคลรับรู้ว่าจะตายหรือ เริ่มเมื่อป่วยหนัก

นายแพทย์ Ned H. Cassem แห่งโรงพยาบาล Massachusetts ได้กล่าวถึงความกังวลที่พบบ่อยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

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

การกลัวการถูกทอดทิ้ง ถูกโดดเดี่ยว

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

จากการศึกษาของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม” (2547) พบว่า สิ่งที่คนใกล้ตายกลัวมากที่สุด 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 ผู้ดูแลหรือญาติจึงอาจไม่รู้จักรำคาญหรือรู้สึกไม่ติดต่อกับผู้ป่วยได้

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

ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีระบบวิธีคิดชุดเดียว มีทั้งส่วนที่เป็นวิธีคิดร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคมและส่วนที่คิดแตกต่างออกไป ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องความตายมิได้ตายตัวเสมอไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ปัญหาที่เผชิญด้วย

เมื่อเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยพบว่าวิธีคิดที่กำลังแพร่ขยายอยู่ในสังคมขณะนี้คือ วิธีคิดที่ว่า “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล” ไม่ว่าจะเป็นครอบครวัที่มาจากชนชั้นใดหรือมีเศรษฐกิจฐานะอย่างไร ต่างก็ได้รับอิทธิพลจากวิธีคิดเช่นเดียวกันนี้ทั้งสิ้น แต่โอกาสในการเข้าถึงการดูแลรักษาอาจแตกต่างกัน ดังนั้นแนวโน้มของการตายที่โรงพยาบาลจะมีเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่าช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะมีมากขึ้นด้วย

ในกระบวนการรักษาพยาบาลพบว่า มีช่องว่างทางสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับการรักษาและญาติ อันเนื่องมาจากวิธีคิดที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้รับการรักษาและญาติเกิดภาวะขาด

แคลนข้อมูลความรู้ในการดูแลรักษาเพราะองค์ความรู้ที่ตนเองมีเป็นคนละชุดกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ รวมทั้งตัวแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเองด้วย

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนตัดสินใจในระหว่างการรักษาพยาบาลถือเป็นประสบการณ์ร่วมที่ทำให้เกิดความพอใจระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ให้องค์ความรู้ของประชาชนหรือของผู้ป่วยได้เผยตัวออกมา ส่งผลให้ช่องว่างหดแคบเข้ามา และน่าจะเป็นแนวทางที่นำไปพัฒนาในระบบต่อไป

ความเชื่อทางศาสนาและพิธีกรรม ความเป็นครอบครัวหรือชุมชน สถานภาพทางเศรษฐกิจถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่กระบวนตัดสินใจในการจัดการกับความตายที่พึงปรารถนาและไม่ปรารถนา

การตายที่บ้านสามารถจะเป็นทั้งการตายที่ดีและการตายที่ไม่ดี ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของครอบครัว ชุมชน และเงื่อนไขทางสังคม และการตายที่โรงพยาบาลไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นการตายที่ไม่ดีเสมอไป หากบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจ สนใจ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถแสดงความคิดและศักยภาพของตนในการจัดการกับความตายที่เหมาะสมโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย/ญาติ

และการทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิถีคิด ทศนคติ และแนวทางในการจัดการกับความตายที่เกิดขึ้นตลอดจนประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ พบว่ามีแนวคิดหลักอยู่ 4 มิติ กล่าวคือ

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

สรุปได้ว่า การเตรียมผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ครอบครัว และญาติ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องศึกษาความต้องการให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และผู้สูงอายุในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีกิจกรรมต่าง ๆ มากมายในการเข้าสู่กระบวนการ

ดังกล่าว และมีความละเอียดลึกซึ้ง มีคุณค่าต่อจิตใจและจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์ ซึ่งคณะผู้วิจัย จะได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อนำเสนอผลการศึกษาวิจัยนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ส่วนที่ 2 กระบวนการศึกษาวิจัยของแผนงาน

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือ เอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด โดยที่ความรู้มี 2 ประเภท คือ

1. ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถ ถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการ คิดเชิงวิเคราะห์ บางครั้ง จึงเรียกว่าเป็นความรู้แบบนามธรรม

2. ความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่าง ๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่าง ๆ และบางครั้งเรียกว่าเป็น ความรู้แบบรูปธรรม

วิจารณ์ พานิช (2549) ได้ระบุว่าจัดการความรู้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าหมายอย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่

1. บรรลุเป้าหมายของงาน
2. บรรลุเป้าหมายการพัฒนาคน
3. บรรลุเป้าหมายการพัฒนาองค์กรไปเป็นองค์กรเรียนรู้
4. บรรลุความเป็นชุมชน เป็นหมู่คณะ ความเอื้ออาทรระหว่างกันในที่ทำงาน

การจัดการความรู้เป็นการดำเนินการอย่างน้อย 6 ประการต่อความรู้ ได้แก่

1. การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องานหรือกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กร
2. การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ
3. การปรับปรุง ดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วน ให้เหมาะต่อการใช้งานของตน
4. การประยุกต์ใช้ความรู้ในกิจการงานของตน
5. การนำประสบการณ์จากการทำงาน และการประยุกต์ใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

และสกัด “ขุมความรู้” ออกมาบันทึกไว้

6. การจดบันทึก “ขุมความรู้” และ “แก่นความรู้” สำหรับไว้ใช้งาน และปรับปรุงเป็นชุดความรู้ที่ครบถ้วน ลุ่มลึกและเชื่อมโยงมากขึ้น เหมาะต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น

โดยที่การดำเนินการ 6 ประการนี้บูรณาการเป็นเนื้อเดียวกัน ความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นทั้งความรู้ที่ชัดแจ้ง อยู่ในรูปของตัวหนังสือหรือรหัสอย่างอื่นที่เข้าใจได้ทั่วไป (Explicit Knowledge) และความรู้ฝังลึกอยู่ในสมอง (Tacit Knowledge) ที่อยู่ในคน ทั้งที่อยู่ในใจ (ความเชื่อ ค่านิยม) อยู่ในสมอง (เหตุผล) และอยู่ในมือ และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (ทักษะในการปฏิบัติ) การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่คนจำนวนหนึ่งทำร่วมกันไม่ใช่กิจกรรมที่ทำโดย คนคนเดียว เนื่องจากเชื่อว่า “จัดการความรู้” จึงมีคนเข้าใจผิด เริ่มดำเนินการโดยรีเข้าไปที่ความรู้ คือ เริ่มที่ความรู้ นี่คือการผิดพลาดที่พบบ่อยมาก การจัดการความรู้ที่ถูกต้องจะต้องเริ่มที่งานหรือเป้าหมายของงาน เป้าหมายของงานที่สำคัญ คือ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ที่เรียกว่า Operation Effectiveness และนิยามผลสัมฤทธิ์ ออกเป็น 4 ส่วน คือ

- 1) การสนองตอบ (Responsiveness) ซึ่งรวมทั้งการสนองตอบความต้องการของลูกค้า สนองตอบความต้องการของเจ้าของกิจการหรือผู้ถือหุ้น สนองตอบความต้องการของพนักงาน และสนองตอบความต้องการของสังคมส่วนรวม
- 2) การมีนวัตกรรม (Innovation) ทั้งที่เป็นนวัตกรรมในการทำงาน และนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ หรือบริการ
- 3) ชีตความสามารถ (Competency) ขององค์กร และของบุคลากรที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสะท้อนสภาพการเรียนรู้ขององค์กร
- 4) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ซึ่งหมายถึงสัดส่วนระหว่างผลลัพธ์ กับต้นทุนที่ลงไป การทำงานที่ประสิทธิภาพสูง หมายถึง การทำงานที่ลงทุนลงแรงน้อย แต่ได้ผลมากหรือคุณภาพสูง

กระบวนการ จัดการความรู้

เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิดพัฒนาการของความรู้ หรือการจัดการความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน

1. การบ่งชี้ความรู้ เป็นการพิจารณาว่าองค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าหมายคืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องใช้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใด อยู่ที่ใคร
2. การสร้างและแสวงหาความรู้ เช่นการสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จากภายนอก รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว

3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต
4. การประมวลและกลั่นกรองความรู้ เช่น ปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์
5. การเข้าถึงความรู้ เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้เข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก เช่น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) Web board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ทำได้หลายวิธีการ โดยกรณีที่เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) อาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือกรณีที่เป็นความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) จัดทำเป็นระบบทีมข้ามสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม ชุมชนแห่งการเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การยืมตัว เวทีแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น
7. การเรียนรู้ ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่น เกิดระบบการเรียนรู้จากสร้างองค์ความรู้ การนำความรู้ในไปใช้ เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

การประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ สู่การพัฒนาชุมชนเป็นสุข

องค์ประกอบของการพัฒนาชุมชนเป็นสุขประกอบด้วย องค์ประกอบอย่างน้อย 4 องค์ประกอบ ดังนี้คือ

1. ชุมชน หมายถึงการอยู่ร่วมกัน ความเป็นชุมชนมีเป้าหมายที่การอยู่ร่วมกัน
2. เป็นสุข หมายถึงความเป็นทั้งหมด ความเป็นปรกติ สมดุล บูรณาการของปัจจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 8 ด้าน ได้แก่ ชีวิต สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนธรรม ครอบครัว และชุมชน
3. การเรียนรู้ หมายถึงการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนนั้น ๆ ผ่านการปฏิบัติ
4. การสร้างเสริม หมายถึงการเข้าไปเอื้ออำนวย ส่งเสริม เสริมพลัง (empower) ไม่ใช่เข้าไปสอนหรือถ่ายทอดความรู้

ทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ คือหัวใจของการจัดการความรู้ในทุกบริบท ไม่ใช่แค่การจัดการความรู้ของชาวบ้านหรือของชุมชน ในเรื่องการจัดการความรู้นี้ การเรียนรู้สำคัญกว่าตัวความรู้ เพราะถ้าไม่ระวัง ตัวความรู้จะเป็นความรู้ที่หยุดนิ่งตายตัว การเรียนรู้จะมีลักษณะ "เดินได้" คือมีชีวิต เป็นพลวัต การเรียนรู้ที่ดีที่สุดคือการเรียนรู้ร่วมกัน เป็น collective learning และเป็นการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ (interaction learning through action)

เครื่องมือในการจัดการความรู้ (Tools)

1. ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of practice : CoP)

2. การศึกษาดูงาน (Study tour)
3. การทบทวนหลังปฏิบัติการหรือการถอดบทเรียน (After action review : AAR)
4. การเรียนรู้ร่วมกันหลังงานสำเร็จ (Retrospect)
5. เรื่องเล่าเจ้าพลัง (Springboard Storytelling)
6. การค้นหาสิ่งดีรอบตัว หรือสุนทรียสาธก (Appreciative Inquiring)
7. เวทีเสวนา หรือสุนทรียสนทนา (Dialogue)
8. เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist)
9. การเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (Action Learning)
10. มาตรฐานเปรียบเทียบ (Benchmarking)
11. การสอนงาน (Coaching)
12. การเป็นที่เลี้ยง (Mentoring)
13. ฟอรัม ถาม – ตอบ (Forum)
14. บทเรียนจากความผิดพลาด (Lesson Learning)
15. เวทีกลุ่มเฉพาะ (Focus Group)

2.2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

(Participatory Action Research: PAR)

แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

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

นางลักษณ์ วิรัชชัย และทศนา แคมมณี (2546) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม นั้นการศึกษาริบทเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น นักวิจัยจะต้องรู้จัก คำว่า Identify need & problem ต้องรู้จัก คำว่า การศึกษาริบททั่วไป และบริบทวิจัย ในกรณีริบททั่วไป หมายถึง การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อค้นหาโจทย์หรือความจำเป็น (Need) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในแนวราบของผู้เกี่ยวข้องคือคนในระบบที่เราจะต้องมีส่วนร่วมทุกชั้นตอนไม่ใช่บางตอนเพราะฉะนั้น การพัฒนาโจทย์วิจัย เขาต้องมีส่วนร่วมหากมีการ implement อะไร เขาจะต้องมีส่วน contribute ด้วย ถ้าไม่มีเงินก็สามารถร่วมแรงได้ไม่ใช่แบบมือรอ

PAR จึงเป็นเรื่องที่ว่าด้วย การมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน นักวิจัยได้อะไร คำตอบ คือ ได้องค์ความรู้ ผู้คนที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ใน System ได้อะไร คำตอบคือ ได้ความรู้ในเรื่องของเขาและได้มีการ Transformation ซึ่งก็คือ การเปลี่ยนผ่านในที่นี้ไม่ใช่การเปลี่ยนแล้วผ่าน แต่หมายถึงเปลี่ยนแล้วไปกลับไม่กลับมาแบบเดิม ซึ่งนั่นก็คือ การพัฒนาที่ยั่งยืน เช่น ขึ้นบันไดจากขั้นที่ 1 แล้วไปขั้นที่ 3 ห้ามกลับมาขั้นเดิม

