บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทย ในปี พ.ศ.2558 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด เป็นสังคมสูงอายุที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุอันดับที่สองในอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2559) การดูแลผู้สูงอายุ แม้ว่า ภาครัฐส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง ชุมชนบางแห่งเริ่มบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน เช่น มีอาสาสมัครผู้สูงอายุหรือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไปเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ มีพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพหรือที่ลุกจากเตียงไม่ได้ แต่ก็มีปัญหาการดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยังขาดการบูรณาการ การ Journal of MCU Peace Studies Special Issue 391 ดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลและขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุไทยที่ต้องเผชิญในอนาคต คือ การขาดผู้ดูแลอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปหางานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนไม่น้อยถูกทอดทิ้ง ต้องช่วยตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็นย่อมส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยยิ่งขึ้น

ขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังทำได้จำกัด ถึงแม้รัฐจะได้กำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้มีการขยายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุลงในระดับชุมชน ทั้งสถานีอนามัย โครงการจัดส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่มีทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดไปให้บริการ ถึงบ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้คำแนะนำ ปรึกษาเฉพาะหน้า และส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น แต่การให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการฟื้นฟูให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม เนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดอีกทั้งส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้ทางด้านสหสาขาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ครอบครัวและญาติได้ ส่วนบริการทางสังคมที่เป็นภารกิจของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นการ

ให้บริการโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) ซึ่งให้บริการเยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในเบื้องต้น ส่วนการให้บริการในรูปแบบศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุและศูนย์บริการทางสังคม (Day care) ที่มีในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการภายในศูนย์ที่เอื้อเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้นทั้งออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน แต่ศูนย์บริการดังกล่าวก็ยังมีอยู่ค่อนข้างน้อยไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2540)

ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วนและจะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะในเชิงรุกและมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนั้นยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริมการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับการสาธารณสุขมูลฐาน การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาระบบบริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กันไป (สุภาภรณ์ เตโชวาณิชย์, 2546)

โดยภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ 2 ระดับคือระดับครอบครัวและระดับชุมชน ครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบเนื่องจากระบบสวัสดิการสังคมหลายด้านของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรสูงอายุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวจึงทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เป็นไปได้ดี (กุลชลี ภุมรินทร์, 2550) และแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานหลักการเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เพราะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน (วิภาพร สิทธิสาตร์ และสุชาดา สวนนุ่ม, 2550)

ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่จัดให้จะต้องบูรณาการทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ และสังคม รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม และต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั้งยืน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนานวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลแบบองค์รวมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อฟื้นฟูสภาพจิต กาย อารมณ์ สังคม ของผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลแบบองค์รวมของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อสภาวะจิต กาย อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ

3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวชุมชนองค์การบริหารตำบลนาวุ้งที่มีต่อการฟื้นฟูสภาวะจิต กาย อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ และสังคมดีขึ้นหลังจากได้ใช้นวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลแบบองค์รวม

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัยประกอบด้วย ขอบเขตด้านประชากร ขอบเขตด้านการดำเนินงานวิจัย ขอบเขตด้านเครื่องมือและนิยามศัพท์ ดังนี้

ขอบเขตด้านประชากร ผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

ขอบเขตด้านการดำเนินงานวิจัย ศึกษาและพัฒนาคู่มือกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ขอบเขตด้านเครื่องมือ คู่มือกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง

การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลแบบองค์รวมโดยดูแลทั้งด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ด้วยความร่วมมือร่วมใจ การประสานงานและความ

รับผิดชอบเพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และระบบสนับสนุนฟื้นฟูสภาพจิต กาย อารมณ์ สังคม ของผู้สูงอายุ

กิจกรรมบูรณาการ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดกรอบแนวคิดทฤษฎี และนำเทคนิคที่มุ่งเน้นการจัดการและแก้ไขปัญหาได้ ปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยใช้วิธีการผสมผสานแบบบูรณาการ (Assimilative integration) จำนวนทั้งหมด 8 กิจกรรม ประกอบไปด้วย 4 ด้านดังนี้

1. ด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ มีความรู้สึกของตนว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่ามีความสามารถ มีความสำคัญประสบผลสำเร็จตลอดจนการมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง

2. ด้านร่างกาย เช่น การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกาย การมองเห็นการได้ยินปัญหาการกินจุหิวบ่อยและการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

3. ด้านอารมณ์ เช่น การจัดการอารมณ์การเสริมสร้างการมีชีวิตชีวาทางอารมณ์การมีทัศนคติทางบวกต่อการเป็นผู้สูงอายุ การเห็นคุณค่าในตนเอง

4. ด้านสังคม เช่น การเสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมที่เกิดประโยชน์ โดยอาศัยความรู้ประสบการณ์ที่เป็นภูมิปัญญา

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่เป็นคนในครอบครัวของผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้คู่มือกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม
2. สร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อนำผลการพัฒนานวัตกรรมไปเผยแพร่สู่สังคมต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการของสมาชิกในครอบครัวในองค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุและพัฒนาการ

2. การดูแลผู้สูงอายุ
3. การดูแลส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุและพัฒนาการ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพทางด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในด้านความหมาย จะกล่าวดังนี้ ในสัมมาทิฏฐิสูตร กล่าวถึงความแก่ชราว่า "...ชรา เป็นอย่างไร คือ ความแก่ ความคร่ำคร่า ความมีฟันหลุด ความมีผมหงอก ความมีหนังเหี่ยวย่น ความเสื่อมอายุ ความแก่หง่อมแห่งอินทรีย์ในหมู่สัตว์นั้นๆ ของเหล่าสัตว์นั้นๆ นี้เรียกว่า ชรา" จากพุทธพจน์ ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความแก่ชรา คือ สภาพร่างกายที่เสื่อมถอยตามกาลเวลา ร่างกายเสื่อมสภาพรวมถึงอายุที่มากตามไปด้วย พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ โดยกล่าวถึงคำว่า ชรา หมายถึง แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แก่ หมายถึง มีอายุมาก อยู่ในวัยชรา เช่น คนแก่ สูงอายุ หมายถึง มีอายุมาก สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีสภาพร่างกายเสื่อมถอยลงจากเดิม เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น และมีอายุมาก แต่ด้วยความแตกต่างระหว่างบุคคลจึงทาให้แต่ละบุคคลมีสภาพร่างกายที่เข้าสู่วัยสูงอายุไม่พร้อมกัน

พัฒนาการของผู้สูงอายุ

สิ่งมีชีวิตทุกชีวิต เมื่อกำเนิดมาต่างต้องเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามช่วยวัย นับตั้งแต่เกิดจนกระทั้งเสียชีวิต และในช่วงวัยสูงอายุเปรียบเสมือนเป็นพัฒนาการช่วงวัยสุดท้ายที่จะกำลังดำเนินไปสู่ความเสื่อมถอยในทุกๆ ด้านของอวัยวะในร่างกาย การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเสื่อมถอยของร่างกายจึงมีความจำเป็นมากเพราะนั้นหมายถึงวิถีการดาเนินชีวิตของผู้สูงอายุว่าจะมีบทบาทและดาเนินชีวิตอย่างไร ในด้านพัฒนาการของวัยผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ (ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์, 2557)

1. พัฒนาการด้านร่างกาย

เมื่อกล่าวถึงพัฒนาการด้านร่างกายของผู้สูงอายุมักเป็นจุดเด่นหรือจุดนาพัฒนาการด้านอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะแบบแผนการดาเนินชีวิต (life style) ล้วนอยู่บนฐานของพัฒนาการทางกายทั้งสิ้น พัฒนาการทางด้านร่างกายโดยทั่วไปมีลักษณะเสื่อมถอยทั้งที่เห็นได้ชัดเจนและไม่ค่อยชัดเจน ความเสื่อมบางอย่างเมื่อเสื่อมแล้วไม่สามารถทดแทนให้ดีดังเดิม ลักษณะความเสื่อมทางกายมีดังนี้

ก. ผิวหนัง ไขมันใต้ผิวหนังจะค่อยๆ หมดไปพร้อมกับกล้ามเนื้อฝ่อลีบไปด้วย ผิวหนังที่ไม่มีความยืดหยุ่นเพราะขาดไขมันใต้ผิวหนัง ผิวหนังจะหย่อนยาน เช่น ใต้ท้องแขน รอยย่นที่หน้าผาก ตีนกาที่หาง

ตา บางคนอาจมีฝ้าขึ้นที่ใบหน้าและที่อื่นๆ เมื่อไขมันใต้ผิวหนังลดลง ร่างกายจะควบคุมความร้อนได้ไม่ดี จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุทนความหนาวไม่ค่อยได้ ผิวหนังซีดแห้งมีจุดด่างมากขึ้น ปลายประสาทรับความรู้สึกเสื่อมลง เมื่อไขมันใต้ผิวหนังลดลง อาจมีความกดดันที่ผิวหนังจากปุ่มกระดูกต่างๆ ทาให้มีอาการเจ็บ ณ บริเวณผิงหนังที่ถูกกดดัน หากผู้สูงอายุนอนหรือนั่งในท่าเดิมนานๆ จะเกิดแผลเรื้อรังบริเวณปุ่มกระดูกได้ง่าย

ข. กระดูกโครงร่างและฟัน ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของกระดูก เช่น แคลเซียมลดลง กระดูกขาดความแข็งแรงในการรองรับน้าหนัก หรือรับน้าหนักได้น้อยลง จึงเป็นเหตุให้กระดูกผู้สูงอายุเปราะแตกหักง่ายโดยเฉพาะในผู้หญิง นอกจากนี้อาจมีแคลเซียมไปจับอยู่ในกระดูกอ่อนโดยเฉพาะอาจไปจับที่กระดูกอ่อนซี่โครงทำให้จากัดการเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครง ส่งผลให้หายใจไม่สะดวก รวมไปถึงความยืดหยุ่นของเอ็นรอบข้อต่อและเอ็นต่างๆ ของข้อต่อเสื่อมลง ทำให้เคลื่อนไหวได้ไม่คล่อง ข้อจะยิ่งแข็งและเคลื่อนไหวยากขึ้น โรคเกี่ยวกับกระดูกที่พบมากในผู้สูงอายุคือ โรคข้อเข่าเสื่อมและโรคกระดูกพรุน กล่าวคือ โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมตามอายุ ส่วนใหญ่เกิดกับข้อใหญ่ๆ เช่น ข้อสะโพก ข้อเข่า และข้อกระดูกสันหลัง สาเหตุเนื่องมาจากข้อเข่าถูกกดทับ และเอ็นกล้ามเนื้อถูกยืดมาก ทำให้การหมุนเวียนของเลือดไปเลี้ยงเข่าได้ไม่ดี ประกอบกับการต้องแบกรับน้าหนักมากๆ จากน้าหนักตัวหรือการยกของหนัก ส่งผลให้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย ส่วนในเรื่องของโรคกระดูกพรุน เป็นภาวะที่มีการกร่อนของเนื้อกระดูก เนื่องจากมีความผิดปกติในการสร้างสารเนื้อกระดูก ทาให้กระดูกอ่อนตัวลง ประกอบกับการทำงานของฮอร์โมนลดลงในผู้สูงอายุ โดยโรคกระดูกพรุน อาจทาให้กระดูกยุบลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวช้าลง ปวดหลัง หลังค่อม ส่วนสูงลดลง กระดูกหักง่าย ส่วนในเรื่องของฟัน จะมีฟันหลุด หัก เหงือกร่น ส่งผลระทบต่อการรับประทานอาหาร การพูดและระบบการย่อยอาหาร

ค. กล้ามเนื้อลาย ผู้สูงอายุจะมีกาลังและความเร็วของการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและจานวนกล้ามเนื้อลดลง แต่มีเนื้อเยื่ออย่างอื่นเข้าไปแทรกแทนที่ ยิ่งสูงอายุขึ้น จานวนของเซลล์กล้ามเนื้อจะยิ่งลดลงไป จนปรากฏลักษณะผอม แห้ง เหี่ยว ทำให้ไม่มีแรง ไม่มีกาลัง ปวดเมื่อยตัว มือสั่น ขาสั่น การหย่อนกาลังของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความดันในท้องได้ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุท้องผูก ปัสสาวะลำบาก การหย่อนกาลังของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงและกล้ามเนื้อกระบังลมทำให้หายใจลาบาก สาหรับผู้หญิงกล้ามเนื้อของช่องเชิงกรานอาจอ่อนกำลัง ทำให้ปากมดลูกโผล่ออกมาที่ปากช่องคลอดได้

ง. การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ผนังของหลอดเลือดแดงเล็กๆ จะหนาขึ้นและมีแคลเซียมมาจับที่ผนัง ทำให้รูของหลอดเลือดแคบ ไม่ยืดหยุ่น ขยายตัวได้น้อย เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้น้องลง ถ้าหลอดเลือดแข็งมากและมีเกล็ดเลือดมาอุด อวัยวะนั้นอาจขาดเลือดโดย

สิ้นเชิง ถ้าหลอดเลือดแข็งเกิดที่อวัยวะตรงไหน ก็จะเกิดความขัดข้องตรงอวัยวะนั้น เช่น ถ้าหลอดเลือดแข็งที่สมองทาให้สมองเกิดพิการ ถ้าเกิดที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ จะทำให้หัวใจเสื่อม ทำงานไม่เต็มที่ อนึ่ง เลือดที่จับตัวเป็นลิ่มอาจหลุดลอยไปตามกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหรือสมองก็ได้ ส่งผลให้เป็นโรคหัวใจ อัมพาตและอัมพฤกษ์ได้

จ. ระบบประสาท ระบบประสาทจะเสื่อมลง สมองฝ่อเป็นหย่อมๆ โพรงน้ำไขสันหลังภายในสมองกว้างขึ้น ช่วงบนด้านนอกของสมองกว้างและลึกขึ้น สมองเหี่ยวเล็กและน้าหนักน้อยลง เซลล์ประสาทจานวนมากเสื่อม ความเสื่อมของระบบประสาททำให้ความว่องไวต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลง การคิด การตัดสินใจต้องใช้เวลานานขึ้น ความจำด้อยลง โดยเฉพาะการจำเรื่องใหม่ไม่ค่อยได้ แต่เรื่องเก่าๆ มักจำแม่นยา

ฉ. อวัยวะรับความรู้สึก อวัยวะรับความรู้สึกมีความเสื่อมของระบบต่างๆ คือ 1) ตา เป็นอวัยวะรับความรู้สึกด้านการมองเห็น ผู้สูงอายุ กล้ามเนื้อควบคุมรูปร่างแก้วตาอ่อนกาลังลง ทำให้มองเห็นไม่ชัดเจน กล้ามเนื้อกลอกตาอ่อนกำลังลง รูม่านตาเล็กลง กระจกตาหนาขึ้น ประสาทตาเสื่อมและฝ่อลง ไขมันในเบ้าตาค่อยๆ หายไปทำให้เบ้าตาลึก การกระพริบตาช้าและน้อยลง หนังตาห้อยปิดลูกตาอย่างหลวมๆ เพราะกล้ามเนื้อตาอ่อนกำลังลง 2) หู เป็นอวัยวะรับความรู้สึกด้านการได้ยินเสียง ผู้สูงอายุประสาทหูจะค่อยๆ เสื่อม จะได้ยินเสียงต่ำมากกว่าเสียงสูง 3) ลิ้น เป็นอวัยวะรับความรู้สึกด้านการรับรส ผู้สูงอายุปลายประสาทที่ลิ้นลดจำนวนลง ทำให้การรู้รส เค็ม หวาน เผ็ด น้อยลงและ 4) จมูก เป็นอวัยวะรับความรู้สึกด้านการรับกลิ่น ผู้สูงอายุจะมีความไวในการรับกลิ่นน้อยลง

ช. ระบบการย่อยอาหารและการขับถ่าย ในวัยสูงอายุ การเคี้ยวอาหารหย่อนสมรรถภาพ เนื่องจากปัญหาฟันเสื่อม มีการเสื่อมของเยื่อบุทางเดินอาหาร ทำให้การหลั่งน้าย่อยลดลง การย่อยอาหารและการดูดซึมน้อยลงไปด้วย แต่การเสื่อมของระบบการย่อยอาหารมักน้อยกว่าการเสื่อมของระบบอื่นๆ เมื่อระบบการย่อยเสื่อม ย่อมส่งผลไปยังระบบขับถ่ายด้วย โดยระบบขับถ่ายปัสสาวะ ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการไหลเวียนของเลือดที่มาสู่ไตน้อยลง ทำให้ไตทาหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ความจุของกระเพาะปัสสาวะน้อยลง ทำให้ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ การหย่อนกาลังของกล้ามเนื้อหน้าท้องอาจทำให้ผู้สูงอายุท้องผูก เมื่อผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมลง ย่อมส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุได้

ดังนั้นจึงพอสรุปความเรื่องพัฒนาการด้านร่างกายของผู้สูงอายุได้ว่า พัฒนาการด้านร่างกายของผู้สูงอายุโดยภาพรวมจะมีสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลง ไม่ว่าจะเป็นผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ ระบบประสาท และการรับความรู้สึก รวมถึงระบบการย่อยอาหารและการขับถ่าย ทุกระบบในร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลงล้วนส่งผลถึงสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ

2. พัฒนาการด้านอารมณ์

สภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุจะเป็นรูปแบบเช่นใด ย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาและบุคลิกภาพเฉพาะตน ความเสื่อมทางอารมณ์มักเกิดควบคู่กับความเสื่อมโทรมทางกาย ความเสื่อมสมรรถภาพทางกายมักส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบกับการสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่การงาน บทบาทในสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์กังวล น้อยใจ และกระทบกระเทือนใจได้ง่าย ผู้สูงอายุมีอารมณ์ต่างๆ ทุกประเภทเช่นวัยอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุอาจมีอารมณ์บางลักษณะซึ่งเกิดขึ้นมากในช่วงวัยสูงอายุยิ่งกว่าวัยอื่นๆ ดังนี้

ก. อารมณ์เหงา อารมณ์เหงาและว้าเหว่เป็นอารมณ์ที่มักเกิดร่วมกัน โดยมากมักเกิดกับวัยสูงอายุ เนื่องจากมีเวลาว่างมากกว่าวัยอื่นๆ ประกอบกับไปพลัดพรากจากผู้ใกล้ชิดและบุคคลที่ตนรัก อารมณ์เหงามักมีอารมณ์อื่นๆ ร่วมด้วย และมักติดตามด้วยผลกระทบทางกาย ทางใจหลายประการที่เป็นไปในทางลบ เช่น โรคที่ตนเป็นอยู่ การเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ โรคประสาท โดยสรุปผู้สูงอายุมักมีอารมณ์เหงามากกว่าวัยอื่นเพราะ (1) สุขภาพไม่ดี (2) ขาดกิจกรรมที่ตนเองชอบ ผู้สูงอายุหลายคนเมื่อต้องอยู่คนเดียว ไม่ได้ทากิจกรรมร่วมกับผู้อื่นเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดอารมณ์เหงาได้ (3) สายตาและหูไม่ดี ในการประกอบกิจกรรมใดๆ หากสายตาดีย่อมส่งผลให้ประกอบกิจกรรมอย่างเพลิดเพลิน ไม่เหงา แต่เมื่อสายตาไม่ดี ทาให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมใดๆ ได้ รวมถึงหูไม่ดี ทาให้กระทบความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ต้องปลีกตัวอยู่ตามลาพัง เกิดความระแวง กลัวผู้อื่นนินทาว่าร้าย และเกิดความรู้สึกเหงา (4) การสูญเสียญาติและเพื่อนสนิท ทาให้ขากการทากิจกรรมร่วมกับผู้อื่น การดาเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทาให้เกิดความเหงาได้ อารมณ์เศร้าโศก เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้มาก นับตั้งแต่วัยกลางคนเรื่อยมาจนถึงวัยผู้สูงอายุ โดยทั่วไปผู้สูงอายุถือว่าเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์การสูญเสียมากกว่าใครๆ ความเศร้าโศกได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของผู้สูงอายุอารมณ์เศร้าโศกเป็นอารมณ์ปกติธรรมดาของบุคคลทั่วไป อาจเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวแล้วก็หายไป และสามารถเกิดขึ้นได้ใหม่อีก อารมณ์เศร้าโศกมีความ รุนแรงหลายระดับ ในขั้นรุนแรงมาก หมายถึงความเศร้าเสียใจที่มีรากลึกถึงขั้นผิดปกติ โดยลักษณะของอารมณ์เศร้าโศกมักมีความรู้สึกท้อแท้ ซึม หดหู่ หมดหวัง ตามปกติมนุษย์จะแสดงกิริยาโต้ตอบอารมณ์เศร้าโศกด้วยกัน 3 วิธี คือ (1) ต่อสู้ เกรี้ยวกราว รุนแรง (2) เฉยชา และ (3) หลบหนี ซึมเศร้า ทั้งนี้เพราะอารมณ์เศร้าเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น (1) ความเสื่อมสมรรถภาพทางกาย เช่น ความจาเสื่อม ประสาทสัมผัสและการรับรู้เสื่อม (สายตาเสื่อมลง การเคลื่อนไหวช้าลง) การสูญเสียอวัยวะบางอย่างจากอุบัติเหตุหรือการผ่าตัด (2) การใช้ยา มียาหลายประเภทที่ทาให้ผู้ใช้เกิดอารมณ์เศร้าโศก (3) การประสบความพลัดพรากสูญเสีย

เช่น พลัดพรากจากของที่ตนรัก (4) การระลึกถึงความหลัง ผลร้ายของอารมณ์เศร้ามีมากมายแตกต่างกันออกไปตามความเข้มแข็งและลักษณะของสาเหตุ อาจทาให้บางคนเป็นโรคประสาทจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

3. พัฒนาการด้านสังคม พัฒนาการด้านสังคมของผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีสองรูปแบบ คือ แบบแรกยังมีความสัมพันธ์กับสังคมเหมือนในวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุมักชอบร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ โดยมักจะมีกลุ่มเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกันหรือวัยใกล้เคียงกัน โดยในการร่วมกิจกรรมนั้นมักจะชวนกันไปร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มเพื่อได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นรวมถึงไประบายความเครียดในจิตใจของตนเองอีกด้วย หรือแบบที่สองคือ ตัดทอนความสัมพันธ์เกี่ยวข้องลงหรืออาจแยกตัวได้ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคมนี้มักจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการอยู่คนเดียวนั้นไม่สามารถระบายความเครียดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ใดได้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเก็บสะสมความเครียดไว้กับตนเอง เมื่อนานวันย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตตามมาได้ จึงเห็นได้ว่าความสัมพันธ์เชิงสังคมกับบุคคลและกลุ่มสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการทางกาย อารมณ์ สติปัญญา การปรับตัวและอื่นๆ ของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เพราะบุคคลไม่ว่าวัยใดไม่สามารถตัดตนออกจากสังคมได้อย่างสิ้นเชิง แต่บุคคลในวัยสูงอายุอาจมีความสัมพันธ์ลง จึงจาเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรู้จักทำใจยอมรับกับสัมพันธภาพที่ต้องเปลี่ยนไป ดังนั้นแล้วการบริหารร่างกายและจิตใจอย่างกระฉับกระเฉงจะช่วยเพิ่มคุณค่าให้ชีวิตและป้องกันความรู้สึกแยกตัวจากสังคมเนื่องจากได้พบปะผู้คนจานวนมากในกิจกรรมต่างๆ ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นวัยเดียวกัน ต่างวัยกัน ล้วนส่งผลต่อสุขภาพกายและใจเป็นอย่างยิ่ง