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

ขนิษฐา กาญจนรังสี (2544) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

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

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะประสบความสำเร็จได้เมื่อนักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพและความสามารถในการคิดและการทำงานร่วมกันเพื่อชุมชนที่ดีขึ้น ผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของนักวิจัย นักวิชาการ หรือนักพัฒนา และทุกสิ่งทุกอย่างในชุมชน ทั้งเรื่องความรู้ความชำนาญ ทรัพยากรที่มีอยู่และจะหาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องเริ่มจากความรู้สึกรู้สึกของคนที่มีความรู้หรือความต้องการของชุมชน แล้วเคลื่อนสู่การสร้างใจ และเป็นการกระทำพร้อมกันที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองและชุมชน ทั้งในมิติของปัญญา จิตใจ และกายภาพ

4. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดในวงจรแต่เป็นการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ซึ่งเป็นวงจรของการแสวงหาความรู้และการกระทำ โดยวงจรนี้จะดำรงอยู่และดำเนินต่อไปได้ตราบเท่าที่คนในชุมชนยังสามารถมีส่วนร่วมกันวิจัยอยู่ได้

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

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

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

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

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

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

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

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

กรานด์ และ คิมมิส (Grundy and Kemmis) อ้างถึงใน บุญเรือง ขจรศิลป์, 2546) ระบุว่า ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนที่ร่วมวิจัยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ 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 ไม่ว่าปัจเจกชนนั้น ๆ จะได้รับประโยชน์โดยส่วนตนมากหรือน้อย

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

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

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

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

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

วิโรจน์ สารรัตนะ (2548) ยังได้กล่าวถึงหลักการ 10 ประการ เพื่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังนี้ คือ

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

ดังนั้น สามารถสรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ว่าเป็นการวิจัยที่มีลักษณะที่มุ่งการเป็นประชาธิปไตยให้ความเท่าเทียมกับทุกคนเห็นความสำคัญ ทุกคนสามารถคิดได้อย่างเสรีภาพตามศักยภาพของแต่ละคนเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความสามารถของตนเอง ส่งเสริมการรักถิ่นฐานบ้านเกิดส่งเสริมการกล้าแสดงออกร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง ให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

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

นอกจากวงจรของการวิจัย หรือ เกส็ยวการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแล้ว การวิจัยแบบ PAR ไม่มีกรอบที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องวิธีการใช้แนวทางของการวิจัยเชิงวิพากษ์ คือ ใช้แนวทางผสมผสาน (Eclectic) ทั้งนี้ เน้นเทคนิควิธีที่เป็นหัวใจ คือการสะท้อน

ตนเอง และวิภาควิธีเลือกใช้เทคนิคของการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติร่วมกันทั้งนี้ต้องยอมรับความเสี่ยง 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) ใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลายทั้งจากคน 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 ที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสิน-วิพากษ์ สุดท้ายผลการวิจัยและความรู้ที่ได้จากการวิจัยและการปฏิบัติเป็นของทุกคน และได้รับการยอมรับร่วมกัน

4. บทบาทของนักวิจัยภายนอก

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

5. ประเด็นในเรื่องความเที่ยงตรงของงานวิจัย

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

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

1. ใช้เทคนิคสามเส้าเพื่อตรวจสอบและเสริมความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังได้กล่าวไว้แล้ว
 2. เสริมกระบวนการที่เข้มแข็งของการสะท้อนความคิด-วิพากษ์ตนเองในการปฏิบัติ (Praxie) ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการของการสร้างสมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์ และตีความเรื่องราวของตนเอง
 3. เสริมความเที่ยงตรงเฉพาะหน้า (Face Validity) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ย้อนกลับให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์ และตีความเรื่องราวของตนเอง
- นอกจากนี้ยังเน้นที่กระบวนการในการกระตุ้น และปลุกพลังกลุ่มเพื่อเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จะเป็นการเสริมความเที่ยงตรงชนิดที่มีชื่อเฉพาะว่า “Catalytic Validity”

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้

ดวงฤดี ลาคุยะ (2550) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธี Comparative study using participatory action research as intervention โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม ไชมันในเลือดสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง กลุ่มละ 10 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 40 คน ดำเนินการวิจัยแบบประยุกต์รูปแบบการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบของเทอร์เบนและอาร์รอนสัน(Turban & Aronson, 2001) มาใช้ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดการความรู้ 2) การเลือกหรือกรองความรู้ 3) การกระจายความรู้และการใช้ความรู้ 4) การติดตามและประเมินผล 5) เผยแพร่ความรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 4 ชุด 3) แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 4) แนวคำถามสำหรับการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา นอกจากนั้นใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปสาระสำคัญจากกระบวนการจัดการความรู้ ผลการวิจัย พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการครบ 3 เดือน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุ มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนั้นยังมีความมั่นใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกลุ่ม ส่วนศาสตร์และศิลป์ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การคิดอย่างเป็นระบบ 2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ สามารถพัฒนาพลังของกลุ่มและความยั่งยืนได้ และ 4) เกิดทุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหรือการอยู่ร่วมกัน

รุ่งนภา หนูม่วง(2552) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชนตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร เพื่อสร้างแผนการจัดการความรู้ในการดำเนินงานและเพื่อปฏิบัติการจัดการความรู้ในการดำเนินงานของชมรมฯ โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้ ขั้นที่ 1 ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของชมรมฯ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-50 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้ 3,001-5,000บาท ต่อเดือน ปัญหาในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ พบว่า ด้านการบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพ มีปัญหา

เรื่อง การกำหนดบทบาทหน้าที่ และการแบ่งงานกันทำ การประชาสัมพันธ์ชมรมฯ การตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมและการจัดทำงบประมาณ การทำบัญชีใช้จ่ายเงิน ด้านกลุ่มและการพัฒนากลุ่ม มีปัญหาเรื่องการส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มเคลื่อนไหว การส่งเสริมวิชาการและการร่วมค้นหาปัญหาสุขภาพ และด้านการทำงานเป็นทีม มีปัญหาเรื่องการประเมินผลและนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขและปรับปรุงชมรมฯ การวางแผน กำหนดขั้นตอนและร่วมกันปฏิบัติตามแผน ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของชมรมและด้านการประสานงานระหว่างบุคคลแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องกัน โดยนำประเด็นเหล่านี้มาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน

ขั้นที่ 2 สร้างแผนการจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมฯ โดยนำข้อมูลในขั้นที่ 1 มากำหนดแผนฯ ประกอบด้วย ชื่อแผน หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการจัดการความรู้ และองค์ประกอบของแผนฯ 5 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพ ด้านภาวะการเป็นผู้นำของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านกลุ่มและการพัฒนากลุ่ม และด้านการทำงานเป็นทีม นำแผนฯ ที่สร้างเสร็จไปตรวจสอบ โดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง 7 คน พบว่า โครงร่างแผนฯ ที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมมากกว่า 4.00 ทุกข้อ และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการทดลองแผนการจัดการความรู้ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ด้วยเทคนิคการจัดการความรู้ เป็นเวลา 2 วัน ผลการวิจัย พบว่า การจัดการความรู้ที่กำหนดองค์ประกอบ 5 ด้าน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจ เทคนิควิธีและทักษะในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านกลุ่มและพัฒนากลุ่มและด้านการทำงานเป็นทีมได้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำแผนการจัดการความรู้ไปปรับใช้ในพื้นที่ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกันและสามารถประยุกต์ใช้กับชมรมอื่น ๆ อันได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข และชมรมอาสาสมัครยุติธรรมชุมชน

เพ็ญศรี วัชรายทอง(2553) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาการดำเนินงานและการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการดำเนินงานและการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสีคิ้ว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสีคิ้ว จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่ของเทศบาลเมืองสีคิ้ว จำนวน 3 คน ผู้รับบริการ ได้แก่ สมาชิกของชมรม จำนวน 30 คน ประชาชน 30 คน ผลการศึกษา

พบว่า ด้านการสร้างความรู้ ผู้ให้บริการ (ร้อยละ 83.33) เห็นว่า ผู้รู้ของชมรมสร้างความรู้โดยวิธีและการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ผู้รับบริการ (ร้อยละ 76.67) เห็นว่า การสร้างความรู้ นั้น มาจากการเข้ารับการอบรม/เข้าเรียน ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามประสบการณ์ของตนเอง ผู้ให้บริการ(ร้อยละ 100) เห็นว่า ผู้รู้ในชมรมมีความรู้ด้านการออกกำลังกายและด้านสมุนไพร (ร้อยละ 83.33) ผู้รับบริการ (ร้อยละ 93.33) เห็นว่า ชมรมฯ มีความรู้ด้านการออกกำลังกาย และผู้ให้บริการ(ร้อยละ 86.67) มีความรู้ด้านสมุนไพร 2.2) ด้านการถ่ายทอดความรู้ ผู้ให้บริการ(ร้อยละ 91.67) และผู้รับบริการ(ร้อยละ 95) เห็นว่า ชมรมฯ มีความรู้จากการจัดประชุมและอบรม ผู้ให้บริการ (ร้อยละ 91.67) และผู้รับบริการ(ร้อยละ 98.33) เห็นว่า ชมรมฯ มีการจัดเก็บความรู้ในรูปแบบเอกสาร ประโยชน์ของการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ตอบว่า ทำให้สุขภาพแข็งแรง(ร้อยละ 18.72) รองลงมา ทำให้ทราบถึงการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย ดังนั้น หน่วยงานราชการควรให้การสนับสนุน และส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุในทุกด้านเพื่อให้ชมรมฯ มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

วิไลวรรณ ทองเจริญ จันทนา รัตนฤทธิชัย สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี ณิชสุรางค์บุญจันทร์ วรวรรณา วาณิชย์เจริญชัย(2554, หน้า 103-112) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท จำนวน 30 คน คัดเลือกผู้สูงอายุแบบเจาะจงจากสมาชิกโครงการส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น แบบสอบถามวัดความรู้ และพฤติกรรมการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง แนวคำถามในการประชุมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกจัดประชุมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ เดือนละ 1 ครั้งนาน 6 เดือน ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการจัดการความรู้มีประสิทธิผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหา และโดยรวมแนวปฏิบัติที่ดีของกลุ่มในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ ออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามหลักการ รับประทานอาหารไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม รับประทานผักผลไม้ ควบคุมอารมณ์/จิตใจ รับประทานยา อยู่ในสิ่งแวดล้อมและอากาศที่ดีและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

ยุพา อภิโกมลกร และ พวงน้อย แสงแก้ว (2554) ทำการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้ : การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ จัดการความรู้ด้านการจัดการสุขภาพเพื่อ

ผู้สูงอายุ โดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบกระบวนการและรายละเอียดเชิงลึกในการจัดการสุขภาพของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ และแนวทางการพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า สถานื่อนามัยเป็นกลไกหลักที่ผลักดันให้เกิดการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีเทศบาลสนับสนุนงบประมาณ และชมรมผู้สูงอายุริเริ่มทำกิจกรรมตามความสนใจและความถนัดของสมาชิก ด้านทุนสังคมพบว่า สมาชิกชมรมสามารถระบุทรัพยากรคน และแหล่งประโยชน์ในชุมชนได้ดี แต่บอกข้อมูลด้านแหล่งทุนและสนับสนุนได้น้อยการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เป็นประโยชน์พบว่า มีการทำบายศรีและการฟ้อนเล็บ ผลงานเด่นที่ภาคภูมิใจ คือ ฟ้อนเล็บ ไข่เก็ก โดยเฉพาะกิจกรรมลานโพธิ์ลานธรรม เพราะเป็นกิจกรรมที่ชมรมทำเองทั้งหมด ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานของชมรม คือ การประชุมสมาชิกทำได้ยาก มีการแบ่งกลุ่ม แบ่งพวก และสมาชิกมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน ไม่ยอมกัน เดิม บัณฑิตความสำเร็จ คือ ความร่วมมือของสมาชิก และการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยเฉพาะสถานื่อนามัย ผลจากการจัดการความรู้และจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 2 ครั้ง พบว่า เป้าหมายในอนาคตของชมรมผู้สูงอายุ คือ 1) ทักษะศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่ประสบความสำเร็จ 2) ถ่ายทอดภูมิปัญญาด้าน การฟ้อนเล็บ การทำบายศรี สู่เยาวชน 3) พัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแบบไข่เก็กประยุกต์ 4) พัฒนาดนตรีพื้นเมือง และ 5) ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและปฏิบัติธรรม การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในระยะต่อไป ควรสนับสนุนการจัดการสุขภาพตามความสนใจของกลุ่ม โดยส่งเสริมศักยภาพด้านการบริหารจัดการ สนับสนุนข้อมูลแหล่งทุน จัดให้มีกิจกรรมจัดการความรู้และนำผลงานที่ประสบความสำเร็จไปแลกเปลี่ยนกับชุมชนข้างเคียงหรือชุมชนที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเห็นแนวทางในการพัฒนาเพิ่มขึ้น