4. พัฒนาการด้านสติปัญญา วัยผู้สูงอายุมีพัฒนาการด้านร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลดลงเป็นอย่างมาก การเสื่อมสภาพของร่างกายส่งผลให้ความจำของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุมักหลงลืมง่าย ความจำเลอะเลือน เมื่อลักษณะของสติปัญญาของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงแล้ว ย่อมส่งผลไปสู่ความจำของผู้สูงอายุด้วย สาหรับในด้านการจำของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปความเปลี่ยนแปลงในด้านความจำ พบว่าผู้สูงอายุนั้นระบบความจำระยะสั้นจะได้รับความกระทบกระเทือนมากกว่าระบบความจำระยะยาว ซึ่งมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจและไม่สามารถเรียนรู้สิ่งที่ต้องเกี่ยวข้องกับการจำระยะสั้นได้ ผู้สูงอายุมักจะจดจำเรื่องราวเก่าๆ ได้ดีกว่าเรื่องราวใหม่ๆ โดยหน่วยของความจำสามารถแยกออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ความจำจากประสาทสัมผัส ผู้สูงอายุจะเริ่มสูญเสียความสามารถในด้านประสาทสัมผัสบางชนิดไปบ้าง เช่น การรับรู้ กลิ่น รส สัมผัส ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีระดับสัมผัสไม่เท่ากัน 2) ความจำจากหน่วยความจำ

ระยะสั้น (short-term memory) เป็นการจำทันทีทันใดที่มีต่อสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งสิ่งเร้านั้นเพิ่งจะมีการรับรู้เกิดขึ้นนั้นคือมีการวิเคราะห์หรือตีความแล้วว่าสิ่งเร้านั้นเป็นอะไร สำหรับผู้สูงอายุอาจลดน้อยลงแต่ไม่มากนัก 3) ความจำจากหน่วยความจาระยะยาว (long-term memory) เป็นการจำข้อมูลหรือสิ่งเร้าบางสิ่งที่เพิ่งรับรู้มาและถ้าข้อมูลได้รับการเอาใจใส่ มันจะถูกเก็บไว้ในความจาระยะยาว ซึ่งมักเกี่ยวกับประสบการณ์และความรู้ที่สะสมไว้ตลอดชีวิต จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง ความจำด้านนี้ผู้สูงอายุไม่ลดน้อยลงแต่ไประการใด ส่วนในด้านการแก้ปัญหา ผู้สูงอายุมักแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ส่วนตัวมาวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญญา และนอกจากนี้สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความจำมี 2 อย่าง คือ การจำแบบระลึกได้ (Recall) เป็นวิธีการให้บุคคลพยายามนึกคิดสิ่งเร้าหรือเรื่องราวต่างๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยไม่มีสิ่งใดเป็นแนวทางให้เลย กล่าวคือเป็นการที่บุคคลพยายามสร้างเหตุการณ์ต่างๆ จากความจำ โดยไม่มีเหตุการณ์นั้นปรากฏตรงหน้า เช่น สามารถบรรยายรูปร่างหน้าตาคนร้ายให้ตำรวจฟัง และความจำแบบจำได้ (Recognition) เป็นวิธีการนาเอาสิ่งเร้าที่บุคคลได้เคยมีประสบการณ์มาแล้วมาให้ดูใหม่อีกว่าจำได้หรือไม่ ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในสองด้านนี้ตามอายุ พบว่าความสามารถในการจำได้ของคนสูงอายุไม่ได้ลดลงตามอายุ แต่ความสามารถด้านระลึกได้จะลดลงอย่างเด่นชัด ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในการนาสิ่งที่เก็บไว้ในความทรงจำออกมาใช้ จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่ดูแลใส่ใจในสุขภาพตนเองแล้วสามารถที่จะมีสติปัญญาที่ไม่ต่างจากวัยอื่นเลย กล่าวโดยสรุป พัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ของผู้สูงอายุโดยภาพรวมจะมีสภาพที่เสื่อมโทรมลง การที่พัฒนาการของผู้สูงอายุจะดีได้ส่วนหนึ่งย่อมมาจากการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเอง

การดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีต่อไป

การดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่มีขั้นตอนห่วงโซ่อย่างต่อเนื่อง เช่น ในระบบมหภาคที่ได้มาจาก 1) กำหนดให้มีข้อกฎหมาย 2) จัดตั้งองค์กรเฉพาะด้าน 3) จัดอบรมบุคลากรเฉพาะทาง 4) จัดอบรมอาสาสมัครดูแลชุมชน 5) มีระบบส่งต่อจากอาสาสมัครดูแลญาติผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ และ 6) ญาติผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุ

จุดประสงค์สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุขมีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไป และ

มีโรคเรื้อรังต่างๆ อยู่ก็ตาม ดังนั้น จะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมโดยหลักสำคัญ คือ ต้องให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต ดังคำที่ว่า*“เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน”*

รูปแบบและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุ อาจมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลภายในครอบครัว คือ การให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุในปัจจัยสี่ ไม่ว่าจะเป็นการให้อาหาร เสื้อผ้า จัดที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล รวมทั้งการให้เงิน การดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายจิตใจเป็นต้น 2) การดูแลในสถาบัน แยกเป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ 3) การดูแลโดยชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือและพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตนระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์การ และสถาบันทางสังคมต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน และ 4) การดูแลในสถานการณ์พิเศษ

นอกจากนี้แล้วยังมีแนวทางความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยเน้นในกลุ่มที่มีปัญหาดูแลอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งมีจำนวน 10 แนวทาง ได้แก่

1. ตั้งใจและใส่ใจฟังเรื่องราวจากมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุ โดยไม่ติดใจสงสัย เพราะเป็นความจริงที่เกิดขึ้นในส่วนของเขา เขารู้สึกว่าถูกทรมาน เป็นทุกข์จากสภาพดังกล่าว

2. ประเมินความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุก่อนเสมอ

3. ซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น เพื่อประเมินสภาพโรคของผู้ป่วยสูงอายุ

4. หากญาติมาด้วยให้สังเกตปฏิกิริยาระหว่างญาติกับผู้ป่วยก่อน อย่าไกล่เกลี่ยหรือกลบเกลื่อนความขัดแย้งระหว่างคนสองฝ่ายในทันที

5. ประเมินความต้องการของทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติว่าต่างฝ่ายต่างต้องการอะไร ทำอย่างไรจึงจะอยู่กันได้อย่างมีความสุขขึ้น

6. ขออนุญาตไปเยี่ยมบ้านเพื่อหาหนทางให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นที่บ้าน จะได้เป็นภาระกับญาติน้อยลง อย่าทำให้ญาติรู้สึกว่าไปจับผิดที่เขาไม่ดูแลผู้สูงอายุ

7. เมื่อไปเยี่ยมบ้าน ให้ประเมินการใช้ชีวิตด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ความเสี่ยงอันตรายต่างๆโอกาสในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย หรือทำกายภาพบำบัด

8. ปรึกษาทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหาทางช่วยเหลือสุขภาพองค์รวม เช่น

8.1 แพทย์ หาทางควบคุมอาการ ไม่ให้ลุกลามหรือเป็นที่น่ารำคาญแก่คนใกล้ชิด ปรับตำรับยาให้ใช้ง่ายไม่ยุ่งยาก

8.2 พยาบาล เยียวยาสภาพจิตใจ สภาพบาดแผล ความไม่สุขกายสุขใจต่างๆ

8.3 นักสังคมสงเคราะห์ ช่วยครอบครัวหาทางออก แก้ปัญหาเศรษฐกิจด้วยตนเองได้ในระยะยาว ประสานกับผู้นำชุมชนเพื่อดูแลสมาชิกชุมชนเดียวกัน

8.4 นักกายภาพบำบัด ออกแบบท่าทางการฟื้นสภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพบ้านและการใช้ชีวิต เป็นต้น

9. นัดหมายติดตามดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ปรับเป้าหมายเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป อาจนัดพบกันที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่สะดวกกับทุกฝ่าย

10. สนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีทักษะการแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์และปัญหารอบตัวได้ดีขึ้น จึงจะส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในระยะยาว

การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง

หลักสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง ก็คือ ต้องให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต ดังคำที่ว่า *“เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน”* การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง หมายถึง จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคมเพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับคำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจำนวน 3 ประการ ดังนี้

1. การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย สุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย โดยยึดหลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ/ปัสสาวะ อากาศ (แสง)อาทิตย์ อารมณ์ อดิเรก อนาคต อบอุ่น และอุบัติเหตุ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันหรือการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากัน โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา

2. การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่างๆ ตามอัตถภาพ โดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นสมเป็นสัปปบุรุษ (คนดี) กล่าวคือ ต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุด และอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

3. มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จะต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาว เพื่อจะได้มีไว้ใช้อนาคต ทั้งยามปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย 2) ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน คือ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมาทำร้ายรวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัว บรรยากาศดี และมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น และ 3) ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม คือ มีครอบครัวที่ดีอยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุข เมื่อครอบครัวดีร่มเย็นเป็นสุข ชุมชนก็จะดีร่มเย็นเป็นสุข เมื่อชุมชนดีร่มเย็นเป็นสุข ประเทศชาติก็ดีร่มเย็นเป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยามากกว่าการลอกเลียนซึ่งพบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่การดูแลสุขภาพวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามากที่สุด ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุดมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ค่านิยมความกตัญญูกตเวที ดูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพรัก เยี่ยมเยียน พูดคุย และให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา และมีความสุขได้ระดับหนึ่ง ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่เรื่องอาหารการกิน แต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม เคลื่อนที่ภายในบ้าน

และออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล เนื่องจากมีภาระต้องทำมาหากิน หรือมีธุระต้องทำ รวมไปถึงการนอนเฝ้าเวลากลางคืน

2. บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุอาทิ ให้เงินใช้ รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เช่น กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

3. บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ คือ จัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

4. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือ ปรนนิบัติดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยามเจ็บป่วย รวมไปถึงเยี่ยมเยียน พูดคุย และให้กำลังใจ

5. บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบๆ บ้าน จัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่าบางบ้านก็ยังมีการจัดบรรยากาศ สถานที่และจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ อาทิ ความสะอาด ฝุ่นละอองและแม้ว่าสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังมีบางครอบครัวที่มีระบบการดูแลที่ดี โดยพบว่าปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสมการดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กร

หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้กำหนดมาตรการ แผนงาน และนโยบายต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว ตั้งแต่การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล บริการประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลของภาคราชการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประกันกับบริษัทเอกชน นอกจากนี้แล้ว ยังได้กล่าวถึงสวัสดิการด้านการศึกษา อาชีพ และบริการสังคม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษานอกโรงเรียน การศึกษาระดับอุดมศึกษา การฝึกอาชีพ การกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการในที่สาธารณะ และการลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งมวลชน ที่เห็นได้อย่างชัดเจน ก็คือ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลใน

สถานพยาบาลที่ระบุไว้ ตามระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 แต่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ ก็จำเป็นต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุทางตรง ก็คือ ค่ายา ค่าตรวจบริการทางการแพทย์ ค่าอาหาร และค่าเดินทางของผู้ป่วย โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเงิน 7,040 บาทต่อคนต่อปี มีผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 1.05 ล้านคน รวมเป็นงบประมาณที่ใช้กว่า 8,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายของญาติที่พาผู้สูงอายุไปรักษา รวมถึงการสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุและญาติ หากจำแนกบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กรต่างๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกชุมชน อาจแบ่งออกได้เป็น 9 กลุ่ม ดังนี้

1. องค์กรระดับนโยบาย ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 องค์กรหลัก ได้แก่

1.1) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะทำการโอนงบประมาณให้ อปท.ดำเนินงานจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ ค่าจัดการศพ จัดอบรมให้ความรู้แก่ อผส. งบซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุที่ยากจน และอื่นๆ

1.2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่บริหาร ขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพตามที่กำหนด

1.3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานผ่านเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพประเพณีวัฒนธรรม และอื่นๆ

2. อปท. มีบทบาทหลักในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการและประสานการจัดสวัสดิการตามปัญหาความเดือดร้อนกรณีต่างๆ บทบาทรองคือ สนับสนุนการรวมกลุ่ม/จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ รวมไปถึงสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานในการจัดกิจกรรมทัศนศึกษาวันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ จัดหาเครื่องออกกำลังกายและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้กับชุมชน รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่ อผส. ส่งเสริมอาชีพ สงเคราะห์สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ และจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับ รพ./รพ. สต. เป็นต้น

3) สถานบริการทางสุขภาพ ทั้ง รพท./รพศ. รพช. และ รพ. สต. ล้วนมีบทบาทหลักใน “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” เช่นเดียวกัน โดยจะมีการประสานความร่วมมือกับกลุ่ม อสม. ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนในการลงพื้นที่เยี่ยมเยียนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจะมีการแบ่งกลุ่มเพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการดูแลผู้สูงอายุ อาทิผู้สูงอายุ 5 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานและความดัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน และโรคแทรกซ้อน และกลุ่มผู้ป่วยติด

เตียง) ผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยซับซ้อน) หรือผู้สูงอายุ 2 กลุ่มใหญ่ (กลุ่มสีเขียว และกลุ่มสีแดง) ซึ่งมีการจัดบริการดังนี้ 1) จัดบริการเชิงรับ โดยให้บริการพื้นฐานด้านงานรักษาพยาบาล งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และงานอนามัยโรงเรียน 2) จัดบริการเชิงรุกในชุมชน (เยี่ยมบ้านโดย อสม. เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ. สต. และเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ) และ 3) จัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ คลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มอัมพฤกษ์อัมพาต และผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา ส่วนบทบาทรองก็คือ สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน จัดกิจกรรมตามเทศกาล ประเพณีวัฒนธรรม และวันสำคัญต่างๆ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และ อสม. ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสนับสนุนสถานที่ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

4. ชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และจัดกิจกรรมด้านต่างๆ ทั้งจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (ฌาปนกิจสงเคราะห์ เพื่อนช่วยเพื่อน เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ)สนับสนุนกิจกรรมด้านประเพณีวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ และกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน บางแห่งมีสภาสาขาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย/สมาคมชมรมผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่ม/จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทั้งระดับอำเภอ และระดับจังหวัด และช่วยเหลือในการจัดสวัสดิการด้านต่างๆอาทิ เยี่ยมเยียนและช่วยเหลือสมาชิกกรณีปกติ เจ็บป่วย และเสียชีวิต

5. กลุ่มจิตอาสา คือ เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มจิตอาสา/อาสาสมัครเพื่อให้การช่วยเหลือและดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และเชิญชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาประเพณีวัฒนธรรมและวันสำคัญต่างๆ

6. องค์กรศาสนา จะเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ามาร่วมกิจกรรมทางศาสนาประเพณีวัฒนธรรม และวันสำคัญต่างๆ บางแห่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพกายและใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน บางแห่งมีหน่วยงานสาธารณสุขอยู่ในพื้นที่เพื่อให้บริการดูแลรักษาสุขภาพทั่วไปแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน ตลอดจนเป็นแหล่งการเรียนรู้ ศึกษาดูงาน และฝึกงานด้านส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน

7. สถาบันการศึกษามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุไม่เด่นชัดมากนัก ที่ผ่านมามีเพียงเชิญผู้สูงอายุมาเป็นวิทยากรสอนเด็กนักเรียนด้านภูมิปัญญาด้านต่างๆ เช่น การเกษตร ปลูกผัก จักสาน และดนตรีไทย เป็นต้น

8. โรงงานอุตสาหกรรม มีบางแห่งสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานเพื่อให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุ เช่น จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้หรือห้องสมุดชุมชน จัดงานวันผู้สูงอายุ และเลี้ยงอาหาร เป็นต้น

9. กลุ่มองค์กรชุมชนอื่นๆ ส่วนใหญ่เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคม และจัดสวัสดิการชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือและดูแลคนในชุมชนทุกกลุ่ม อาทิ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มการเกษตร/เลี้ยงสัตว์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่น และกลุ่ม 5 เสือผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกเทศบาล/อบต. 2 คน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน)

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

ในปัจจุบันมีแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน หรือเรียกว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็งและการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและผู้ดูแล การมีนโยบายชุมชนเข้มแข็ง และการจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับระยะหลังที่ได้มีแนวคิดกระจายงานด้านต่างๆ ให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุด อาทิ การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ที่เน้นดำเนินงาน 4 เรื่อง คือ สร้างรูปแบบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตผู้สูงอายุ จัดระบบบริการแก้ไขปัญหาโรคตา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ป่วย และให้บริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยชุมชนเป็นเจ้าภาพแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการพร้อมกัน ในบางชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ก็จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลที่ดีด้วย ได้แก่ชุมชนเข้มแข็งและมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลในชุมชน โดยกลวิธีการจัดการของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ มีบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ และมีการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

1. บริการด้านสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยพยาบาลร่วมกับ อสส./อสม. ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการคัดกรองโรค ควบคุมอาการของโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการให้บริการเชิงรุก เช่น วัดความดัน เจาะเลือดตรวจน้ำตาล และนำยารักษาโรคไปให้ที่บ้าน เป็นต้น

2. บริการด้านสังคม โดยมี อสส./อสม. เป็นบุคลากรที่สำคัญในการประสานการดูแลด้านปัจจัยสี่ รวมทั้งช่วยเหลือเมื่อเสียชีวิต และประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อนประสานขอการสนับสนุนปัจจัยต่างๆจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

3. การเข้าถึงบริการ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว/ศูนย์บริการสาธารณสุข การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุโดยความร่วมมือของ อสส./อสม. ในการสำรวจข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างทั่วถึงและบูรณาการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม

นอกจากนี้แล้ว นักวิชาการบางท่านได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ รพ. สต. มีบทบาทหลักในการดำเนินงานโดยใช้หลัก “หัวใจการบริการผู้สูงอายุในชุมชน” 3 ส่วน คือ 1) ภาคีหลัก 3 ภาคีในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาคีบริการสุขภาพ และภาคีบริการสังคม 2) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ โดยขจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ เสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ 3) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ: รพ. สต. เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3.1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ คือ บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 3.2) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้นำ มีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงวัย 3.3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้ และต้องเอาใส่ใจ ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชน และที่บ้าน

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นบริการที่หลากหลายเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการทั้งด้านการแพทย์และไม่ใช่การแพทย์ในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือทุพพลภาพไม่สามารถดูแลตนเองเป็นระยะเวลานาน

การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เข้ามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยได้กล่าวถึงกลวิธีในการบริการสุขภาพและสังคม ประกอบด้วย 1) ควรมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลางในการชี้แนวทางนโยบายและทรัพยากร 2) มุ่งเน้นการบริหารจัดการในท้องถิ่นเป็นหลัก การถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถให้บริการได้อย่างใกล้ชิดและตรงตามความต้องการ 3) ไม่สนับสนุนการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มเติม แต่ให้การ

สนับสนุนการพัฒนาให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้านมากขึ้นโดยสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการกับการดูแลภายในครอบครัว 4) มีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม 5) ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาการกระจายบริการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ได้เสนอรูปแบบหรือเทคนิคบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว 7 ข้อ ได้แก่

1. การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ
2. มีบริการการดูแลระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน
4. การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย
5. รูปแบบการดำเนินงานแบบเครือข่าย
6. การปรับปรุงสภาวะแวดล้อมในชุมชน
7. การจัดบริการหน่วยบำบัด ฟื้นฟูที่บ้าน

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ปรากฏอื่นๆ ที่เน้นการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง แบ่งเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้ 1) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยตนเอง ด้วยการให้ความร่วมมือกับแพทย์ บุตรหลาน หรือญาติพี่น้องในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการทำกายภาพบำบัด นวดคลายกล้ามเนื้อ รับประทานอาหารและรับประทานยา เป็นต้น 2) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัว/ผู้ดูแล ครอบคลุมกิจวัตรประจำวันต่างๆ อาทิ ปัจจัยสี่ พาไปรักษาพยาบาลแหล่งต่างๆ ฟื้นฟูสุขภาพ ทำกายภาพบำบัด จัดสถานที่และจัดหาเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์
ต่างๆ ที่จำเป็น อาทิ รถเข็น เตียงคนไข้ ที่นอนลม ผ้าอ้อมสำเร็จรูป รวมทั้งพูดคุยและให้กำลังใจ 3) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ถามสารทุกข์สุขดิบ ซื้อข้าวของ ให้เงินช่วยเหลือ หรือบางรายก็จะให้ความช่วยเหลือผู้พิการด้วยการจับ
นั่งยอง จับพลิกซ้ายขวา เพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ 4) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้นำชุมชน ซึ่งจะมาเยี่ยมเยียน ถามสารทุกข์สุขดิบ และติดต่อประสานงาน ให้ข้อมูล และขอการสนับสนุนดูแลหรือช่วยเหลือจากองค์กรในพื้นที่ต่อไป 5) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยชมรมผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย และสงเคราะห์เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อาทิ รถเข็น ไม้เท้า และเตียงคนไข้ 6) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดย อสม. แบ่งออกเป็น 3 กรณี ได้แก่ กรณีที่ 1 ไม่มีผู้ดูแล อสม.จะดูแลหรือช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อนแจ้งไปยัง อปท. หรือ รพ.สต. เพื่อประสานการส่งต่อไปยังสถานสงเคราะห์ต่อไป กรณีที่ 2 มีผู้ดูแล อสม. จะเยี่ยมบ้าน พูดคุยถามสารทุกข์สุขดิบ ให้ความรู้คำแนะนำแก่

ผู้ดูแล พร้อมทั้งการตรวจสุขภาพ วัดความดัน คัดกรองเบาหวาน และประสานการดูแลกับ อปท. รพ.สต. และหน่วยงานอื่นๆกรณีที่ 3 มีผู้ดูแล แต่ปล่อยปละละเลยและไม่ยอมดูแล กรณีนี้ทาง อสม. จะเข้าไปดูแลแทน 7) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดย อปท. แบ่งเป็น 2 บทบาท ได้แก่ บทบาทหลัก คือ มอบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ จัดสวัสดิการสงเคราะห์และมอบสิ่งของต่างๆ จัดสรรงบประมาณจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ถามสารทุกข์สุขดิบ พร้อมให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และคำแนะนำต่างๆ บริการรถรับส่งไปโรงพยาบาล ตลอดจนประสานการช่วยเหลือแก่หน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) โรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น ส่วนบทบาทสนับสนุน คือ ให้การสนับสนุนงบประมาณหรือเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ 8) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยสถานบริการสุขภาพ คือ จะมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน เพื่อรับยาบำรุง ยาละลายไขมัน และยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพ และทำกายภาพบำบัด ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง ร่วมกับตรวจสุขภาพ วัดความดัน และให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งมอบสิ่งของ กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป รวมไปถึงการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย (แผนโบราณ)

ปัญหาหรือข้อจำกัดของการจัดการดูแลผู้สูงอายุ

เครือญาติมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด แม้ว่าจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความรัก ความหวังดีและเต็มใจ แต่ก็มีอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุก็คือ ขาดแคลนผู้ดูแล ความยากจน ขาดความรู้และขาดคุณภาพในการดูแล ในส่วนของเครือข่ายองค์การบริหารส่วนตำบล พยาบาลดูแลที่บ้าน และอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งต่างก็เป็นปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการดูแลที่ดีนั้นพบว่า อุปสรรคที่สำคัญ คือ อสม. หรือ อผส. เป็นคนเดียวกัน ความรู้และบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ส่วนพยาบาลก็ภาระงานที่มากเกินความจำเป็น และอาจทำให้เกิดการลดลงของคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพ รวมไปถึงระบบบริหารงานในองค์กรภาครัฐที่มีการแยกส่วนสุขภาพและสังคมออกจากกันอย่างชัดเจน และขาดแคลนบุคลากรด้านพัฒนาสังคม กลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้ง อปท. รพ. รพ. สต. ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา วัด โรงเรียน ครอบครัวและคนในชุมชน ได้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่บ้างแล้วในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากยังมีข้อจำกัด หรือช่องว่างในการดำเนินงานด้วยเหตุปัจจัยหลายประการ ดังต่อไปนี้

1. ช่องว่างในการดำเนินงานของกลุ่ม อปท. คือ ไม่มีแผนงานพัฒนาผู้สูงอายุเฉพาะด้านอย่างเด่นชัดอาทิ การดูแลระยะยาวและการจัดการสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและทั่วถึง และปัญหาการบริหารจัดการเรื่องเบี้ยยังชีพ ดังนั้น

จึงมีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพบุคลากร อาทิ การบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างและประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ทั้งชมรมผู้สูงอายุ อสม. และ รพ. สต.