เดชา ทำดี ธนารักษ์ สุวรรณประพิศและวิลาวัดณ์ย์ เสนารัตน์ (2556, หน้า 100-113) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การถอดบทเรียน : การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้การจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง วัตถุประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านระบบการจัดการสุขภาพชุมชนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2552 – 31 ตุลาคม 2553 กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานครอบคลุมตำบลที่มีการดำเนินเนนโครงการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของสำนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่และชุมชน (สำนัก 3) เป็นโครงการระดับตำบลจำนวน 44 โครงการและโครงการจากเครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏจำนวน 4 โครงการ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่โครงการแกนนำ และประชาชน เครื่องมือในการจัดการความรู้และเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้โดยณพิศฎัจจ์พิทักษ์, 2552 รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิง

เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า จากการดำเนินการจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้สุขภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างได้เกิดชุดความรู้ 6 ประเด็นคือ 1)ระบบการจัดการสุขภาวะตำบล 2)รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะตำบล 3)การบูรณาการ สุขภาวะ 4 มิติ 4) โครงสร้างเครือข่ายและปัจจัยเสริมในการดำเนินงานเครือข่าย 5) ปัจจัยกำหนดผลการดำเนินงานตามภารกิจขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ 6)คุณลักษณะของตำบลสุขภาวะและได้ข้อมูลประเด็นการวิจัยและพัฒนา 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การจัดการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ 2) การจัดการระบบเศรษฐกิจชุมชน และ 3) การจัดการโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการสร้างพลังมวลชน รวมทั้งได้ประเด็นเพื่อจัดเวทีพัฒนานโยบายสาธารณะได้แก่ การพัฒนาสุขภาพชุมชน การพัฒนาการจัดการทรัพยากรดินน้ำและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาเศรษฐกิจการพัฒนาด้านสังคม การพัฒนาด้านภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น และการพัฒนาให้เกิดแหล่งเรียนรู้ชุมชนที่หลากหลาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ

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

ขวัญดา บาลทิพย์ (2542) ได้ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความหมายของความตายว่าเป็นการพ้นทุกข์และเป็นการปิดฉากของชีวิต จะเป็นผู้ที่สามารถปลงและยอมรับความตายได้ ซึ่งจะช่วยให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตในช่วงท้ายได้อย่างปกติสุขและตายได้อย่างสงบ แต่สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นความทุกข์ทรมาน จะทำให้ไม่สามารถยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล และไม่พร้อมที่จะตาย จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ได้ตายอย่างสงบอย่างที่ต้องการได้ และจากการศึกษาของจินต์จุฑา รอดพาล (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตายติดตามมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุไทยพุทธให้ความหมายของการตายดีไว้ใน 3 ประเด็น คือ การตายอย่างสงบ (จิตไม่ฟุ้งซ่าน ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจ และเหมือนคนนอนหลับ)

การตายตามธรรมชาติ (ไม่ทราบมาด้วยการรังชีวิต ค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ ไม่ป่วยนานเป็น
 ภาระของลูกหลาน และลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป) และการตายอย่างหมดหวัง (หมดหวัง
 แล้ว ได้เตรียมพร้อมแล้ว เตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และเตรียมทำบุญ)
 ผลการศึกษานี้ เป็นการให้ความหมายของการตายดีตามความรู้สึกนึกคิด จากประสบการณ์ที่ได้พบ
 เห็นความตายที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ข้อมูลเหล่านี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากร
 พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายเพื่อให้ช่วยผู้สูงอายุได้ตายดีและ
 จากไปอย่างสงบตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

อุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ (2532) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โรงพยาบาล
 แพร์ จำนวน 60 ราย พบว่า สามารถแบ่งความต้องการ เป็น 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการลดความวิตก
 กังวล 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย
 5) ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ความต้องการส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่า
 ความต้องการที่สำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการส่วนบุคคลที่
 ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุด คือ พยาบาล

ธิดิมา วาหนิยเวช (2540) ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติ
 ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 55 คน และพยาบาลประจำการของหอ
 ผู้ป่วยหนักจำนวน 51 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสำรวจความต้องการของ
 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ที่แบ่งความต้องการเป็น 4 ด้าน
 คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และ ด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษา
 พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด

สุนิศา สุขตระกูล(2544) ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการ
 รักษาในหอผู้ป่วยหนักทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรมที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ใน
 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน โดยแบ่งการศึกษาความต้องการเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการ
 บรรเทาความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร 3) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ความ
 ต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ ผลการวิเคราะห์
 ข้อมูล พบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย
 เรียงลำดับความต้องการได้ดังนี้ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย
 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและ
 5) ความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล

ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ(2545) ได้ทำการศึกษา กระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุข
 ภาวะ เพื่อค้นหาคณะวนทัศน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับความตายที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยและในสังคมโลกที่ส่งผล

กระทบต่อแนวคิดในสังคมไทย และการแสดงออกที่เป็นรูปธรรมของกระบวนทัศน์ดังกล่าว จาก การศึกษานี้คณะผู้วิจัยได้แบ่งกระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายเป็นสามประการคือ

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)

สุภาวดี วรพันธ์ (2546) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อ ใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผล ต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ กลุ่ม ตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเขต ปทุมวัน กทม. จำนวน 155 คน สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและความสามารถในการทำนายโดย ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ การแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับมาก คิด เป็นร้อยละ 67.8 และเห็นด้วยกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบกับทุก สถานการณ์ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.5 โดยเฉพาะกรณีที่ควรได้รับยาแก้ปวดเพื่อให้พ้นความ ทรมานแม้ว่าอาจทำให้ติดยาหรือถึงแก่กรรมเร็วขึ้น และเห็นด้วยต่อการใช้สิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน ระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 58.7 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิ ที่จะตายอย่างสงบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบ และปัจจัยเกี่ยวพันทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการตาย อย่างไม่สงบ การรับรู้ประโยชน์และสิ่งที่ต้องเสียไปในการตายอย่างสงบ สามารถร่วมกันทำนายการ แสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 22.6

ดุษฎี กฤษฎี (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การ สนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ (1) เพื่อศึกษาระดับทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ (3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การ สนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ (4) เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมในการทำนาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัด

นครราชสีมา 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 ลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (4) ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (5) การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (6) การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (7) ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกันกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน 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 ที่ไม่ไกลจากชุมชนในการหาสิ่งที่จำเป็นมาใช้ในชีวิตประจำวัน 3) ภัสสัปายะ พุทธคย ทำสิ่งที่ประโยชน์ให้แก่กัน 4) ปุคคลสัปายะ บุคคลที่เหมาะสมกัน คือ อยู่กับผู้ป่วยและญาติที่เป็นมะเร็งเหมือนกัน ทำให้รู้สึกว่ามีกำลังใจ 5) โภชนสัปายะ มีอาหารและยาสมุนไพรรักษาที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง 6) อุตสัปายะ อากาศที่บริสุทธิ์เหมาะกับการฟื้นตัวของคนไข้ 7) อิริยาปถสัปายะ มีกิจกรรม การ

เคลื่อนไหวที่ผ่อนคลาย วิธีการดูแลทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีหลักธรรมพุทธธรรมใหญ่ 4 หลักธรรมที่ได้ถูกกล่าวถึงคือ 1)ไตรลักษณ์ 2)โยนิโสมนสิการ 3) การพิจารณามรณานุสติ 4) การภาวนา โดยใช้อานาปานสติ 5) การอยู่กับโลกธรรม 7 โดยผ่านทางกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพพื้นฐานของคนไข้ และญาติคนไข้ ที่มีพื้นฐาน ความคิดความเชื่อ และทัศนคติที่แตกต่างกัน

การจัดการผู้ดูแลหลักคือพระจิรัชมิโม ภิกขุ (ภิกษุปัททรีนธิ) ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยโดยสอนเริ่มต้นตั้งแต่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ปรับสภาพจิตใจที่เศร้าหมอง ให้มีความสุขผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ดนตรีบำบัด สวดมนต์ร่วมกัน สร้างมิตรภาพและกำลังใจร่วมกัน ผ่านความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันอย่างเกื้อกูลภายในวัดคำประมง หลักธรรมที่มีเทคนิคในการสอนทำให้ผู้ฟังผ่อนคลายทุกข์จากความเจ็บป่วยทางกายและใจ พิธีกรรมตั๋ยมยาสมุนไพโร การฝึกสมาธิโดยใช้มรณานุสติ รวมถึงการเรียนรู้ความจริงเชิงประจักษ์ คือการร่วมสวดมนต์ให้กับคนไข้หนักที่ใกล้เสียชีวิต ทำให้เห็นสังขารมของชีวิตและเกิดความปล่อยวาง เกิดปัญญาในการดำเนินชีวิตที่เหลือของตนเองอย่างมีความสุข ผลลัพธ์ต่อสุขภาพทางกายและใจ สรุปได้ว่า ความรู้ต่อการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น หน้าตายิ้มแย้ม ร่างกายสดชื่น ก้อนเนื้อมะเร็งนิ่มลง ส่วนผลลัพธ์ความทุกข์ทางใจ ทุกข์น้อยลง เกิดความปล่อยวาง มีความตั้งใจที่จะต่อสู้กับโรคร้ายแต่ในขณะเดียวกันถ้ามีอาการลุกลามมากขึ้น ก็สามารถยอมรับและพร้อมที่จะจากไปอย่างสุข

สร้างสรรค์ คงเจเนียร (2555, ก) ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษา หนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ สาสน์สั่งตาย" โดยมีวัตถุประสงค์ ๓ ข้อ ดังนี้ 1) ศึกษากระบวนการเตรียมตัวตายตามหลักมรณานุสติในพระพุทธศาสนา 2) ศึกษากระบวนการเตรียมตัวตายในหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ สาสน์สั่งตาย" และ 3) วิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษาหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ สาสน์สั่งตาย" การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเอกสารหลักฐาน ทั้งปฐมภูมิ คือพระไตรปิฎก และทุติยภูมิ คือ คัมภีร์วิสุทธิมรรค หนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ 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 ฝึกใจให้ยอมรับความพลัดพรากจากทุกสิ่งอันเป็นที่รัก เพื่อลด ละกิเลสที่ทำให้เกิดความทุกข์

และเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงยอมทำให้จากโลกนี้ไปด้วยจิตใจที่สงบ นอกจากนั้นแล้วการเจริญมรณานุสติ อย่างพากเพียรจะทำให้เป็นผู้ไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต ในขณะที่ยังมีลมหายใจอยู่ ดังนั้นจำเป็นต้องมีวิธีการเตรียมตัวตายด้วยหลักมรณานุสติดังนี้ คือระลึกถึงความตายเป็นอารมณ์โดยการเจริญมรณานุสติ เข้าใจวงจรปฏิบัติสมุพบาทข้ามพ้นความทุกข์จากอวิชชา ดำเนินชีวิตอย่างผู้มีปัญญาด้วยหลักไตรสิกขา หากปฏิบัติเช่นนี้ ตามที่พระพุทธเจ้าทรงสอนไว้เมื่อถึงเวลาตายจะมีอันสงบสัจทำให้ตายอย่างสงบ ไปสู่สุคติ สูงสุดคือพระนิพพาน

ส่วนการเตรียมตัวตายในหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาสน์สั่งตาย" นั้นมีวิธีการปฏิบัติใน 2 รูปแบบ คือ 1) การยอมรับความตาย และการพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก สามารถดับความทุกข์จากอวิชชาลงได้ และมีการประพัตติตนเป็นคนดีทางกาย วาจา ใจที่สุจริต ด้วยความมุ่งมั่นเมตตา เพื่อประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม จนส่งผลให้จากโลกนี้ไปอย่างสงบ 2) การปฏิเสธความตาย คือ ผู้ตายนั้นไม่สามารถมีสติในการยอมรับความตาย ปลดปล่อยจิตใจให้ถูกรอบงำโดยอวิชชา จนไม่สามารถควบคุมกาย และใจตนเองได้ ส่งผลให้ต้องตายอย่างทุกข์ทรมานทางใจ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมอีกด้วย

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

กัณฐิชา เมื่อกเจริณู (2556, ก) ศึกษากระบวนการทำงานของจิตอาสา กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่เกื้อกูลการทำงานจิตอาสา 2) เพื่อศึกษากระบวนการทำงานและบทบาทจิตอาสาของอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร 3) เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตอาสา ใน อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

งานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยเชิงเอกสารและเชิงคุณภาพ ส่วนของงานวิจัยเชิงเอกสาร ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาตามที่ปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎก หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักพุทธธรรมในการเป็นจิตอาสา ในส่วนของเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงาน บทบาทจิตอาสา และปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตอาสากรณี อโรคยศาล วัด