2. ปัญหาในการดำเนินงานของสถานบริการทางสุขภาพทั้ง รพ. หรือ รพ. สต. ก็คือ บุคลากรไม่เพียงพอและขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่ อาทิ อสม.เจ้าหน้าที่ อปท. และปัญหาระบบให้บริการสุขภาพ คือ ขาดการทำงานเชิงรุกในพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง และไม่ลงลึกหรือจำเพาะเจาะจงในการดูแลด้านจิตใจหรือภาวะซึมเศร้าควบคู่กันไปด้วย ดังนั้น จึงมีความต้องการเพิ่มจำนวนบุคลากร และพัฒนาศักยภาพโดยอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ดูแล รวมทั้งประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ คือ ชมรมผู้สูงอายุและ อสม. เพื่อให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างครอบคลุม และสม่ำเสมอ

3. จุดอ่อนของชมรมผู้สูงอายุ ก็คือ บางแห่งไม่มีชมรมผู้สูงอายุ บางแห่งอยู่ระหว่างจัดตั้งใหม่ หรือถ้ามีก็ประสบปัญหาด้านต่างๆ ทั้งการจัดตั้งที่ซ้ำซ้อนระหว่าง รพ./รพ. สต. และ อปท. ไม่มีคณะกรรมการ ไม่มีกองทุน ขาดการประสานงาน/ประชาสัมพันธ์ ขาดการทำกิจกรรมที่หลากหลาย/ต่อเนื่อง ขาดแกนนำผู้สูงอายุในการขับเคลื่อน และขาดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนในเรื่องการจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ สถานที่ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ

4. กลุ่มจิตอาสา (อสม./ อผส.) ยังเข้าไม่ถึงการทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะไม่มีเวลาทำงานเนื่องจากสวมหมวกหลายใบ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดปัจจัยสนับสนุนการทำงาน ดังนั้น จึงมีความต้องการได้รับพัฒนาหรือเสริมศักยภาพการทำงานด้านต่างๆ อาทิ ค่าน้ำมันรถของเยี่ยม และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุเพื่อพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้นานที่สุด

5. บางชุมชนไม่มีองค์กรศาสนาและสถาบันการศึกษาในพื้นที่ กรณีที่มีก็ไม่มีบทบาทเด่นชัดเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากนัก ยกเว้นกิจกรรมศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และการศึกษาเด็กเยาวชน

6. ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ความเครียด ขาดเงิน/ขาดอุปกรณ์ในการดูแลของผู้ดูแล และขาดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของคนในชุมชน ดังนั้น จึงมีความต้องการให้มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและลงมือทำกิจกรรม ต้องการให้ อปท. รพ. สต. ประสานความร่วมมือในการทำงานต้องการได้รับการดูแลทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ และให้มีจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้แล้ว ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม คือ การกระทำหรือการละเว้นกระทำที่ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีทั้งที่เกิดจากการจงใจหรือไม่จงใจ ส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไม่เหมาะสมจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่

1. การทำร้ายร่างกาย (Physical Abuse) คือ การกระทำที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่กาย เจ็บปวด บาดแผล ความพิการ เช่น ผลักให้ล้ม หยิก เขย่าตัว กระแทกกระทั้น

2. การเพิกเฉยละเลย ทอดทิ้ง (Physical Neglect) คือ ผู้ดูแลไม่ดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ตามสมควร หรือสามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ตนเองได้อย่างเหมาะสม หรือจัดหาข้าวของเครื่องใช้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตได้ ไม่พามาหาหมอเมื่อเจ็บป่วย

3. การทำร้ายจิตใจ (Psychological Abuse) คือ การกระทำที่ทารุณจิตใจ เช่น ประชดประชัน กระทบกระเทียบเปรียบเปรย ด่าว่า ทำให้รู้สึกว่าไร้ค่า พูดลับหลัง อาจเป็นการกระทำด้วยวาจา (Verbal Abuse) หรือ อวจนะภาษาก็ได้ (Emotional Abuse) เช่น กิริยาปรายหางตา มองเหยียดหยาม ทำท่าเบื่อหน่ายรำคาญ เป็นต้น

4. การโกงเงินผู้สูงอายุ (Financial Exploitation) คือ การนำเงินผู้สูงอายุไปใช้อย่างไม่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ของตนเองหรือผู้อื่น แทนที่จะใช้เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุเอง เช่น ขอยืมเงินหรือขอเงินโดยไม่คืนการเอาทรัพย์สินของผู้สูงอายุไปจำนำหรือขายโดยไม่ได้รับความยินยอมพร้อมใจ

5. การละเมิดสิทธิมนุษยชน (Violation of Rights) คือ การกระทำที่เพิกเฉย ไม่เคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จำกัดอิสรภาพ ทำลายข้าวของทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ประจานให้ได้อายในที่สาธารณะ การไม่ถามความสมัครใจของผู้สูงอายุเพราะถือว่าแก่แล้ว ไม่มีสิทธิ์ ไม่มีเสียงเพราะชราภาพป่วยหรือพิการแล้วจึงไม่ต้องออกความเห็นก็ได้ เป็นต้น เมื่อลงลึกในสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การลดลงของผู้ดูแลในครอบครัว 2) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 3) ความต้องการการดูแลที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ 4) ปัญหาการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม จึงได้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายบูรณาการที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่างบ้านและศูนย์บริการ (Integrated Home-Service Center Model) บูรณาการบริการด้านกาย จิต ปัญญา และสังคมบนพื้นฐานของครอบครัว ชุมชน และผู้สูงอายุ ตลอดจนการบริหารจัดการที่ดีภายใต้ความสามารถของหน่วยงานและประชาชนในชุมชน

นอกจากนี้แล้วยังมีปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน พบว่า มีจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านครอบครัว คือ ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ

และมีปัญหาสภาพจิตใจผู้ดูแล/ครอบครัวหงุดหงิด เครียด เหนื่อย ท้อแท้ ไม่มีความรู้ในการดูแล ฐานะไม่ดี ขาดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ และไม่มีเวลาดูแลเพราะต้องทำงานหรือประกอบอาชีพ 2) ปัญหาด้านบุคลากร คือ ขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลโดยตรง อาทิ นักกายภาพบำบัด หรือนักพัฒนาสังคม 3) ปัญหาด้านงบประมาณ คือ ขาดงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์หรือสิ่งของที่จำเป็นต่างๆ 4) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ คือ การดูแลไม่ครอบคลุมและทั่วถึง ไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ความไม่สะดวกในการเดินทางไปพบแพทย์ รับบริการทางสุขภาพและรับเบี้ยผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ 5) ปัญหาด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ คือ ขาดเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ เช่น รถเข็น เตียงนอน ที่นอนลม กระดาษชำระ และผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

สรุปได้ว่า ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ อาจแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ระดับปัจเจกหรือปัญหาของตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น และความร่วมมือในการดูแล 2) ระดับครอบครัว/ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาความเครียด ขาดเงิน ขาดวัสดุอุปกรณ์ ขาดความรู้ ขาดคนดูแล และการดูแลที่ไม่เหมาะสม (ทำร้ายร่างกายและจิตใจ เพิกเฉย ทอดทิ้ง) 3) ระดับองค์กรเกี่ยวกับปัญหาการขาดบุคลากร บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดงบประมาณ/เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ขาดการบริหารจัดการที่ดี และขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่

การดูแลส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองในการที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะตอบสนองความต้องการต่างๆ ของตนเองและสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุทธ์ศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการที่สังคมมีจิตสานึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย อาจเรียกกระบวนการนี้ว่า การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (Health Promotion for All) คนทั้งมวลส่งเสริมสุขภาพ (All for Health Promotion) หรือคนทั้งมวลมีสุขภาพดี (Good Health for All)

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ยกระดับและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี (well-being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุขเพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Healthy People) เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี

สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนทางสังคมและการเมืองที่สำคัญในการพัฒนาหรือปฏิรูปสุขภาพที่เพิ่มทักษะความสามารถในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของปัจเจกบุคคลให้ดีขึ้น เพื่อควบคุมกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลให้เกิดจิตสำนึกและพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับครรลองชีวิตตนเองให้เข้ากับสภาวะสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ทั้งยังช่วยพัฒนาความสามารถของปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กร ชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่นำไปสู่การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ เป็นกระบวนการที่สอดคล้องปรัชญาประชาธิปไตยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุไทยต้องการมีอยู่ 2 อย่าง คือการมีสุขภาพดีและใช้ชีวิตกับลูกหลานอย่างมีความสุข การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องเน้นการดูแลแบบองค์รวม คือการส่งเสริมป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟู โดยควรเน้นให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมและงานป้องกันเป็นเรื่องสำคัญ และต้องทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากการรักษาพยาบาล โดยสามารถจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มงานดังนี้

1. งานพัฒนาสุขภาพกาย เน้นการทางานเพื่อสนับสนุนการออกกาลังกายอาหาร เช่น เรื่องอาหารการกินต้องให้เหมาะกับท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ การออกกา ลังกายต้องจัดให้เหมาะสมกับวัย เช่น ฟ้อนเจิง ภาคเหนือ โนราห์ ภาคใต้ ผู้จัดกิจกรรมต้องมีความรู้ถึงรูปแบบการออกกา ลังกายที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. งานพัฒนาสุขภาพจิต เน้นการรวมกลุ่ม ครอบครัว กิจกรรมทางศาสนาเป็นเรื่องสำคัญ ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุ 14,000 แห่งทั่วประเทศ ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทอย่างมากต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. งานพัฒนาสุขภาพทางสังคม เน้นการรวมกลุ่ม การสร้างเครือข่ายทางสังคมและยกย่องให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคมและมีจิตอาสา ฯลฯ

4. งานพัฒนาสุขภาพทางปัญญา เน้นการศึกษาต่อเนื่อง การศึกษาตามอัธยาศัย ศาสนธรรม ชมรมและเศรษฐกิจพอเพียง