คำประมง จังหวัดสกลนคร ผลดำเนินการวิจัยพบว่า หลักพุทธธรรมที่เกื้อกูลการทำงานจิตอาสา สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 หมวดธรรม คือ 1) พรหมวิหาร 4 2) อิทธิบาท 4 3) สังคหวัตถุ 4 4) สาราณียธรรม 6 และ 5) สัมปยุตตทาน 7 หลักพุทธธรรมที่กล่าวมานี้ หากปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดสมาธิ จนก่อให้เกิดปัญญา ทั้งทางโลกและทางธรรม โดยมีศีลเป็นบาทฐาน เมื่อศีลบริบูรณ์ การเจริญสมาธิ และปัญญา จะอุปการะเกื้อกูลให้คุณความดีเจริญขึ้นด้วยในหนทางแห่งอริยมรรคมีองค์ 8

กระบวนการทำงานและบทบาทจิตอาสาพบว่า การบริหารงานของโรคนิตยศาสตร์ขับเคลื่อนด้วยพลังของจิตอาสา 3 กลุ่มด้วยกันคือ 1) จิตอาสาต้นแบบ 2) จิตอาสาแกนหลัก 3) จิตอาสาสนับสนุน ที่หมุนเวียนกันเข้ามาตามช่วงจังหวะเวลา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติร่วมเป็นจิตอาสา มีเจ้าหน้าที่ประจำคอยเป็นที่เลี้ยง จิตอาสาจึงเข้าสู่กระบวนการทำงานตามศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มความสามารถ ตอบสนองความต้องการโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าใจในวิถีของชีวิต ยอมรับกับความจริงที่เกิดขึ้น แม้ว่าในที่สุดของการรักษา คือ การเสียชีวิต แต่เป็นการเสียชีวิต อย่างสุขสงบ หรือ "ตายแบบยิ้มได้" ที่เป็นผลมาจากการยอมรับความตาย ดังคำกล่าวที่ว่า "อยู่สบาย ตายสงบ งบไม่เสีย" จิตอาสาได้ประจักษ์เห็นความจริงของชีวิตจากการดูแลผู้ป่วย การปรับทัศนคติในการดำเนินชีวิต การระลึกถึงมรณานุสติ ตลอดจนการเรียนรู้วิถีชีวิตที่สอดคล้องกับหลักพุทธธรรม

ในส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตอาสา แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนภายนอก หมายถึงศักยภาพ ความสามารถทางด้านวิชาชีพ ฐานะและบทบาททางสังคม และปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนภายในเริ่มต้น ที่ความศรัทธา และพุทธธรรมในใจของจิตอาสา ที่ส่งเสริมให้มีการทำงานอย่างมุ่งมั่น จริงจัง จริงใจ พัฒนาศักยภาพไปพร้อมกับการทำงาน เนื่องจากใช้งานเป็นฐานของการภาวนา จึงเกิดสมาธิจากการทำงาน ทำให้เห็นการเจริญเติบโต คุณธรรมที่ผลิบานในใจ ดังนั้น การพัฒนากระบวนการและการใช้ศักยภาพของจิตอาสาที่โรคนิตยศาสตร์จึงเป็นไปอย่างธรรมชาติ และในที่สุดเข้าถึงปัญญา จนไม่มีความขุ่นมัว โดยมี พระปพนพัชร ภิบาลพัศตร์นิธิ (จิรัชฌโมภิกขุ), ดร. หรือ เรียกขานในนาม "หลวงตา" เป็นต้นบุญผู้ต้นแบบแห่งการเรียนรู้ "ทำด้วยใจ ให้ด้วยรัก ไม่หวังผลตอบแทน" และไม่ว่าศักยภาพของจิตอาสาจะเป็นเช่นไรก็ตาม แต่สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่า คือการจิตใจของจิตอาสา อยู่กับโลก ตามที่เป็นจริง อยู่กับโลกอย่างเหนือโลก

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 3)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออก
 ของประเทศไทย

Community participation on elderly health promotion in Eastern Thailand

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย : พญ.เพ็ชรงาม ไชยวาณิช สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 50
 ผู้ร่วมโครงการวิจัย : นายแพทย์สมชาย ยงศิริ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15
 พญ.ผกาพรรณ ดินชูไท สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15
 ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
 ดร.สุกัญญา เจริญวัฒนะ สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

(ปีที่ 3)

ผลการใช้รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 (ภาษาไทย) รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแล
 ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

(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 สัตส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 20
 ผศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ สัตส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15
 ดร.วีระศักดิ์ ณรงค์พันธ์ สัตส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 15

หน่วยงานหลัก : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

(ปีที่ 3)

เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Bench
 marking

โครงการวิจัยย่อยที่ 9 (ปีที่ 2) (ภาษาไทย) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่
 การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

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

(Phase II)

หัวหน้าโครงการวิจัย : ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ สัตส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 50

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต สัตส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

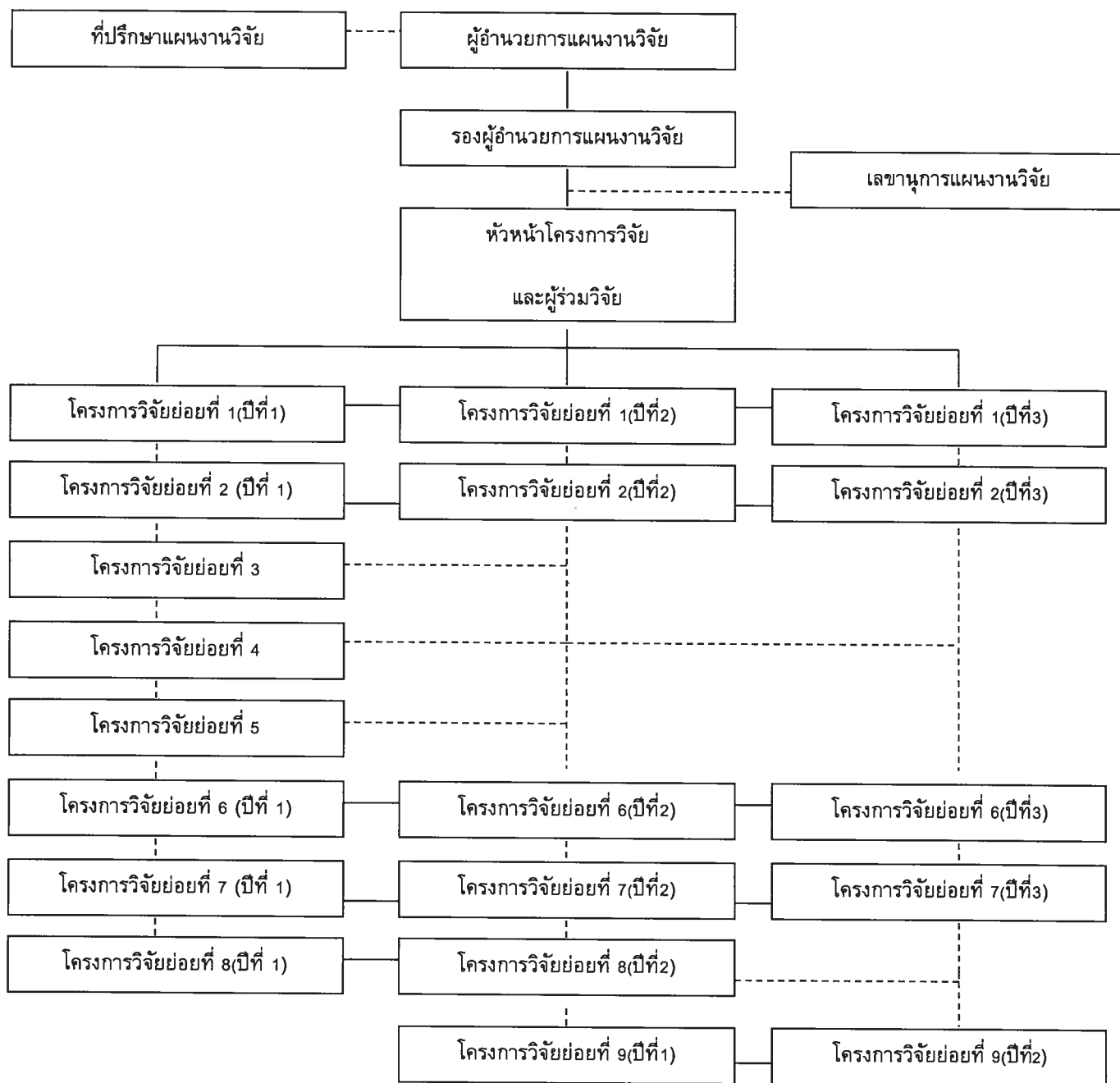
นางสาวพวงทอง อินใจ สัตส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 20

ผศ.ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ สัตส่วนการทำวิจัย ร้อยละ 10

หน่วยงานหลัก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หน่วยงานสนับสนุน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แผนการบริหารแผนงานวิจัย
โครงสร้างแผนงานวิจัย



ในการดำเนินการของแผนงานวิจัยนี้ มีการควบคุม กำกับโครงการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย โดยคณะผู้บริหารแผนงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

ที่ปรึกษาแผนงานวิจัย ได้แก่

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบแผนงาน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรณ
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รองผู้อำนวยการแผนงานวิจัย : ดร.เวชกา กลิ่นวิชุด

หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เลขานุการแผนงานวิจัย : นางสาวคณินิจ อูสิมาศ

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

คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี

สำนักงานสาธารณสุข ภาคตะวันออก

กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย

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

1. โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออก เพิ่มมากขึ้นตามลักษณะของโครงการประชากรผู้สูงอายุไทย
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 จะมีความครอบคลุมตั้งแต่การเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ-การเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ
8. มีการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ถึงขั้นตอนของการถ่ายทอดและเผยแพร่การวิจัยสู่ผู้รับผลงานผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของการจัดการความรู้เพื่อให้เกิดการต่อยอดผลการศึกษาวิจัยต่อไป

ระยะเวลา

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

สถานที่ทำการวิจัย

เขตจังหวัดในภาคตะวันออก

วิธีดำเนินการวิจัย

โครงการวิจัยย่อยที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Information for Ageing)

(ปีที่ 3) การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก

Phase 3 : Knowledge Management for Elderly Health Care in Eastern region of Thailand.

ระยะที่ 3 การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มชุมชนภาคตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ และเพื่อสร้างคลังความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก ทีมคณะผู้วิจัยของแผนงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน และชุมชนจังหวัดสระแก้ว จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 180 คน

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

คณะผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับชุมชนกลุ่มเป้าหมายในการชี้แจงวัตถุประสงค์ การจัดกิจกรรมและการนัดหมายตามกระบวนการจัดการความรู้ การจัดประชุมกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 6 เดือน ๑ ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง

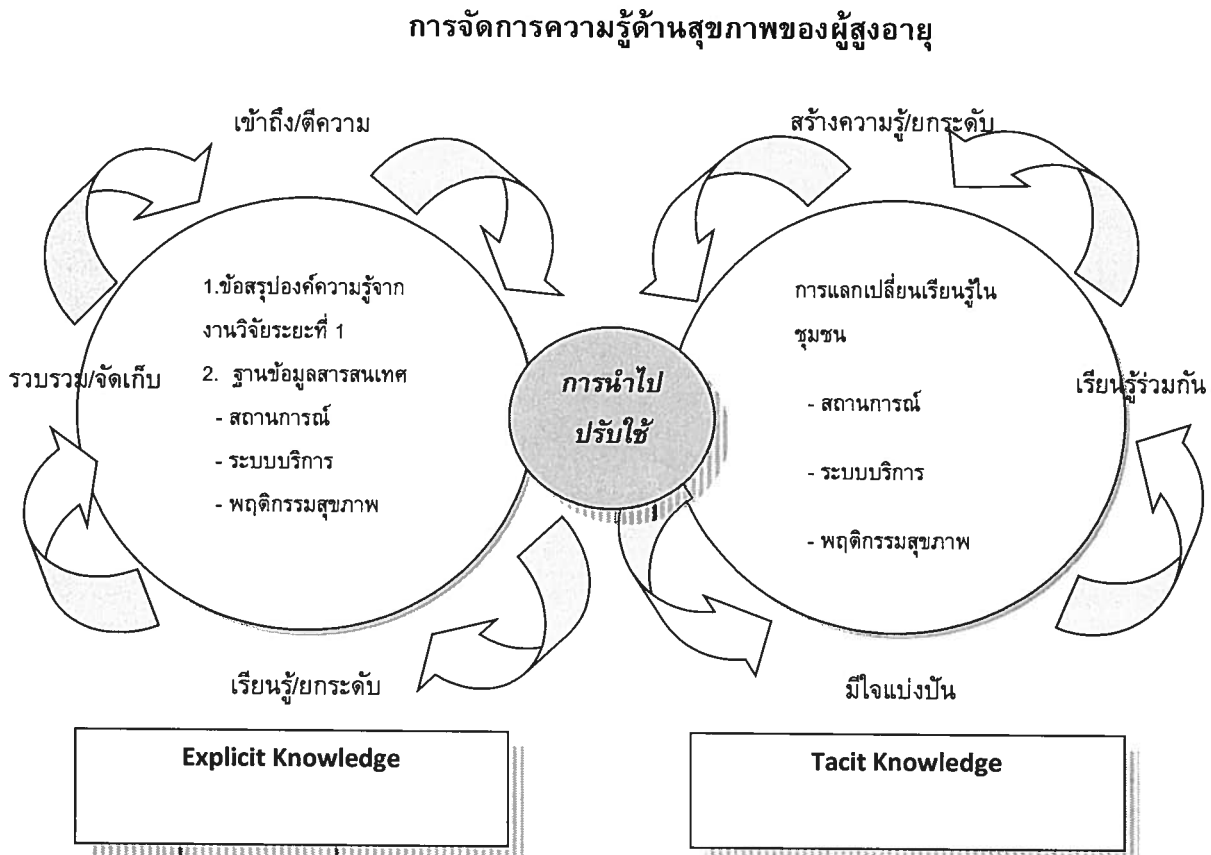
ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล อันได้แก่ สมาชิกในครอบครัว หรือแกนนำในชุมชน (ครั้งที่ 1)

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการจัดการความรู้ ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และ การเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนเป้าหมาย (ครั้งที่ 2-4)

ขั้นตอนที่ 3 การบันทึกความรู้ ถอดบทเรียน และหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ และสร้างคลังความรู้ เป็นคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่ตีร่วมกับกลุ่มตัวอย่างใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (ครั้งที่ 5)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังการใช้กระบวนการจัดการความรู้ (ครั้งที่ 6)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ตัวแปรที่ศึกษา

การประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน

1. ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
 - 1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน
 - 1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. แนวคำถามในการประชุมชุมชนนักรปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
3. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างในการสอบถามผลการเข้าร่วมประชุมชุมชนนักรปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
4. แบบบันทึกคลังความรู้ โดยใช้การถอดบทเรียน(lesson learn) เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

1. โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนและมีความเข้าใจที่ตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
2. รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาทำการแก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้
3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ของ ครอนบาค (Cronbach , 1981)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการจัดการความรู้ โดยใช้สถิติ paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการถอดบทเรียน (lesson learned) เพื่อสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีและสร้างคลังความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation on elderly health promotion)

(ปีที่ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถในการให้ข้อมูลและได้ตอบกับผู้วิจัยได้เป็นอย่างดี ในพื้นที่ภาคตะวันออก ใน 3 จังหวัด ประกอบด้วย ระยอง ชลบุรี และสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของไทย โดยสุ่มเก็บตัวอย่าง จังหวัดละ 2 อำเภอ และแต่ละอำเภอ สุ่มเลือก 2 ตำบล โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประชุมประจำเดือนในชมรมผู้สูงอายุ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 415 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์แนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 7 องค์กรประกอบ รวมทั้งสิ้น 51 ข้อ โดยให้ค่าคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

(ปีที่ 3) ผลการใช้รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ, ภาวะโภชนาการ ใช้การวัดภาวะโภชนาการด้วยวิธี anthropometry และ bioimpedance spectrophotometry หลังจากผู้สูงอายุเข้าโปรแกรมการดูแลภาวะโภชนาการ ในปี ที่ 2

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

(ปีที่ 3) เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธี Benchmarking คือวิธีการในการวัดและเปรียบเทียบ ผลิตภัณฑ์ บริการ และวิธีการปฏิบัติกับองค์กรที่สามารถทำได้ดีกว่า เพื่อนำผลของการเปรียบเทียบมาใช้ในการปรับปรุงองค์กรของตนเอง ซึ่งจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะเพิ่มขีดความสามารถ (บุญดี บุญญาภิจ และกมลวรรณ ศิริพานิช, 2543)

โครงการวิจัยย่อยที่ 9 (ปีที่ 2) รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (Preparing peaceful End-of-life care model: Hospital based (Phase I)

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การค้นหาปัญหา
- 2) การวางแผนแก้ปัญหา

3) การลงมือปฏิบัติ

4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล

เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการตอบแบบสอบถามผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มา รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 ราย สมาชิกในครอบครัว 30 ราย และแกนนำชุมชน 5 ราย รวมทั้งสิ้น 65 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี Content analysis และสถิติเชิงพรรณนา

ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้ดำเนินการศึกษาวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนสรุปรายงานผลการวิจัยต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัยของแผนงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 3) Development of Integrative Ageing Care Model (Phase III)” คณะผู้วิจัยขอเสนอ สรุปผลการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย 5 โครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Information for Ageing)

(ปีที่ 3) การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก

Phase 3 : Knowledge Management for Elderly Health Care in Eastern region of Thailand.

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation on elderly health promotion)

(ปีที่ 3)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของประเทศไทย

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

(ปีที่ 3)

ผลการใช้รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

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

(ปีที่ 3)

เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking

โครงการวิจัยย่อยที่ 9 รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

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

(ปีที่ 2)

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

Model of preparing peaceful End-of-life care model: Hospital based (Phase II)

โครงการวิจัยย่อย ที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

Health Information for Ageing

(ปีที่ 3) การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก

Phase 3: Knowledge Management for Elderly Health Care in Eastern region of Thailand

ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต¹

ผศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย² และ คณิงนิจ อูสิมาศ³

¹ พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าสำนักงานจัดการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ นักวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก และพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออก โดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมตามกระบวนการจัดการความรู้ ประชากร คือ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ทีมคณะผู้วิจัยของแผนงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขจำนวน 3 กลุ่มๆละ 30 คน และชุมชนจังหวัดสระแก้ว จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 180 คน ขั้นตอนการศึกษาวิจัยตามกระบวนการจัดการความรู้ เครื่องมือเป็นแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง แบบบันทึกคลังความรู้โดยใช้การถอดบทเรียน(Lesson learn) เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีใช้สัทธิร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้พฤติกรรม ก่อนและหลังการเรียนรู้ จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านผู้สูงอายุมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 พฤติกรรมรับประทานยามากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้ มากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า

ทุกด้านมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนนักปฏิบัติ จากการถอดบทเรียน มี 5 ชุมชน นักปฏิบัติ ได้แก่

1. ชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) อาหารที่ผู้สูงอายุควรกิน 2) อาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง 3) อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน 4) อาหารควบคุมน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน 5) อาหารช่วยการขับถ่ายในผู้สูงอายุ และ 6) หลักการรับประทานอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดีในผู้สูงอายุ

2. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) หลักการปฏิบัติในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 2) การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหรือโรคอ้วน 3) รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4) การใช้แรงในชีวิตประจำวันกับการออกกำลังกาย 5) ข้อห้ามหรือพึงระวังในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และ 6) F.I.T.T.E สำหรับผู้สูงอายุ

3. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) วิธีการคลายเครียด 2) การสร้างความสุขในชีวิตประจำวัน 3) แบบวัดความเครียด 4) แบบวัดภาวะซึมเศร้า และ 5) วิธีการฝึกจิต/สมาธิ

4. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ คือ 1) หลักการใช้ยาในผู้สูงอายุ 2) วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง 3) พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 4) ความรู้เกี่ยวกับยาในกลุ่มยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มยารักษาโรคประจำตัว อาทียาลดความดันโลหิต กลุ่มยานอนหลับและยาคลายความวิตกกังวล กลุ่มยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อ และกลุ่มยาวิตามิน อาหารเสริม และสมุนไพร

5. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เท่าทันโรคร้ายไข้เจ็บในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต 2) วิธีการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ 3) หกล้ม 4) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ 5) การตรวจสุขภาพ และ 6) โรคสมองเสื่อม

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

Health Information for Ageing

Phase 3 : Knowledge Management for Elderly Health Care in Eastern region of Thailand.

Wethaka Klinwichit, Ph.D. ,

Kanungnit U-simart : Faculty of Medicine

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

Abstract

The purpose of this study were to evaluate knowledge of ageing health care in the elder and care givers in the community, and develop ageing health care model by using knowledge management with participatory action research. 180 samples were purposive selected from the elders and care givers in the community of the eastern of Thailand. The study followed by knowledge management process and participatory action research. The instruments were questionnaire, semi-structure interview and recorder sheets for summarized lesson learned. Statistics employed percentage, average, standard deviation, paired t-test and content analysis.

It was found that; the comparison knowledge in elderly between pre-posttest was different with statistically significance at .01 levels as overall and all aspects. The comparison health behaviors in elderly between pre-posttest was different with statistically significance at .01 level in overall, and aspects such as; diet, exercise, and prevention. Drug compliance was different with statistically significance at .05 levels, but the emotional and stress management was not different. The comparison knowledge in elderly care givers in Family and community between pre-posttest was different with statistically significance at .01 levels as overall and all aspects. The Good practices in health care to the elderly in the community form lessons learned were 5 Community of Practitioners (CoPs).

1. Food CoPs: the key points: 1) food that elderly should eat 2) foods that the elderly should avoid 3) food for the elderly who are overweight 4) food for the elderly with diabetes who would like to control blood sugar 5) food for excretion in the elderly, and 6) the principles of good nutrition diet for the elderly

2. Exercise CoPs: the key points are as follows: 1) The practice of exercise in the elderly, 2) exercise to lose weight in older people with diabetes or obesity, 3) Type of exercise

2. Exercise CoPs: the key points are as follows: 1) The practice of exercise in the elderly, 2) exercise to lose weight in older people with diabetes or obesity, 3) Type of exercise for healthy elderly 4) the force in daily life with exercise in elderly 5) prohibition or exercise caution in the elderly and 6) F.I.T.T.E. for elderly health.

3. Emotions and stress management CoPs: The key issues: 1) how to relieve stress 2) to create happiness in daily life 3) a stress measurement 4) a depression measurement, and 5) how to practice meditative/spiritual.

4. Drugs compliance in the elderly: the key points were as follows: 1) principles of drug use in older, 2) how to use drug correctly 3) common behavior of drug in the elderly 4) knowledge about the medications frequently used in the elderly, such as medicine for the treatment of diseases such as medications to treat hypertension, to relieve pain, and muscle relaxant. And vitamin supplements and herbal medicines of Practice Group of disease in the elderly: the key points were as follows: 1) chronic diseases such as hypertension, heart disease, diabetes, kidney disease, 2) how to prevent accidents in the elderly 3) falls 4) bone, joint and muscle 5) monitoring elderly health and 6) dementia.

Keywords : Elderly), Health Information, database

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

Community participation on elderly health promotion

(ปีที่ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออก
ของประเทศไทย

ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์¹ รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย²

^{1,2} อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.บูรพา จ.ชลบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของไทย จำนวน 415 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสูบบุหรี่ที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และ แนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Community participation on elderly health promotion (Phase 3)
Community participation on elderly health promotion in Eastern Thailand

Paiboon Pongsaengpan, Ph.D., Yuvadee Rodjarkpai, Ph.D.

Faculty of Public Health

Abstract

This participatory action research aimed to study health promotion behaviors of the elderly people and community involvement in the community. The samples for the study were 415 elderly people living in the eastern region of Thailand. The data collected included interviews of personal information, health status and health promotion behaviors. The results revealed that 46.7 % of the samples perceived themselves healthy, and 18.6 % felt that they had poor health. The health promoting behavior of the participants included; the highest mean score of 3.64 on housing sanitation, followed by the behavioral health and spiritual practices to ensure safety and behavior at the average score of 3.40. The lowest average score of 3.03 was on social interaction and behavior. The health promoting behaviors as a whole was good and very good. The process of community participation in health promotion for the elderly included:

1. Learning exchange meetings and planning operations involved and define the issues in promoting healthy aging which included promoting physical health, and mental health of the elderly in the community.
2. Health officials, health volunteers, the elderly and people in the community understood the concepts and processes of health promotion by application of concepts to develop health sector, and ideas about health. The concept of empowerment and concept of working through partnership networks, which was a key process in promoting a strengthen community development and health promotion on their own and to promote proper health practices and behaviors.

Keywords: Participation, Health promotion, Elderly

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
 (ปีที่ 3) ผลการใช้รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

พญ.เพ็ชรงาม ไชยวานิช นพ.สมชาย ยงศิริ ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ ดร.สุกัญญา เจริญวัฒน์
 พญ.ผกาพรรณ ดินชูไท พญ.รัชนีพร ชื่นสุวรรณ
 พญ.ศิริพร ตั้งจาดูรนต์ร์ศรี

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนาโปรแกรมการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ผลจากการใช้โปรแกรมการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกับโครงการวิจัย จำนวน 314 ราย ทุกท่านได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการควบคุมภาวะโภชนาการ โดยการให้ความรู้ทางโภชนาการ แก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่างๆ อยู่ก่อนแล้ว ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักหลีกเลี่ยงประเภทอาหาร ที่ไม่เหมาะสมกับตน ในผู้สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือได้ และที่นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูป การให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้คุณค่าของอาหาร จากฉลากโภชนาการ จะให้ประโยชน์ต่อการเลือกซื้ออาหาร ได้เหมาะสมกับสุขภาพตน และการให้คำแนะนำในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการดูแลตัวเองในวัยผู้สูงอายุ โดยโปรแกรมดังกล่าว สนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดความดันโลหิต ลดไขมันส่วนเกินในร่างกาย เพิ่มระดับเอชดีแอล-โคเลสเตอรอลในกระแสเลือด และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการเดินวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ทำติดต่อกัน 12 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความทนต่อการเดิน (Walk endurance capacity) ดีขึ้น และการเดินมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราตาย และโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุที่ไม่เคยและจะเริ่มออกกำลังกายควรได้รับการตรวจจากแพทย์ เพื่อทราบข้อห้าม โดยเฉพาะ ผู้ที่มีประวัติ เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จาก การออกกำลังกายจากประเภทต่างๆ ดังนี้ 1. การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น(flexibility training) เป็นการยืดแขน-ขา งอตัว บิดหมุนร่างกาย หรือการรำมวยจีน มักใช้ปฏิบัติในระยะอุ่นเครื่อง(warm up) เป็นเวลา 10-20 นาที ผู้สูงอายุควรเริ่มทำแต่น้อยๆ แล้วค่อยเพิ่มระดับการยืดส่วนต่างๆ ของร่างกาย 2. การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรง(Strength training) เสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดการสูญเสียมวลกระดูก ช่วยลดอันตรายของกล้ามเนื้อและข้อ ด้วยการยกน้ำหนักอย่างเบาๆ โดยใช้ดัมเบลน้ำหนักขนาดครึ่ง ถึง 2 กิโลกรัม หรือการวิดพื้น ควรทำวันละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง 3. การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจ และหลอดเลือด (cardiovascular endurance exercise) เป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิค ซึ่งจะมีการใช้กล้ามเนื้อหลายๆ มัดไปพร้อมๆ กัน และมีช่วงเกร็งและผ่อนคลาย เป็นจังหวะสลับ เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น ควรทำครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง

ทำการเก็บข้อมูลประเมินผลการใช้โปรแกรม ด้านความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อการให้รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และมีการแนะนำการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับวัยในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์บริการปฐมภูมิชุมชนเทศบาลแสนสุขและการประชุมผู้สูงอายุในเทศบาลแสนสุข จำนวนทั้งสิ้น 314 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินภาวะโภชนาการซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment: MNA) ซึ่งสถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้จัดทำและแปลจากต้นฉบับได้รับการยืนยันแล้วว่า MNA-SF เป็นที่ถูกต้องและเปรียบเทียบได้ดีกับ MNA ฉบับเต็ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ 2 เป็นการซักถามความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับดี มีองค์ประกอบทางด้านจิตใจอยู่ในระดับดี องค์ประกอบทางด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก และมีองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ คุณภาพชีวิต

โครงการวิจัยย่อยที่ 7 รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ
เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

Model of Community Development and Family to Care for the Elderly master integrated
(ปีที่ 3) เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นด้วยวิธี Benchmarking

ผศ.ดร.ยวดี รอดจากภัย¹

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ² และ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์³

¹ ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยบูรพา และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ฉะเชิงเทรา

³ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 30 คน และผู้ดูแลจำนวน 30 คน ในจังหวัดปราจีนบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดปราจีนบุรี ที่เป็นระบบและมีประสิทธิผล ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยใช้การเปรียบเทียบ Benchmarking Community based service และเศรษฐกิจพอเพียง การดำเนินงานตามแผนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดปราจีนบุรี และประเมินผลการดำเนินงาน เมื่อวัดผลผู้สูงอายุในด้านารรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่าดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อประเมินผลการดำเนินงานในผู้ดูแลในด้านารรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า คะแนนเฉลี่ย การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรนำการเปรียบเทียบ Benchmarking Community based service และเศรษฐกิจพอเพียง มาประยุกต์ในการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ ภายใต้ความตระหนักและการสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : การพัฒนาชุมชน ครอบครัวต้นแบบ ผู้สูงอายุ

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

Ass.Prof.Yuwadee Rodjakpai,Ph.D.

Kunwadee Rojpaisarnkit and Paiboon Pongsaengpan, Ph.D.

Faculty of Public Health

Abstract

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

โครงการย่อยที่ 9 รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตาย อย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 2)

การพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และ

ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต นางสาวพวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.สิริลักษณ์ โสมานสรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการตอบแบบสอบถามผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา 30 ราย สมาชิกในครอบครัว 30 ราย และแกนนำชุมชน 5 ราย รวมทั้งสิ้น 65 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี Content analysis และสถิติเชิงพรรณนา จากการดำเนินการวิจัยพบว่า การพัฒนาารูปแบบการดูแล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเวลาที่ 1 การค้นหาปัญหา จากการสำรวจและสัมภาษณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหา โดยการสังเคราะห์จากข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อพัฒนาารูปแบบและวางแผนแก้ไขปัญหาโดยความมีส่วนร่วมของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว ในการออกแบบ วางแผน และคัดเลือกกระบวนการดูแลก่อนการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลร่วมกัน ระยะเวลาที่ 3 การลงมือปฏิบัติ โดยการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย และระยะเวลาที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและการประเมินผล เป็นการทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติจริงเพื่อปรับรูปแบบการดูแลให้เหมาะสม และผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล มี 3 ส่วน คือ 1. การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย 2. การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลังจะเสียชีวิต 3. การเตรียมความพร้อมหลังการตาย โดยมีความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวที่ต้องการการดูแล ดังนี้ 1. การสื่อสารข้อมูลการรักษาและข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 3. การวางแผนการรักษาพยาบาลและการจัดการความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 4. การสนับสนุนและส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

คำสำคัญ : การตายอย่างสงบ ผู้สูงอายุ ครอบครัว โรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

แผนงานวิจัย “การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ Development of Integrative Ageing Care Model” เป็นแผนงานวิจัยต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง 3 ปี (พ.ศ.2555-2557) โดย ปีที่ 3 แผนงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัยนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ มีโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัยในปีที่ 3 จำนวน 5 โครงการวิจัยย่อย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนาสารสนเทศและจัดการความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินศักยภาพการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ 4) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 5) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการ ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของไทย วิจัยดำเนินการวิจัย ใช้วิจัยเชิงพัฒนา การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงพรรณนา และการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อยได้ดังนี้

โครงการวิจัยย่อยที่ 1 การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ Health Information for Ageing

(ปีที่ 3) การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก

Phase 3 : Knowledge Management for Elderly Health Care in Eastern region of Thailand

ผลการศึกษางานวิจัย พบว่า

1. ก่อนและหลังการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านผู้สูงอายุมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมรับประทานยามากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนักปฏิบัติ จากการถอดบทเรียน มี 5 ชุมชน นักปฏิบัติ ได้แก่

3.1. ชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) อาหารที่ผู้สูงอายุควรกิน 2) อาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง 3) อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน 4) อาหารควบคุมน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน 5) อาหารช่วยการขับถ่ายในผู้สูงอายุและ 6) หลักการรับประทานอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดีในผู้สูงอายุ

3.2. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) หลักการปฏิบัติในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 2) การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหรือโรคอ้วน 3) รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4) การใช้แรงในชีวิตประจำวันกับการออกกำลังกาย 5) ข้อห้ามหรือพึงระวังในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และ 6) F.I.T.T.E สำหรับผู้สูงอายุ

3.3. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ 1) วิธีการคลายเครียด 2) การสร้างความสุขในชีวิตประจำวัน 3) แบบวัดความเครียด 4) แบบวัดภาวะซึมเศร้า และ 5) วิธีการฝึกจิต/สมาธิ

3.4. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ คือ 1) หลักการใช้ยาในผู้สูงอายุ 2) วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง 3) พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 4) ความรู้เกี่ยวกับยาในกลุ่มยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มยารักษาโรคประจำตัว อาทียาลดความดันโลหิต กลุ่มยานอนหลับและยาลดความวิตกกังวล กลุ่มยาแก้ปวดและยาลดกรดกล้ามเนื้อ และกลุ่มยาวิตามิน อาหารเสริม และสมุนไพร

3.5. ชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บในผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ คือ

- 1) โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต
- 2) วิธีการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ
- 3) หกล้ม
- 4) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ
- 5) การตรวจสุขภาพ และ
- 6) โรคสมองเสื่อม

โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation on elderly health promotion)

(ปีที่ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสุขภาพกายที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดดยรวม อยู่ในระดับ ดี และดีมาก

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม โดยทีมวิจัย จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้นำชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชน และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในชุมชนโดยร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งร่วมกันเสนอแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รวมจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละครั้ง ประมาณ 25-30 คน ดดยบรรยากาศในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดำเนินไปอย่างสมานฉันท์และเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยเป็นคณะดำเนินการสนับสนุนกระบวนการ

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชนให้ความสำคัญต่อการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำไปสู่การดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยนำกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในมิติสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ผ่านเวที

ประชุมในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย ครอบครัว ชมรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่ปล่อยให้เป็นการดำเนินการของชมรมผู้สูงอายุฝ่ายเดียวเท่านั้น ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่สำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุและประชาชนต่อไป

โครงการวิจัยย่อยที่ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

(ปีที่ 3) ผลการใช้รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนาโปรแกรมการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ผลจากการใช้โปรแกรมการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกับโครงการวิจัย จำนวน 314 ราย ทุกคนได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการควบคุมภาวะโภชนาการ โดยการให้ความรู้ทางโภชนาการ แก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่างๆ อยู่ก่อนแล้ว ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักหลีกเลี่ยงประเภทอาหาร ที่ไม่เหมาะสมกับตน ในผู้สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือได้ และที่นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูป การให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้คุณค่าของอาหาร จากฉลากโภชนาการ จะให้ประโยชน์ต่อการเลือกซื้ออาหาร ได้เหมาะสมกับสุขภาพตน และการให้คำแนะนำในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการดูแลตัวเองในวัยผู้สูงอายุ โดยโปรแกรมดังกล่าว สนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดความดันโลหิต ลดไขมันส่วนเกินในร่างกาย เพิ่มระดับเฮซทีแอล-โคเลสเตอรอลในกระแสเลือด และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการเดินวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ทำติดต่อกัน 12 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความทนต่อการเดิน (Walk endurance capacity) ดีขึ้น และการเดินมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราตาย และโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุที่ไม่เคยและจะเริ่มออกกำลังกายควรได้รับการตรวจจากแพทย์ เพื่อทราบข้อห้าม โดยเฉพาะ ผู้ที่มีประวัติ เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จาก การออกกำลังกายจากประเภทต่างๆ ดังนี้ 1. การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น(flexibility training) เป็นการยืดแขน-ขา งอตัว บิดหมุนร่างกาย หรือการรำมวยจีน มักใช้ปฏิบัติในระยะอุ่นเครื่อง(warm up) เป็นเวลา 10-20 นาที ผู้สูงอายุควรเริ่มทำแต่น้อยๆ แล้วค่อยเพิ่มระดับการยืดส่วนต่างๆ ของร่างกาย 2. การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรง(Strength training) เสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดการสูญเสียมวลกระดูก ช่วยลดอันตรายของกล้ามเนื้อและข้อ ด้วยการยกน้ำหนักอย่างเบาๆ โดยใช้ดัมเบลน้ำหนักขนาดครึ่ง ถึง 2 กิโลกรัม หรือการวิดพื้น ควรทำวันละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง 3. การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจ และหลอดเลือด (cardiovascular endurance exercise) เป็นการออกกำลังกายชนิดแอ

โรบิค ซึ่งจะมีการใช้กล้ามเนื้อหลาย ๆ มัดไปพร้อม ๆ กัน และมีช่วงเกร็งและผ่อนคลาย เป็นจังหวะสลับ เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น ควรทำครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง

ทำการเก็บข้อมูลประเมินผลการใช้โปรแกรม ด้านความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อการให้รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และมีการแนะนำการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับวัยในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์บริการปฐมภูมิชุมชนเทศบาลแสนสุขและการประชุมผู้สูงอายุในเทศบาลแสนสุข จำนวนทั้งสิ้น 314 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินภาวะโภชนาการซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment: MNA) ซึ่งสถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้จัดทำและแปลจากต้นฉบับ ได้รับการยืนยันแล้วว่า MNA-SF เป็นที่ถูกต้องและเปรียบเทียบได้ดีกับ MNA ฉบับเต็ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ 2 เป็นการซักถามความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับดี มีองค์ประกอบทางด้านจิตใจอยู่ในระดับดี องค์ประกอบทางด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก และมีองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีมาก