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยในภาพรวม เช่นให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปควรได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ฟรี โดยให้สานักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้สนับสนุน และในการฟื้นฟูสุขภาพ ในการจัดหาผลิตภัณฑ์ให้กับผู้สูงอายุ ควรใช้ผลิตภัณฑ์ภายในประเทศ และจัดงานบริการให้สามารถปฏิบัติได้ภายในครอบครัวและชุมชนตามที่องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ปี พ.ศ. 2529 ซึ่งที่ประชุมได้ประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” สาระสำคัญประกอบด้วยกลยุทธ์และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ3 ประการไว้ดังนี้ คือ 1) การชี้นำด้านสุขภาพ (Advocacy) เป็นมิติที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่างๆทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา สามารถมีผลทั้งสนับสนุนและทางบั่นทอนต่อสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมุ่งที่จะช่วยให้เงื่อนไขเหล่านี้เป็นไปในทางสนับสนุนโดยการชี้นำเรื่องสุขภาพ 2) การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้ทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ การเสริมสุขภาพมุ่งไปที่การบรรลุความเสมอภาคทางสุขภาพ การกระทาเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดข้อแตกต่างทางสภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และสร้างความมั่นใจว่าทุกคนมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ที่เท่าเทียม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะการดารงชีวิต และโอกาสต่างๆ ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ถูกสุขลักษณะ 3) การไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกิจกรรมอันเกิดจากความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล องค์กรภาคอาสาสมัคร รวมถึงบุคคลด้านสุขภาพมีหน้าที่หลักเป็นตัวกลางด้านสุขภาพไกล่เกลี่ยกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ

ปัจจุบันสังคมไทยก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ คา ว่าสูงอายุหมายถึงการมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2563 ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงแวดวงของการสาธารณสุขเท่านั้นไม่เพียงพอ การรวมเครือข่ายของผู้ที่ดา เนินการด้านผู้สูงอายุและทำงานร่วมกันแบบบูรณาการนับเป็นมิติที่ดีของการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อวางระบบที่ดีในการรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคต ดังนั้น การช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดีต้องดูแลในทุกมิติพร้อมๆ กัน การลดการพึ่งพา ซึ่งนโยบายของภาครัฐ ต้องนำไปสู่เป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สามารถค้นพบโรคและให้การรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีที่เรียกว่า “อยู่สบาย ตายสะดวก” และสุดท้ายเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง “Self care & self wisdom” กล่าวโดยสรุป คือ มิติของการดูแลผู้สูงวัย คือการดูแลสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้หลักการ “ห้าประสานเพื่องานผู้สูงอายุ” โดยบูรณาการทั้งสุขภาพกาย จิต และสังคมไปพร้อมๆกัน

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

สมาคมการแพทย์แบบองค์รวมของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวม 2 แบบ ดังนี้

1. สุขภาพแบบองค์รวม คือทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่าง ร่างกาย และจิตใจ หรือร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ หรือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เมื่อนาไปประยุกต์ใช้กับการรักษาจะเรียกว่าการรักษาแบบองค์รวม (Holistic Medicine)

2. สุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก เป็นการเปลี่ยนการรักษาจากการแพทย์แผนปัจจุบันและใช้การรักษาแบบทางเลือกดังนั้นสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นปรัชญาของการมีสุขภาวะที่ดี โดยพิจารณาถึงทุกๆ องค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิกิริยาความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิกิริยาความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาวะที่ดีที่สุด

สำหรับคำจากัดความของสุขภาพแบบองค์รวมของไทย ตาม (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ระบุไว้ว่า เป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาวะทั้ง 4 ด้านนี้ เกี่ยวเนื่อง เชื่อมโยง สัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อกันเป็นหนึ่งเดียว ประกอบรวมกันเป็น "สุขภาพองค์รวม" ที่มิอาจแยกจากกัน การจะ "สร้างเสริมสุขภาพ" ไม่ได้หมายถึงการป้องกันความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงการพัฒนาในด้านต่างๆ นี้ ให้ครบถ้วนรอบด้าน และสอดคล้องส่งผลเกื้อกูลกัน

สถานการณ์ด้านโรคไม่ติดต่อในปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้นและแพร่กระจายมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการตายด้วยโรคหัวใจ อุบัติเหตุ การเป็นพิษ และมะเร็ง เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดและรองมาตามลำดับของประเทศไทย อีกทั้งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โรคดังกล่าวมักเป็นผลเนื่องมาจากการดำเนินชีวิตและการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ขาดความสนใจและละเลยต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกาลังกายที่เหมาะสมเป็นต้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การที่จะมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนและสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น ต้องนำเอาหลักการสุขภาพองค์รวมหรือการบูรณาการมาแก้ปัญหา ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการปฏิรูปแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่หันมาเน้นเรื่องสุขภาพแบบบูรณาการ โดยมองว่าสุขภาพมิใช่เป็นเพียงการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพเท่านั้น แต่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพโดยถ้วนหน้ากันอันจะก่อให้เกิดสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจ

และสังคม ซึ่งเป็นการบูรณาการเชื่อมโยงวิถีชีวิตที่มีสติปัญญากับปัจจัยทั้งด้านชีวภาพจิตใจ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองสังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างแนบแน่นนั่นเอง

แนวคิดสุขภาพแบบบูรณาการเน้นให้ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง ด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะและสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ได้เรียกร้อง ให้ทุกส่วนของสังคมได้หันมามุ่งเอาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นตัวตั้งในการพัฒนาประเทศ มิใช่มุ่งแต่เพียงเป้าหมายทางวัตถุและโภคทรัพย์และละเลยผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมดังที่เคยปฏิบัติมาในอดีต แนวคิดสุขภาพแบบบูรณาการ ไม่เพียงแต่จะเน้นว่าต้องหาทางถ่ายทอดเทคโนโลยีสมัยใหม่ให้ประชาชนนา ไปประยุกต์ปฏิบัติด้วยตนเองเท่านั้นแต่ยังได้ใส่ใจต่อการวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนอีกด้วย สุขภาพตามแนวคิด “ระบบสุขภาพแบบบูรณาการ” จึงเป็นเรื่องของการบริหารจัดการให้มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทุกองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความสุขกายสบายใจ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพแบบบูรณาการ จะเน้นถึงการมีสุขภาวะ (Well-Being) คือการมีสุขภาพดี มีความรู้สึกเป็นสุข ความสมดุล ความเป็นองค์รวมของ 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ ที่บูรณาการอยู่ในการพัฒนามนุษย์และสังคม เพื่อสร้าง “ความอยู่เย็นเป็นสุข” การมีสุขภาวะนั้นจะเน้นใน 4 มิติดังนี้คือ

1. สุขภาวะทางจิตใจ (Mental Health) หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่มีความเครียด มีสติสัมปชัญญะ และความคิดอ่านตามควรแก่อายุ หรือกล่าวได้ว่าจิตใจเป็นตัวเชื่อมระหว่างภายในและภายนอกตัวอย่างเช่น การทา สมาธิ เทคนิคการ Deep Relaxations เพื่อเป็นการเพิ่มสมาธิและช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ การทำสมาธิและการใช้น้า มันสมุนไพร Mass therapy และการกดจุด ซึ่งเป็นการทำให้มีการเคลื่อนไหวของพลังงานภายใน

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย (Physical Health) หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยในการแพทย์แบบองค์รวมจะเน้นไปที่การคลายความตึงของกล้ามเนื้อโดยการถ่ายทอดพลังงานผ่านทางการนวด ได้แก่ วารีบำบัด การพอกหน้าด้วยผักและโคลนพอก การบำบัดโดยการสัมผัส (Touch Therapy)

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม (Social Health) หมายถึง ความสามารถในการอยู่ร่วมกันในสังคม มีความสุข มีความสัมพันธ์ที่ดี (เป็นมิตรและเกื้อกูล) ต่อผู้อื่น ต่อครอบครัว ต่อชุมชน ต่อสังคม มีระบบการบริการที่ดี

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) เป็นความสุขที่เกิดจากการเข้าใจธรรมชาติ เข้าใจความจริงแห่งชีวิตและสรรพสิ่ง จนเกิดความรอบรู้ มีปัญญา เข้าใจความจริงของโลก

และชีวิต มีความมั่นคงทางจิตใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2557) ทำการวิจัยการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุตามแนวคิดทางพระพุทธศาสนา ได้ศึกษาสภาพการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบประเด็น ปัญหาผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ประเด็นปัญหาทั้ง สองอย่างล้วนส่งผลก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมตามมา พัฒนาการแนวคิดทางพระพุทธศาสนาที่มีต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พบว่าการที่จะดูแลสุขภาพให้ ครอบคลุมแบบองค์รวมได้นั้นการควบคุมร่างกายและจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็น สิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยแนวคิดทางพระพุทธศาสนากล่าวถึงองค์รวมในการดำเนินชีวิตที่ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือด้านความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านภาวะจิตและ ด้านปัญญา องค์รวม 3 ด้านดังกล่าวจึงมีชื่อว่า ไตรสิกขา สาหรับการประยุกต์แนวคิด ทางพระพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุสู่การดำเนินชีวิตที่ดี งามได้นั้น หลักไตรสิกขาเป็นหลักการ ถูกนำไปใช้พัฒนาในด้าน 4 ด้าน คือ หลัก ภาวนา 4 โดยบุคคลที่ประยุกต์ หลักภาวนา 4 ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์จากการ พัฒนาทั้ง 4 ด้าน คือความสุข เพราะเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

วาสนา สิทธิกัน (2560) ได้ทำการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนา ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ศึกษาจากจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 302 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,869 คน คำนวณโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน่ การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Binary Logistic Regressionผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.26 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมด้านอาหาร ออกกา ลังกายและอารมณ์ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.83 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ดี ได้แก่ (1) ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06 - 3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15 - 25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ (2) ผู้มีเครือข่ายทางสังคมระดับปานกลาง (Adjusted OR 1.23, 95% CI 1.54 - 2.81) และผู้มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง

(Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45 - 2.75) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ (3) ผู้ที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีอาชีพ (Adjusted OR 0.13, 95% CI 0.03 - 0.60)

สรุปความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เครือข่ายทางสังคมและอาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรมีการพัฒนาทักษะและให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมหรือชมรมเพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย

จิตรา ดุษฎีเมธา และคณะ (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมนันทนาการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมนันทนาการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมนันทนาการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการผลักดันให้ชุมชนได้มีการนำโปรแกรมนันทนาการบำบัดไปประยุกต์ใช้ได้อย่างยั่งยืน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนปิ่นเจริญ เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความสุขภายในตนเอง แบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 5 ด้าน รวม จำนวน 25 ข้อคาถาม มีค่าความเชื่อมั่นแต่ละด้าน อยู่ระหว่าง .756 - .933 สถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ทดสอบความแปรปรวนพหุนาม (Multivariate Analysis of Variances :MANOVA) ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการระดมสมอง กับบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมนันทนาการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ ใช้กิจกรรมการบริหารกายและกิจกรรมศิลปหัตถกรรมเป็นหลักในการออกแบบโปรแกรม ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การออกกาลังกายเท้าด้วยหนังสือพิมพ์ 2) การก่อร่างสร้างตัว 3) การแกะรอยพิมพ์ ชิ้นงานสร้างสรรค์ 4) แต่งแต้มสร้างสรรค์ผลงาน 5) ปลูกรัก ปลูกความสุข สร้างโลกสดใส 6) ศิลปินแห่งจินตนาการ 7) ภาพนี้หรือคือใครกัน 8) กรอบรูปนี้ของฉัน 9) สานสร้างกรอบรูป 10) ปลูกชีวิต จุดสร้างพลังชีวิตใหม่

2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการบำบัด กลุ่มทดลอง มีคะแนนความสุขของผู้สูงอายุในภาพรวม และรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและความสัมพันธ์ ด้านการคิดเชิงบวก ด้านพลังชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการบำบัด กลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขของผู้สูงอายุในภาพรวม และรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและความสัมพันธ์ ด้านการคิดเชิงบวก สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการบาบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการผลักดันให้ชุมชนได้มีการนำโปรแกรมนันทนาการบำบัดไปประยุกต์ใช้ได้อย่างยั่งยืน พบว่า ประกอบไปด้วย 3 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1) เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความสำคัญของกิจกรรมนันทนาการและนันทนาการบำบัดในชุมชน ยุทธศาสตร์ที่ 2) พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้เป็นผู้นำนันทนาการบำบัดในชุมชนและ ยุทธศาสตร์ที่ 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนกับนันทนาการตามบริบทของชุมชน ซึ่งแต่ละยุทธศาสตร์ ควรที่จะดำเนินการไปพร้อมกัน