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/สถาบันดยกรรม/สิ่งประดิษฐ์ สำหรับผู้สูงอายุแต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียดบางอย่าง เช่น มาตรการในการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นจะเหมือนกันทั้งภาครัฐและเอกชน การดูแลผู้สูงอายุจะมีบริบททางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นมีการดำเนินการที่จะลดการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและพยายามให้ผู้สูงอายุได้พึ่งตนเองได้ในขณะเดียวกันจาก

จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและผู้สูงอายุที่มีอายุยืนนานขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่ชัดเจนมากขึ้นดังนี้

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

โครงการย่อยที่ 9 รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

(ปีที่ 2) การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

การพัฒนารูปแบบการดูแล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเวลาที่ 1 การค้นหาปัญหา จากการสำรวจและสัมภาษณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหา โดยการสังเคราะห์จากข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อพัฒนารูปแบบและวางแผนแก้ไขปัญหโดยความร่วมมือมีส่วนร่วมของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว ในการออกแบบ วางแผน และคัดเลือกกระบวนการดูแลก่อนการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลร่วมกัน ระยะเวลาที่ 3 การลงมือปฏิบัติ โดยการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย และระยะเวลาที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและการประเมินผล เป็นการทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติจริงเพื่อปรับรูปแบบการดูแลให้เหมาะสม และผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล มี 3 ส่วน คือ 1. การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย 2. การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลังจะเสียชีวิต 3. การเตรียมความพร้อมหลังการตาย โดยมีความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวที่ต้องการการดูแล ดังนี้ 1. การสื่อสารข้อมูลการรักษาและข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 3. การวางแผนการรักษาพยาบาลและการจัดการความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 4. การสนับสนุนและส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในแต่ละโครงการวิจัยย่อย ในแผนงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” (ปีที่ 3) พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ผลการวิจัยสารสนเทศและการจัดการความรู้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ทั้งภาพรวม และรายด้าน ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่สามารถสร้างความมีส่วนร่วมได้อย่างชัดเจน มีกระบวนการเป็นขั้นเป็นตอน ตั้งแต่ขั้นการวางแผน (Planning) โดยการวิเคราะห์ตนเอง เพื่อบ่งชี้ความรู้ที่ต้องการ ขั้นปฏิบัติการ (Acting) โดยการสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) โดยการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และต่อยอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) จากการประเมินผลการเรียนรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2554, หน้า 103-112) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ที่พบว่ากระบวนการจัดการความรู้มีประสิทธิผลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมในการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ รุ่งนภา หนูม่วง (2552) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชนตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ที่ได้ทดลองนำแผนการจัดการความรู้ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน ด้วยเทคนิคการจัดการความรู้เป็นเวลา 2 วัน ผลการวิจัยพบว่า การจัดการความรู้ที่กำหนดองค์ประกอบ 5 ด้าน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจเทคนิควิธีและทักษะในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ เกี่ยวกับ ด้านการบริหารจัดการชมรม สร้างสุขภาพ ด้านภาวะการเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านกลุ่มและการพัฒนากลุ่ม และด้านการทำงานเป็นทีมได้

2. จากผลการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดี พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุควรมีทั้งความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การใช้ยาที่เหมาะสม และการรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บหมั่นตรวจสุขภาพและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิงให้นานที่สุด จากกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการจัดการความรู้ที่ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ดำเนินการหรือปฏิบัติการด้วยตนเอง จะทำให้เกิดประสิทธิผลของการเรียนรู้ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์ (2551) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการดำเนินการ การ

รวมกลุ่มทำกิจกรรมมีส่วนให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน สามารถวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา แสวงหาความรู้ร่วมกัน และสามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การดูแลแก่กันได้ อันจะนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาพดี และส่งเสริมบรรยากาศการสร้างสุขภาพในชุมชน นำไปสู่ความมีสุขภาพดี และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกันการศึกษาวิจัยของ วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2554, หน้า 103-112) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ที่พบว่า แนวปฏิบัติที่ดีของกลุ่มในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์ วิธีการออกกำลังกายให้เลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุวิธีใดวิธีหนึ่งที่ถนัดและชอบ การเลือกออกกำลังกายแต่ละวิธี ต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องตามหลักการการรับประทานอาหารไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม รับประทานน้อยลงพอดี อดรับประทานผักผลไม้มากขึ้น การควบคุมอารมณ์/จิตใจ การรับประทานยา การอยู่ในสิ่งแวดล้อมและอากาศที่ดี และการสังเกตอาการ/การเปลี่ยนแปลง การรับประทานยาต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และปฏิบัติตามตัวอย่างถูกต้อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลจิตใจ ควรดำเนินวิถีชีวิตตามคำสอนของศาสนา ระวังอารมณ์ ทำใจให้นิ่ง อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับความจริงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ แสดงให้เห็นว่า กระบวนการจัดการความรู้สามารถสร้างความมีส่วนร่วม เสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน สามารถวิเคราะห์ตนเอง สร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาเป็น และมีคลังความรู้ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการปัญหาสุขภาพและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป

3. จากการศึกษาสถานการณ์ด้านภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี และปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่พบ ได้บ่งชี้ให้ผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาด้านการมองเห็น การหาของช่องปากและจำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่ และ พบปัญหาการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 32.1 ดังนั้นเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ต้องให้ความรู้ แก่ผู้สูงอายุในเรื่ององค์ความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพ ช่องปาก และฟัน การป้องกันการหกล้ม เช่น การ ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กระดูกและ กล้ามเนื้อ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย แสงสว่าง ต้องเพียงพอ เช่นในห้องน้ำ ห้องครัว ราวจับบันได หรือทางเดินที่ลาดชัน เป็นต้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสังเกตอาการ ผิดปกติของตนเอง ค่าเฉลี่ย 3.47 รองลงมาคือ การ ฟังพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้าน ใกล้เคียง ค่าเฉลี่ย 3.28 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การปรึกษาคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ใน เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 2.47 ดังนั้นการปรึกษาหารือในประเด็นปัญหา สุขภาพกับคนในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข หรือ เพื่อนบ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข

ในชุมชน เพื่อการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริม สุขภาพที่ดียิ่งขึ้น (ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, 2552)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพด้าน การจัดการกับความเครียด พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือความสามารถเผชิญกับปัญหา ต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.57 รองลงมาคือ การบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ ค่าเฉลี่ย 3.51 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การปฏิเสธ คำขอร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส ค่าเฉลี่ย 2.83 ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อการ จัดการกับความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรม นันทนาการ การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้ใช้ เวลาว่างร่วมกันตลอดจนการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน หรือชมรมผู้สูงอายุด้วยการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกัน และกัน การแลกเปลี่ยนพบปะพูดคุยเพื่อระบาย ความทุกข์ใจต่าง ๆ ซึ่งถือว่าเป็นการผ่อนคลาย ความเครียดได้เป็นอย่างดี(ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, 2552)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านการจัดเวทีระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา ด้าน การดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน ระหว่างผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในชุมชน เพื่อหาแนวทางในทางพัฒนา แกนนำด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน ซึ่งเป็นกลวิธีที่สำคัญต่อการระดมทุนทางสังคมในการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญด้านสุขภาพ และ นอกจากนี้ยังจำเป็นที่จะต้องอาศัยกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการเสริมสร้างความ เข้มแข็งให้ชุมชน และเกิดการพัฒนาสมรรถนะด้าน การส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และสามารถถอด บทเรียนผ่านกระบวนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ที่มีวิสัย และบุคลิก ตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้ (ชนิษฐา นันทบุตรและคณะ, 2550)

4. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 64.44 มีคะแนน 26.55 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 35.15 ระดับคะแนนเฉลี่ย 21.55 และมีภาวะทุพโภชนาการเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากการตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของปัจจัยที่ทำการศึกษาโดยกำหนดให้มีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติระดับดีมากในเรื่องการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และการให้ความรู้ในด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น สรุปได้ว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุก ๆ มิติอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ BAPEN NSW (2007) ที่พบ อัตราความเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี ร้อยละ 25-35 และในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 80 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ กิ่งทิพย์ แด่มทอง (2546) ที่ทำการศึกษปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาหมู่บ้านท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ที่พบว่า ปัจจัยที่

ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ มี 5 ประการได้แก่ เพศ ครอบครัว รายได้ สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม แต่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีภาวะโภชนาการที่ไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา

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

7. 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

8. การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ตามบริบทของภูมิภาคตะวันออก ของไทย มีองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบ 3 ส่วน คือ 1. การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย 2 การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลังจะเสียชีวิต 3. การเตรียมความพร้อมหลังการตาย โดยมีความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวที่ต้องการการดูแล ดังนี้ 1. การสื่อสารข้อมูลการรักษาและข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 3. การวางแผนการรักษาพยาบาลและการจัดการความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 4. การสนับสนุนและส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพัชระกรพจน์ ศรีประสาร วรธิดา มาศเกษม และองศ์ ดิษฐสังข์ (2558, หน้า 102-103) ที่กล่าวว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 3 ระยะ คือ 1) การดูแลระยะประคับประคอง เป้าหมายเป็นการติดตามผลการรักษาพยาบาล เพื่อบรรเทาภาวะเจ็บป่วยรุนแรง หรือเฉียบพลันที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะของโรคที่ลุกลามมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่ง

ภาวะสุขภาพดีให้ยาวนานที่สุด ตลอดจนเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแล การบรรเทาอาการทางกายต่าง ๆ และเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้คุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นเรื่องความสุขสงบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก รวมไปถึงการวางแผนเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะใกล้เสียชีวิต 2) การดูแลเมื่อใกล้เสียชีวิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอะไรที่ไม่เป็นประโยชน์ และไม่จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุการดำเนินโรค การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุด้วย 3) การดูแลภายหลังเสียชีวิต เน้นการให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวและญาติสามารถเผชิญความเศร้าโศกได้โดยเน้นมุมมองที่เป็นธรรมชาติของชีวิต มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย ให้การช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ ให้ข้อมูลคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในช่วงที่ครอบครัวเผชิญกับความสูญเสีย

ข้อเสนอแนะ

1. รายงานการวิจัยฉบับนี้ เป็นการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ผลการศึกษาวิจัย ของโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร แบบบูรณาการ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 ซึ่งส่วนใหญ่โครงการวิจัยย่อยในแผนงานวิจัยระยะนี้จะเป็นการวิจัยประเมินผล การใช้รูปแบบหรือการประเมินผลการทดลองโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว แกนนำและชุมชน จากการนำผลการพัฒนารูปแบบไปใช้จริง ผลการวิจัยจะแสดงถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ โปรแกรมต่าง ๆ ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น รวมทั้งข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ดังนั้น ในการนำผลการวิจัยไปใช้ให้คำนึงถึงบริบทและสถานการณ์ต่าง ๆ ประกอบด้วย
2. ผู้สูงอายุในภาคตะวันออก สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้โดยง่ายจากหลากหลายช่องทาง ซึ่งช่องทางการสื่อสารที่ควรให้ความสนใจและเพิ่มความระมัดระวังและตรวจสอบติดตามคือ การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลมากมายในการดูแลตนเองจากอินเทอร์เน็ต และสมาร์ทโฟน ที่ยังไม่สามารถรับประกันความถูกต้องและอาจนำไปใช้ผิด ๆ ได้
3. กระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนา ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป
4. ปัญหาด้านสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจและหาแนวทางในการพัฒนาต่อเนื่อง ร่วมกับปัญหาสุขภาพทางกาย และความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน
5. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงวัยควรให้ความสนใจและทำการศึกษาดังแต่ก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ จนกระทั่งสู่การเตรียมความพร้อมในการจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการพัฒนารูปแบบหรือต้นแบบในทดลองใช้ในชุมชนหรือตามบริบทของภูมิภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย หรือในอาเซียน และประเมินผลต่อไป
2. การขยายผล ควรเริ่มต้น ในกลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก หรือชุมชนต้นแบบก่อน ที่จะนำไปสู่การขยายผลในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งสามารถที่จะทำการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการสร้างต้นแบบ การใช้กระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง
3. ควรนำข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ไปศึกษาในเชิงลึก เพื่อค้นหาคำตอบที่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

- กมล สุตประเสริฐ. (2540). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประสานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กรกมล บำรุงวัด. (2545). *สภาพและวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- กันธิชา เผือกเจริญ. (2556). *ศึกษากระบวนการทำงานของจิตอาสา กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาริบัติสาร*; 14(3): 358-39
- ชนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. (2544). *เอกสารการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม*. กองพัฒนาอาสาสมัครและผู้นำท้องถิ่นกลุ่มงานวิจัยและพัฒนากรมการพัฒนาชุมชน.
- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). *กรณีศึกษานวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน: การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. กรุงเทพฯ. ภาพพิมพ์.
- ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ. (2542). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด*. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จรัสแสง ผิวอ่อน. (2554). *การจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษาวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ชลธร รักษาณรงค์. (2545). *"การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนสะพานพระรามหก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร."* สารนิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม.สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ดวงฤดี ลาคุชะ. (2550). *การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. การประชุมวิชาการ เรื่อง การวิจัยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมอย่างยั่งยืน : กระบวนทัศน์ใหม่. วันที่ 3-4 พฤษภาคม 2550 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ดุษฎี กฤษฎี. (2551). *ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เดชา ทำดี ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ และวิลาวัดณ์เสนารัตน์. (2556). การถอดบทเรียน : การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้การจัดการสุขภาพชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง. *วารสารพยาบาลสาร*. 40(4) ตุลาคม – ธันวาคม : 100-113)
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2545). *กระบวนการทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ*. เอกสารประกอบในเวทีกระบวนการทัศน์สุขภาพ 1 : ชีวิตความตายและจิตวิญญาณ วันที่ 5 สิงหาคม 2545 ในงานการประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข "ร่วมสร้างสุขภาพสังคม สู่สังคมแห่งสันติภาพ" วันที่ 5-7 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ.
- ธิติมา วทานีเยเวช (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)
- ผ่องพรรณ ดรัยมงคลกุล. (2543). *การออกแบบการวิจัย (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พันธ์ทิพย์ รามสูตร.(2540). *การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ. พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ เวชกา กลิ่นวิชิต พวงทอง อินใจ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2558). *รูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุและครอบครัวที่โรงพยาบาล (ปีที่ 2)*. โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- พุทธทาสภิกขุ. (2539). *ตายก่อนตาย*. ธรรมสภา. กรุงเทพมหานคร.
- เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (บรรณารักษ์) (2540). "การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปประเทศไทย ปี พ. ศ. 2538." *นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข*.

- เพ็ชรงาม ไชยวาณิช สมชาย ยงศิริ และคณะ.(2557). รูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(ปีที่ 3). โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- เพ็ญศรี วัชรทายทอง.(2553). การศึกษาการดำเนินงานและการจัดการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา.รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์และคณะ. (2557). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (ปีที่ 3)การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- มหาวิทยาลัยบูรพา. (2553). แผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อการพัฒนาวิทยาลัยสู่ความเป็นเลิศ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- มัลลิกา มติโก. (2542). “ประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย : วิเคราะห์จากวิทยานิพนธ์.” กรุงเทพฯ : กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย โดยการสนับสนุนของกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ: กรุงเทพฯ; 2551
- ยุพา อภิโกมลกร และ พวงน้อย แสงแก้ว. (2554). การจัดการความรู้: การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย . คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.
- ยุวดี รอดจากภัยและคณะ. (2557). รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (ปีที่ 3).โดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- รุ่งนภา หนูม่วง. (2552). การจัดการความรู้ในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของแกนนำชุมชนตำบลนาชะอัง อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- ลลิลญา ลอยลม. (2545). การเตรียมตัวก่อนเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์สังคมและสวัสดิการมหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2546). สถานการณ์ผู้สูงอายุ : เสียงสะท้อนจากหนังสือพิมพ์รายวันไทย ใน วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ . 26(1) : 8-18.
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วิจารณ์ พานิช. (2549). *การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ. (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554*.
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ
ไทย. พงษ์พานิชย์เจริญผล. กรุงเทพฯ.
- วิภาวรรณ ลีลาสำราญ และ วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2547). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและใน
โรคต่าง ๆ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ จันทนา รณฤทธิวิชัย สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี ญัฐสุรางค์บุญจันทร์ วรวรรณ วาณิชย์
เจริญชัย.(2554). ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหา
ความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ, *J Nurs Sci* . Vol 29 Suppl 2 July-September 2011 :
103-112.
- เวรกา กลิ่นวิชิต คณิงนิจ อุสิมาศ และยุวดี รอดจากภัย.(2557). *การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ (ปีที่ 3)การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
ชลบุรี.
- ศศิธร ธรรมารักษ์.(2539). “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.”
คุณภาพชีวิตของคนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. เอกสารประกอบการสัมมนา วันที่ 25
กรกฎาคม 2539. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2541. *รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ใน
ประเด็นเรื่องการก่อกวนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ (เอกสารกองบริหาร
งานวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2549). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว.
(พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภัคดีพรหม. (2552). *ระบบสถานบริการผู้สูงอายุ.วารสาร
ประชากรศาสตร์* .2552; 25(1): 45-62.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). *การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย*.
กรุงเทพฯ: ชุมชนมนุษยธรรมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมพร ชัยยุทธ์. (2542). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเทศบาลนครขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.*

- สร้างสรรค์ คงเนียร. (2555). ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษา หนังสือการตื้นุญี่ปุ่นเรื่อง "อิกงามิ สาสันสังตตาย". บัณฑิตวิทยาลัย ปรินญาพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร. (2547). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนวิจัยสนับสนุนการวิจัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย.
- สุนทร โสภณอัมพรเสณีย์. (2551). การพัฒนาพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนสุขภาพชุมชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2542). ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.
- สุภาวงศ์ จันทวานิช. (2543). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่9).กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232)
- สุนิตา สุขตระกูล.(2544) . ความต้องการในภาวะสูญเสีและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย. บัณฑิตวิทยาลัย ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาวดี วรพันธ์. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชา สุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรียา วีรวงศ์. (2536). ระเบียบวิธีวิจัย : และเทคนิคของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. ใน เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสมใจ ประมาณพล(บรรณาธิการ). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (หน้า 41). กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550, *ผู้สูงอายุไทย*, กรุงเทพฯ : กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ,
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2551). *สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.*
2552. กรุงเทพมหานคร.
- _____. (2553). *รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ.2553 (ฉบับพิเศษ)*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักมาตรฐานการศึกษา. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. สำนักงานสภาวิชาชีพ. สำนักงานมาตรฐาน
อุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ.
- อุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ. (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.
- Hardman, Adrienne E. & Stensel, Davud J. (2003). Physical activity and health: The Evidence
Explained. *Psychology Press*.
- 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.

ประวัติคณะผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย : ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย และหัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 9

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ ปิริยาพรรณ
(ภาษาอังกฤษ) Asst.Prof.Dr.Pisit Piriyaapun,MD.
2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ -
3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554 , 103177 ต่อ 2202
โทรสาร 038-386557
E-mail pisit@buu.ac.th
5. ประวัติการศึกษา
 - แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - ประกาศนียบัตรชั้นสูงวิทยาศาสตร์การแพทย์
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป วุฒิบัตร เวชปฏิบัติทั่วไป
 - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 1

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ดร.เวธกา กลิ่นวิชิต
(ภาษาอังกฤษ) Dr.Wethaka Klinwichit, PhD.
2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ 0006785
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554 , 103177 ต่อ 2205
โทรสาร 038-386557
E-mail wethaka@buu.ac.th , wethaka-k@hotmail.com

5. ประวัติการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตบางแสน
- การศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีทางการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา
- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติผู้วิจัย: หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 2

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร. ไพบูรณ์ พงษ์แสงพันธ์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. Paiboon Pongsaengpan , PhD.
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 340050073XXXX
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.บูรพา จ.ชลบุรี /20131
โทร.038102738 โทรสาร. 038745791

5. ประวัติการศึกษา

- B.Sc. (Health Education) มหาวิทยาลัยบูรพา
- M.Ed. มหาวิทยาลัยบูรพา
- Ph.D. (Public Health) International Program มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประวัติผู้วิจัย: หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 6

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงเพ็ชรงาม ไชยวานิช
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Pechngam Chaivanit, M.D.
2. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์แพทย์ ประธานสาขาวิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554 , 103177 ต่อ 2519
โทรสาร 038-386557

4. ประวัติการศึกษา

2544 พบ. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2550 วว.ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม โรงพยาบาลรามาริบัติม มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย : หัวหน้าโครงการวิจัยย่อยที่ 7

1. ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) รศ.ดร. ยุวดี รอดจากภัย
ชื่อ – นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Assoc. Prof .Dr. Yuvadee Rodjarkpai
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 310230030XXX
3. ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.บูรพา จ.ชลบุรี /20131 โทร.038102738
โทรสาร. 038745791 e-mail : yuvadee@buu.ac.th

5. ประวัติการศึกษา

- | | | |
|-----------|---|------------------|
| ปริญญาตรี | วท.บ.(สุขศึกษา) | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ปริญญาโท | วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ปริญญาเอก | ส.ด. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)
สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 1

1. ชื่อสกุล(ภาษาไทย) นางสาวคณินนิจ อูสิมาศ
(ภาษาอังกฤษ) Miss Kanungnit Usimat
2. เลขหมายประจำตัวประชาชน 3 2203 0053X XX X
3. ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิจัย : หัวหน้าวิจัยและบริการวิชาการ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
169/382 ถ.ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-390324 , 390580 ต่อ 2305
โทรสาร 038-745830
E-mail kanungnit@buu.ac.th kanungnit_u@hotmail.com
5. ประวัติการศึกษา
- การศึกษามหาบัณฑิต(เทคโนโลยีทางการศึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 2

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ผศ. นพ. สมชาย ยงศิริ
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Assist.Prof.Dr.Somchai Yongsiri, M.D.
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 324010031XXXX
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
ที่ทำงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ถนน ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.
เมือง ชลบุรี 20131
บ้าน 325 ถนน สุขุมวิท ต.แสนสุข อ. เมือง ชลบุรี 20130
โทรศัพท์ 08-1011-018 โทรสาร 038-746-431 ที่ทำงาน 038-394-850
E-mail; somshy@buu.ac.th
5. ประวัติการศึกษา
2541 พบ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2545 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
2549 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์โรคไต ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 3

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงผกาพรรณ ดินชูไท
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) PAKAPHAN DINCHUTHAI, M.D.
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 310140358XXXX
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มือถือ 08-1721-6883 E-mail pakaphan@buu.ac.th
5. ประวัติการศึกษา
2544 แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2551 วว.อายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 4

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร. สุกัญญา เจริญวัฒน์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. Sukanya Jaruenwattana
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3 2501 0058X XX X
3. ตำแหน่งปัจจุบัน
เลขานุการ ฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา บางแสน ชลบุรี 20131
โทรศัพท์/ Fax. 038-390045 mobile 089-4024490
5. ประวัติการศึกษา
2551 ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา
(ปร.ด.) มหาวิทยาลัยบูรพา
2548 ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ (ศศ. ม.)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2547 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและกีฬา,
(วท.ม.) มหาวิทยาลัยบูรพา
2532 พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (พย.บ.)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 5

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร. วีระศักดิ์ ณรงค์พันธ์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr.Veerasak Narongpunt
2. ตำแหน่งปัจจุบัน
อาจารย์ประจำคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา
3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)
ที่อยู่ 187 จงกลนิรันทร์ด.ในเมือง อ. เมืองอุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์ : +66 (0)-4524-2622 มือถือ : +66 (0)8-7515-6930
E-mail: narongpuntv@msn.com
4. ประวัติการศึกษา
- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ปริญญาเอก (Ph.D.) สาขาชีวเวชศาสตร์, University Paris 13,
France(2548)

- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ปริญญาโท สาขาวิจัยและวิชาการวิทยาศาสตร์, University Paris 13, France(2547)
- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ปริญญาโท สาขาเทคโนโลยีและวิศวกรรมศาสตร์ทางชีวเวชศาสตร์, University Paris 12, France (2542)
- วิศวกรรมศาสตรบัณฑิต ปริญญาตรี สาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า, University Paris 12, France(2534)

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 6

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) นางสาวพวงทอง อินใจ
(ภาษาอังกฤษ) Miss Puangtong Inchai
2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ -
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานประกันคุณภาพการศึกษา บริหารความเสี่ยง และ
การจัดการความรู้
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-386554 , 103177 ต่อ 519
โทรสาร 038-386557
E-mail puangtong@buu.ac.th
5. ประวัติการศึกษา
 - พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ) มหาวิทยาลัยบูรพา
 - วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)
มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติผู้วิจัย : ผู้ร่วมวิจัย คนที่ 7

1. ชื่อสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์
(ภาษาอังกฤษ) Asst.Prof.Dr.Siriluk Somanusorn, PhD.
2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ -
3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์

4. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail

กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-74-5900 ต่อ 3649 โทรสาร 038-74-5790
E-mail siriluk@buu.ac.th

5. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี: ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ปริญญาโท: สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปริญญาเอก: ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์