วริยา จันทร์ขำ และคณะ (2558) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในชุมชน โดยใช้เครื่องมือการ ประเมินชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วนเก็บรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาฐานคิด วิเคราะห์ทุนสังคมและศักยภาพ และวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างชุมชนจัดการตนเองขององค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี วิธีการ ศึกษาจากแหล่งข้อมูล 1) ศึกษาจาก เอกสารข้อมูลตำบล รายงานประจำปี โครงการ แผนงานโครงการของตำบล 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้บริหาร แกนนำ ท้องถิ่น ท้องที่ ประชาชน หน่วยงานภาครัฐ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 105 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้กระบวนการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบเรื่องราว วิเคราะห์แบบตารางเปรียบเทียบ มีการตรวจสอบ ข้อมูลแบบสามเส้า ผลการศึกษา พบว่า

1) ฐานคิด ทุนสังคม และศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสร้างชุมชน จัดการตนเอง คือ การมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ แก้ไขปัญหา โดยใช้ภาคีเครือข่าย สร้างความมีจิตสาธารณะ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะชุมชนจัดระบบบริการสุขภาพ จัดตั้งกองทุน/สวัสดิการ และนำใช้ข้อมูลตำบลมาพัฒนางานอย่างเป็นระบบ

2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ใช้ระบบ ฐานข้อมูลตำบล บูรณาการทุนและศักยภาพทางสังคมภายในและภายนอกพื้นที่ เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาพความเป็นอยู่และการพึ่งพาตนเอง ดูแลผู้ที่ จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ โดยเน้น 4 มิติ คือ 1) การดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term care) 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้าน การเรียนรู้สัมมาอาชีพ 3) การเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุ และ 4) การจัด สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

พระครูปริยัติคณานุรักษ์ และคณะ (2560) ได้ทำวิจัยการบูรณาการกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ 2) เพื่อบูรณาการหลักพุทธธรรมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ 3) เพื่อวิเคราะห์การบูรณาการกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ ผลจากการศึกษาพบว่า สังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด สำหรับในพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษ มีทั้งหมด 22 อำเภอ มีผู้สูงอายุภาพรวมร้อยละ 13.48 ผู้สูงวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกาย การเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และความพิการ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ครอบครัว การสูญเสียรายได้ ทำให้ผู้สูงวัยเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาวแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบและบูรณาการจากครอบครัว ชุมชน รวมถึงหน่วยงานภาครัฐ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข และสร้างคุณประโยชน์แก่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพและยาวนานที่สุด การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงหมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีความสุข การกินดีอยู่ดี มีเศรษฐกิจที่มั่นคง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ และมีการดำเนินชีวิตในสภาพความเป็นอยู่ที่ดีได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีองค์ประกอบของผู้สูงอายุ 5 ด้าน กล่าวคือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 5) ด้านความมั่นคงในชีวิต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการของสมาชิกในครอบครัวในองค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนานวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลแบบองค์รวมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อฟื้นฟูสภาพจิต กาย อารมณ์ สังคม ของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลแบบองค์รวมของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อสภาวะจิต กาย อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ 3) เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวชุมชนองค์การบริหารตำบลนาวุ้งที่มีต่อการฟื้นฟูสภาวะจิต กาย อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และองค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนานวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน
2. กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน
3. กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้ง ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง

ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง ของจิตรา ดุษฎีเมธา และคณะ. (2560) ในงานวิจัยการพัฒนาโปรแกรมนันทนาการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93

ลักษณะของแบบประเมิน

แบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเองนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ จิตใจ ร่างกาย อารมณ์ และสังคม ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เลยถึงมากที่สุด

ระยะเวลาการทำแบบประเมิน

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง 10-20 นาที

ข้อคำถามในแบบประเมิน

ข้อคำถามในแต่ละด้านของแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง มีดังนี้

ด้านร่างกาย	มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5
ด้านอารมณ์	มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 9, และ 10
ด้านสังคม	มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 12, 13, 14, และ 15
ด้านจิตใจ	มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16, 17, 18, 19, และ 20

2. โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ผู้วิจัยได้สำรวจข้อมูลเพื่อนำไปใช้พัฒนารูปแบบโดยการประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการประเมินบทบาทหน้าที่และศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับองค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง สถานบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน ครอบครัวและคนในชุมชน จำนวน 30 คน เพื่อนำไปใช้ในการทำคู่มือกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

สร้างแผนการจัดกิจกรรมด้วยคู่มือกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและเครื่องมือสำหรับวัดผลประเมินผล มีขั้นตอนดังนี้

1.ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างคู่มือกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและการวัดผลประเมินผล

2.วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคู่มือกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและการวัดผลประเมินผล

3.ร่างแผนการจัดกิจกรรมโดยใช้คู่มือกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและการสร้างเครื่องมือสำหรับวัดผลประเมินผล

4. นำแผนการจัดกิจกรรมด้วยคู่มือกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและเครื่องมือสำหรับวัดผลประเมินผลไปใช้กับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

3. แบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว

ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินความพึงพอใจขึ้นมาเอง เพื่อใช้ในการประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการจัดกิจกรรม ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร และด้านคุณภาพของการจัดกิจกรรม ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด มีทั้งหมด 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์แบบช่วงเท่าในการกำหนดระดับของความพึงพอใจ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21 – 5.00 หมายความว่า ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 – 4.20 หมายความว่า ระดับมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61 – 3.40 หมายความว่า ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81 – 2.60 หมายความว่า ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.80 หมายความว่า ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

1. ประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Pretest)

2. ดำเนินการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ เวลา 16.00-18.00 น. รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง

3. ประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การศึกษาผลของนวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดำเนินการดังนี้
   เปรียบเทียบผลการประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ด้วยการทดสอบค่าที (t-test independent sample) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543)
2. การศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ดำเนินการดังนี้
   2.1 หาค่าการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ
   2.2 หาค่าเฉลี่ย (Mean)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการของสมาชิกในครอบครัวในองค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี มีผลการวิเคราะห์ และการแปลความหมายของข้อมูล ผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลของการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลจากการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเองก่อนและหลัง

การใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 คน

ส่วนที่ 3 การศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง จำนวน 30 คน

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้กำหนดสัญลักษณ์แทนค่าสถิติดังนี้

$\bar{x}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
t	แทน	ค่าสถิติการทดสอบ t-test
P	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิต

ส่วนที่ 1 ผลของการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

จากการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง สถานบริการสุขภาพ และคนในชุมชน จำนวน 30 คน ผลคือได้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม 1 โปรแกรม โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 1 และ 2

ตาราง 1 *ตารางการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	เทคนิค/วิธีการ	สิ่งที่ต้องการพัฒนา
1	**เริ่มต้นสัมพันธภาพ**	1. เพื่อให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคยกันระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว 2. เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีและเป็นกันเองภายในกลุ่ม 3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจจุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการ ในการเข้าร่วมกิจกรรม	กิจกรรมบูรณาการ	พัฒนาการทางด้านจิตใจและสังคม
2	**ข้อดีฉันมีอยู่**	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเอง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง	กิจกรรมบูรณาการ	พัฒนาการทางด้านจิตใจร่างกายและสังคม
3	**ปฏิทินมีชีวิต**	เพื่อให้ผู้สูงอายุ รับรู้วันเวลาและสถานที่ และกระตุ้นความจำ	กิจกรรมบูรณาการ	พัฒนาการทางด้านร่างกาย และสังคม
4	**ใจเขาใจเรา**	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการสื่อสารทั้งในรูปแบบที่เป็นคำพูดและท่าทาง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุลดลักษณะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง	กิจกรรมบูรณาการ	พัฒนาการทางด้านร่างกายและสังคม

ตาราง 1 *ตารางการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ต่อ)*

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	จุดประสงค์	เทคนิค/วิธีการ	สิ่งที่ต้องการพัฒนา
5	**สร้างสรรค์ผลงาน**	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุพัฒนาการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุพัฒนาความคิดสร้างสรรค์	กิจกรรมบูรณาการ	พัฒนาการทางด้านจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ และสังคม
6	**ภาพสะท้อน**	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดี หรือความภูมิใจในอดีต 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้จินตนาการเพื่อความเพลิดเพลินในยามว่าง	กิจกรรมบูรณาการ	พัฒนาการทางด้านจิตใจและอารมณ์
7	**ปรับวิธีคิดพิชิตความเครียด**	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการคิดเชิงบวก 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการคิดแบบสร้างสรรค์	กิจกรรมบูรณาการ	พัฒนาการทางด้านจิตใจ ร่างกาย และอารมณ์
8	**สร้างพลังชีวิตใหม่**	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ได้แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวได้สรุปผลของการเข้าร่วมกิจกรรม 3.เพื่อให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว สามารถนำผลที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตต่อไป	กิจกรรมบูรณาการ	พัฒนาการทางด้านจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ และสังคม

ตาราง 2 *ตารางกำหนดการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*

การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมมีทั้งหมด จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ทุกวันศุกร์ เวลา 16.00 – 18.00 น. ณ องค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง ช่วงเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมทั้ง 8 ครั้ง มีดังนี้

ครั้งที่	กิจกรรม	คุณลักษณะ	วัน/เดือน/ปี
1	เริ่มต้นสัมพันธภาพ	เพื่อให้ทำความรู้จักและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน	5 ตุลาคม 2561
2	ข้อดีฉันมีอยู่	เพื่อให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง	12 ตุลาคม 2561
3	ปฏิทินมีชีวิต	เพื่อให้ผู้สูงอายุ รับรู้วันเวลาและสถานที่ และกระตุ้นความจำ	19 ตุลาคม 2561
4	ใจเขาใจเรา	เพื่อให้ผู้สูงอายุลดลักษณะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางและฝึกการสื่อสาร	26 ตุลาคม 2561
5	สร้างสรรค์ผลงาน	เพื่อให้พัฒนาการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และพัฒนาความคิดสร้างสรรค์	2 พฤศจิกายน 2561
6	ภาพสะท้อน	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดี หรือความภูมิใจในอดีต และใช้จินตนาการ	9 พฤศจิกายน 2561

7	ปรับวิธีคิดพิชิตความเครียด	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการคิดเชิงบวก และได้ฝึกการคิดแบบสร้างสรรค์	16 พฤศจิกายน 2561
8	สร้างพลังชีวิตใหม่	สามารถนำผลที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปใช้ในชีวิต	23 พฤศจิกายน 2561

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลจากการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

2.1 ผลจากการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเองก่อนการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 คน

ตาราง 3 *ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง ก่อนการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว (N=30)*

การรับรู้ความสุขภายในตนเอง		$\bar{x}$	SD
ด้านร่างกาย	ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5	2.78	4.77
ด้านอารมณ์	ข้อ 6, 7, 8, 9, และ 10	3.36	4.61
ด้านสังคม	ข้อ 11, 12, 13, 14, และ 15	3.84	4.32
ด้านจิตใจ	ข้อ 16, 17, 18, 19, และ 20	2.51	4.45
รวมทั้งหมด		**3.12**	**4.58**

จากข้อมูลตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 คน มีการรับรู้ความสุขภายในตนเอง ก่อนการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.58 โดยในเรื่องการรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.77 การรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.61 การรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.32 และสุดท้ายการรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.45

2.2 ผลจากการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเองหลังการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 คน

ตาราง 4 *ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง <u>หลัง</u>การใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว (N=30)*

การรับรู้ความสุขภายในตนเอง		$\bar{x}$	SD
ด้านร่างกาย	ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5	4.47	4.69
ด้านอารมณ์	ข้อ 6, 7, 8, 9, และ 10	4.82	4.53
ด้านสังคม	ข้อ 11, 12, 13, 14, และ 15	4.71	4.72
ด้านจิตใจ	ข้อ 16, 17, 18, 19, และ 20	4.39	4.84
รวมทั้งหมด		**4.59**	**4.56**

จากข้อมูลตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 คน มีการรับรู้ความสุขภายในตนเอง หลังการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.56 โดยในเรื่องการรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.69 การรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.53 การรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.72 และสุดท้ายการรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.84

2.3 การเปรียบเทียบผลจากการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 คน

ตาราง 5 *การเปรียบเทียบผลจากการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง<u>ก่อนและหลัง</u>การใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว (N=30)*

ก่อนการใช้โปรแกรม		**หลังการใช้โปรแกรม**		**t**	***p***
$\bar{x}$	**SD**	$\bar{x}$	**SD**		

การรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านร่างกาย					
2.78	4.77	4.47	4.69	4.35	.05
การรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านอารมณ์					
3.36	4.61	4.82	4.53	6.59	.01
การรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านสังคม					
3.84	4.32	4.71	4.72	7.22	.01
การรับรู้ความสุขภายในตนเองด้านจิตใจ					
2.51	4.45	4.39	4.84	4.82	.05
รวมทั้งหมด					
3.12	**4.58**	**4.59**	**4.56**	**6.94**	**.001**

จากข้อมูลตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 คน หลังจากเมื่อใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีการรับรู้ความสุขภายในตนเองแตกต่างกันกับเมื่อก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ความสุขภายในตนเองในแต่ละด้านพบว่า หลังจากผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีการรับรู้ความสุขภายในตนเองทางด้านร่างกาย สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 และ 4.47 ตามลำดับ มีการรับรู้ความสุขภายในตนเองทางด้านอารมณ์ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และ 4.82 ตามลำดับ มีการรับรู้ความสุขภายในตนเองทางด้านสังคม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 และ 4.71 ตามลำดับ และมีการรับรู้ความสุขภายในตนเองทางด้านจิตใจ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 และ 4.39 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง จำนวน 30 คน

ตาราง 6 *ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (N=30)*

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
ด้านกระบวนการและขั้นตอนการจัดกิจกรรม	**4.52**	**มากที่สุด**
1. มีขั้นตอนการจัดกิจกรรมตรงกบวัตถุประสงค์	4.21	มากที่สุด
2. ขั้นตอนการจัดกิจกรรมหรือการให้บริการมีความยืดหยุ่น สามารถปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ได้	4.49	มากที่สุด
3. ได้รับความรู้หรือประโยชน์จากกระบวนการจัดกิจกรรมทุกขั้นตอน	4.86	มากที่สุด
ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร	**4.56**	**มากที่สุด**
1. ความเหมาะสมในการแต่งกาย/บุคลิก/ท่าทาง	4.36	มากที่สุด
2. บริการด้วยความสุภาพ และมีความกระตือรือร้น	4.79	มากที่สุด
3. ความรู้ความสามารถในการบริการเช่น การตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัย และการให้คำแนะนำ	4.52	มากที่สุด
ด้านคุณภาพของการจัดกิจกรรม	**4.63**	**มากที่สุด**
1. ได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือได้รับบริการอย่างประทับใจ	4.84	มากที่สุด
2. ได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือได้รับบริการตรงตามความต้องการ	4.27	มากที่สุด
3. ได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือได้รับบริการที่เป็นประโยชน์	4.77	มากที่สุด
4. สามารถนำความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปใช้ในชีวิตได้	4.65	มากที่สุด
รวมทั้งหมด	**4.57**	**มากที่สุด**

จากตาราง 6 ผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.57) โดยด้านกระบวนการและขั้นตอนการจัดกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (4.52) ในด้านด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (4.56) และในด้านคุณภาพของการจัดกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (4.63)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการของสมาชิกในครอบครัวในองค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนานวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลแบบองค์รวมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อฟื้นฟูสภาพจิต กาย อารมณ์ สังคม ของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลแบบองค์รวมของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อสภาวะจิต กาย อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ 3) เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวชุมชนองค์การบริหารตำบลนาวุ้งที่มีต่อการฟื้นฟูสภาวะจิต กาย อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ

ประชากรในการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) กลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนานวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน 2) กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมได้แก่ ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 คน 3) กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้ง ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเอง โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (*t*-test independent sample)

สรุปผลการวิจัย

1.ผลของการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

จากการสัมภาษณ์และศึกษาความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งสิ้น 30 คนพบว่า สภาพปัญหาและสาเหตุของความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุมีดังนี้

-ปัญหาเรื่องสุขภาพร่างกาย

-การเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกาย

-ไม่มีคนดูแลเอาใจใส่ ลูกหลานไม่เข้าใจ อยู่บ้านลำพัง

-อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ยากต่อการปรับตัว

-ไม่มีความมั่นใจในตนเอง

-ค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ อยากได้สวัสดิการของรัฐ

การดูแลผู้สูงอายุจึงควรให้การช่วยเหลือที่ครอบคลุมและบูรณาการ กล่าวคือ จะต้องมีการดูแลสุขภาพ การดูแลทางด้านจิตใจ และสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว มีครอบครัวอบอุ่นทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

การพัฒนาเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดกรอบแนวคิดทฤษฎีและนำเทคนิคที่มุ่งเน้นการจัดการและแก้ไขปัญหาได้ ปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยใช้วิธีการผสมผสานแบบบูรณาการ (Assimilative integration) และได้คู่มือในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการ โดยเน้นความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 8 กิจกรรมประกอบไปด้วย 4 ด้านดังนี้

1. ด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ มีความรู้สึกของตนว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่า มีความสามารถมีความสำคัญประสบผลสำเร็จตลอดจนการมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง

2. ด้านร่างกาย เช่น การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกายการมองเห็นการได้ยิน ปัญหาการกินจุหิวบ่อยและการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

3. ด้านอารมณ์ เช่น การจัดการอารมณ์ การเสริมสร้างการมีชีวิตชีวาทางอารมณ์ การมีทัศนคติทางบวกต่อการเป็นผู้สูงอายุ การเห็นคุณค่าในตนเอง

4. ด้านสังคม เช่น การเสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมที่เกิดประโยชน์โดยอาศัยความรู้ประสบการณ์ที่เป็นภูมิปัญญา

2. ผลของโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ผลของโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เปรียบเทียบจากผลของการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุ

แบบองค์รวมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 คน พบว่ามีการรับรู้ความสุขภายในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยหลังจากผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมแล้ว การรับรู้ความสุขภายในตนเองสูงกว่าเมื่อก่อนใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

3. ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้ง

การศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้ง ศึกษาจากผลของแบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน พบว่ามีความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้งในระดับมากที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้งมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาความต้องการและการพัฒนาเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการ โดยได้เริ่มศึกษาตั้งแต่การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสุขภาพร่างกาย การเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกาย ไม่มีคนดูแลเอาใจใส่ ลูกหลานไม่เข้าใจ อยู่บ้านลำพัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ยากต่อการปรับตัว ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ และอยากได้สวัสดิการของรัฐ ในส่วนของการดูแลนั้นมีการวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมกล่าวคือ ดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ตลอดจนจิตใจและจิตวิญญาณของสูงอายุด้วย

สำหรับในการพัฒนาคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการ จะเน้นการดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ตลอดจนจิตใจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมการปรึกษาแบบกลุ่มและครอบครัวบำบัด ที่เน้นในเรื่องของการให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ มีความรู้สึกของตนว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่า มีความสามารถมีความสำคัญประสบผลสำเร็จตลอดจนการมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกาย การมองเห็น การได้ยิน การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การจัดการอารมณ์ การเสริมสร้างการมีชีวิตชีวาทางอารมณ์ การมีทัศนคติทางบวกต่อการเป็นผู้สูงอายุ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความปลอดภัย มีครอบครัว

อบอุ่น มีชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่ดี ตลอดจนมีความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้เกิดความสุขในบั้นปลายชีวิต และมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตลอดไป ซึ่งสอดคล้องกับ จิตรา ดุษฎีเมธา และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมนันทนาการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยมีโปรแกรมนันทนาการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ ใช้กิจกรรมการบริหารกายและกิจกรรมศิลปหัตถกรรมเป็นหลักในการออกแบบโปรแกรม ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การออกกาลังกายเท้าด้วยหนังสือพิมพ์ 2) การก่อร่างสร้างตัว 3) การแกะรอยพิมพ์ ชิ้นงานสร้างสรรค์ 4) แต่งแต้มสร้างสรรค์ผลงาน 5) ปลูกรัก ปลูกความสุข สร้างโลกสดใส 6) ศิลปินแห่งจินตนาการ 7) ภาพนี้หรือคือใครกัน 8) กรอบรูปนี้ของฉัน 9) สานสร้างกรอบรูป 10) ปลูกชีวิต จุดสร้างพลังชีวิตใหม่ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการบำบัด กลุ่มทดลอง มีคะแนนความสุขของผู้สูงอายุในภาพรวม และรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและความสัมพันธ์ ด้านการคิดเชิงบวก ด้านพลังชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับผลของโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมนั้น ดูได้จากการเปรียบเทียบจากผลของการทำแบบประเมินการรับรู้ความสุขภายในตนเองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวได้ใช้โปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมครบทั้ง 8 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์แล้ว ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้ความสุขภายในตนเองดีขึ้น นั่นหมายรวมถึงการมีสภาพร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตใจที่ดีขึ้นด้วย

ในส่วนของการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้ง ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากการประเมินความพึงพอใจในแต่ละด้านของแบบประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้งนั้น มีระดับความความพึงพอใจมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารตำบลนาวุ้งมีประสิทธิภาพมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

การดูแลผู้สูงอายุ เป็นบทบาทภาระของผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและช่วยแบ่งเบาภาระและผลกระทบของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

การพัฒนาคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการ เป็นการดูแลผู้สูงอายุทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ให้การดูแลผู้สูงอายุจนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่วนวิธีการบำบัด

ด้วยการใช้กิจกรรมการปรึกษาแบบกลุ่มและครอบครัวบำบัดนั้น จะเน้นพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญาและจิตใจ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากการใช้คู่มือในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้กิจกรรมบูรณาการครบแล้ว ย่อมจะมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมกิจกรรมบูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างจากงานวิจัยชิ้นนี้ เพื่อทดสอบคุณภาพของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น

ควรทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มศักยภาพกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง เพื่อนาผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าวต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นการส่งเสริมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งจะได้ข้อมูลที่ละเอียดในเชิงรุกมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

กุลชลี ภุมรินทร์. (2550). **ภาวะสุขภาพจิตสมาชิกชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช.

กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิตรา ดุษฎีเมธา และคณะ. (2560). **การพัฒนาโปรแกรมนันทนาการบำบัดที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สานักเลขาธิการวุฒิสภา.

ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2557). **การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุตามแนวคิดทางพระพุทธศาสนา**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น.

พระครูปริยัติคณานุรักษ์ และคณะ. (2560). **ได้ทำวิจัยการบูรณาการกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ**. ศรีสะเกษ: วิทยาลัยสงฆ์ศรีสะเกษมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง)**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2559). **การพัฒนาผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ

วาสนา สิทธิกัน. (2560). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต , มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

วิภาพร สิทธิสาตร์ และสุชาดา สวนนุ่ม. (2550). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความ รับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก**. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช.

วริยา จันทร์ขำ และคณะ. (2558). **ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี**. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

สุภาภรณ์ เตโชวาณิชย์. (2546). **การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนเรศวร