



ความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริม
สุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์

**Health Service Needs and Health Service Patterns of the Elderly at Health
Promotion and Rehabilitation Center, Faculty of Nursing**

เจ้ายารีเยาะ เจะโ๊ะ

Jeayareeyoh Jeasoh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศาสตร์ผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์
ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้เขียน นางสาวเจ๊ะยารีเย๊ะ เจ๊ะโഴ๊ะ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ
(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลการวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
ทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวเจ๊ะยารีเย๊ะ เจ๊ะโഴ๊ะ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลการศึกษานี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวเจียริเย๊ะ เจะ โഴ๊ะ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์
ผู้เขียน	นางสาวเจียะยวีร์เหาะ เจาะโชะ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา	2555

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความต้องการการบริการแบบแผนการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ประชากรเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 73 ราย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา:

1. ความต้องการการบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.79$, $SD = 0.60$) และเมื่อจำแนกความต้องการบริการสุขภาพรายด้าน พบว่าด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.86$, 2.83 และ 2.73 ตามลำดับ) ส่วนความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.44$)

2. ความต้องการบริการสุขภาพสูงที่สุดห้าอันดับแรก ได้แก่ 1) เรื่องห้องน้ำที่ปลอดภัย 2) เรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม 3) มุมฝึกทักษะเพื่อการกระตุ้นความจำ 4) เรื่องการบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และ 5) เรื่องการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดยแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ($M = 3.38$, 3.31 , 3.12 , 2.94 และ 2.93 ตามลำดับ)

3. ความต้องการบริการสุขภาพต่ำที่สุดห้าอันดับแรก ได้แก่ 1) เรื่องการจัดกิจกรรมฝึกสมาธิ 2) เรื่องมีพระมาบรรยายธรรม 3) เรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ 4) เรื่องการจัดกิจกรรมเฉพาะให้ผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ และ 5) เรื่องการจัดให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน ($M = 2.36$, 2.41 , 2.41 , 2.42 และ 2.53 ตามลำดับ)

4. แบบแผนการบริการสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ต้องการการจัดสถานที่ที่ปลอดภัย 2) ต้องการ

ให้มีการช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทันทั่วทั้งที่ 3) ต้องการให้เพิ่มบริการด้านสุขภาพ และ
4) เพิ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการบริการสุขภาพให้กับสมาชิก
ผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก

Thesis Title	Health Service Needs and Health Service Patterns of the Elderly at Health Promotion and Rehabilitation Center, Faculty of Nursing.
Author	Miss Jeayareeyoh Jeasoh
Major Program	Nursing Science
Academic Year	2012

ABSTRACT

The purposes of this descriptive research were to describe the level of the health services needs and health service patterns of the Elderly at the Health Promotion and Rehabilitation Center, Faculty of Nursing. The target population was 73 elderly, aged over 60 years. The instrument was a questionnaire constructed by the researcher, which was tested for content validity by 3 experts, and for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of 0.92. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation. Content analysis was conducted to analyzed qualitative data.

The results showed that health services needs was at a high level ($M = 2.79$, $SD = 0.60$). The health service needs of physical, mental, and social was at a high level ($M = 2.86$, 2.83 and 2.73 respectively) and spiritual was at a moderate level ($M = 2.44$)

The health service needs of highest five level were: 1) a safe bathroom, 2) proper exercise, 3) space for stimulating brain function, 4) check-up blood sugar at least onec a year, and 5) knowledge of disease teaching by doctor at least two time a year ($M = 3.38$, 3.31 , 3.12 , 2.94 and 2.93 respectively).

The health service needs of lowest five level were: 1) meditation, 2) dhamma teaching by monks, 3) arobice exercise for elderly, 4) the specific activities for the frail elderly, and 5) the activities with the community ($M = 2.36$, 2.41 , 2.41 , 2.42 and 2.53 respectively).

The health service patterns of the frail elderly group were: 1) a safe place, 2) emergency service, 3) more health service, and 4) close attendance.

The findings of this study can be used to develop the health service of members of Elderly Health Promotion and Rehabilitation Center for needs of elderly.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณา และการช่วยเหลือที่ดีเยี่ยมจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์และที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึง คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อชี้แนะที่ดีเสมอมา รวมทั้ง กำลังใจที่มีให้ตลอดมา ผู้วิจัยผู้ศึกษาซึ่งในความกรุณา จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ เพื่อนำไปแก้ไข ปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา เพื่อนักศึกษาปริญญาโทปีการศึกษา 2553 ที่ให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสมาชิกผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การ สนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาวและครอบครัวอันเป็นที่รักที่คอย ห่วงใยเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมาจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เจ๊ะยารีเยาะ เจ๊ะโഴ๊ะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	5
ABSTRACT.....	7
กิตติกรรมประกาศ.....	8
สารบัญ.....	9
รายการตาราง.....	11
บทที่ 1 บทนำ.....	12
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	12
วัตถุประสงค์.....	14
คำถามการวิจัย.....	14
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	15
นิยามคำศัพท์.....	16
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	17
สถานการณ์การจัดบริการผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ.....	22
แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม.....	25
การบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม.....	26
ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	29
สถานการณ์การให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะ พยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์.....	30
สรุป.....	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรเป้าหมาย.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	37
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	38
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	41
ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกผู้สูงอายุ.....	41
ระดับความต้องการการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	46
แบบแผนการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	49
อภิปรายผล.....	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	69
บรรณานุกรม.....	70
ภาคผนวก.....	78
ก ประวัติของสมาชิกผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์.....	79
ข ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม.....	82
ค คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	83
ง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	84
จ ข้อมูลทั่วไปและความต้องการบริการสุขภาพ.....	94
ประวัติผู้เขียน.....	104

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของสมาชิกผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน แหล่งรายได้ รายได้/เดือน.....	41
2	จำนวนและร้อยละของปัญหาสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ.....	44
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการบริการสุขภาพของ สมาชิกผู้สูงอายุโดยรวม รายด้านทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และ ด้านจิตวิญญาณ.....	47
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการบริการสุขภาพที่ สูงที่สุดห้าอันดับแรก.....	47
5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการบริการสุขภาพที่ต่ำ ที่สุดห้าอันดับแรก.....	49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญประเทศไทยคือการที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดทำให้ประเทศไทยเข้าภาวะสูงอายุของประชากร (aging population) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้น 7 เท่าตัวคือประมาณ 7.6 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 และยังมีการคาดการณ์อีกว่าในอนาคตข้างหน้าปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคนหรือคิดเป็น 2 เท่าของประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 25 (ประมาณ 1 ใน 4) ของประชากรไทยทั้งประเทศ (วิพรรณ และศิริวรรณ, 2552) และเป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย โดยพบว่าในปี พ.ศ.2554 ผู้สูงอายุหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 81.9 ปี ผู้สูงอายุชายมีอายุขัยเฉลี่ย 79.4 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554)

การที่ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นด้วย แต่กลับพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลงของทุกระบบ ทำให้มีปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามมา ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องการการดูแลมากขึ้น จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ มีอัตราความชุกของภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย (สุทธิชัย , ชัยยศ, วิพุธ และไพบูลย์, 2542) โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ 5-10 เท่า (วิพรรณ, วรรณภา, ผ่องพรรณ, ประเสริฐ, วรเวศม์, ศศิพัฒน์ และคณะ, 2552) ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง และมีประวัติการหกล้ม เป็นต้น จะมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (อุทัยทิพย์, ปัทมา, ปราโมทย์, เยาวรัตน์ และวิชัย, 2552) ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง ที่พิเศษและมีความเฉพาะตามแต่ละวัย

การดูแลและการรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุเป็นนโยบายที่ทางรัฐจัดตั้งขึ้น การนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติจึงมีการปรับปรุงเป็นแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545- พ.ศ.2564) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

โดยมีวิสัยทัศน์ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและควรส่งเสริมให้ทรงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลได้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากภาครัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม มีแผนประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ด้านการส่งเสริมพัฒนาผู้สูงอายุ ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และด้านประมวลผลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนงาน ซึ่งยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 การส่งเสริมพัฒนาผู้สูงอายุ ได้มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น โดยการจัดบริการด้านสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว (คณิงนิจ, 2554)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ได้เห็นถึงความสำคัญถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจึงได้มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุขึ้นเพื่อให้การบริการสร้างเสริมสุขภาพและบรรเทาภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้เปิดบริการตั้งแต่วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2536 ซึ่งได้ดำเนินการเป็นระยะเวลา 18 ปีแล้ว มีการจัดกิจกรรมที่เน้นเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุมาตลอด ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วยการประเมินสุขภาพเบื้องต้นในช่วงเช้า กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมกลุ่มหรือวิชาการ กิจกรรมที่จัดโดยนักศึกษาที่ขึ้นมาฝึกปฏิบัติงาน เป็นต้น (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553) ทำให้สมาชิกมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน

ปัจจุบันสมาชิกศูนย์ฯ กลุ่มแรก ๆ นั้น บัดนี้มีอายุมากกว่า 70 ปี (สูงสุด 87 ปี) ทำให้พัฒนาการด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุมาก ๆ ต้องการการพึ่งพาจากบุคคลอื่นมากขึ้น อาจทำให้ไม่สามารถมารับบริการที่ศูนย์ฯ ได้อีก จนกลายเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก และเป็นภาระของสังคม อีกทั้งยังพบปัญหาด้านสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุได้บ่อยมากขึ้นด้วย เช่น การทรงตัวไม่คงที่ หน้ามืด วูบ มีอัมพฤกษ์ เหนื่อยง่าย หลงลืม การรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากพบว่า ร้อยละ 82.5 ของสมาชิกผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว (จากการศึกษานำร่องโดยผู้วิจัย 14-24 กุมภาพันธ์ 54)

การบริการสุขภาพที่ศูนย์ฯ จัดขึ้นเป็นบริการที่เน้นด้านร่างกายและด้านสังคมเป็นส่วนใหญ่ ในด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณยังมีการให้บริการที่น้อย และยังไม่มีการปรับเปลี่ยนแม้ว่าจะล่วงเลยมาเป็นเวลา 18 ปีแล้ว ผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นจนส่วนหนึ่งกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถ

ในการช่วยเหลือตนเองลดลงดังผลการศึกษานำร่องที่พบปัญหาสุขภาพดังกล่าว ทำให้การบริการสุขภาพที่ศูนย์ฯ จัดขึ้นแต่เดิมนั้นยังไม่ครอบคลุมองค์รวมของสมาชิกผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การบริการสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากบุคคลเป็นเดี่ยว ไม่สามารถเข้าใจแบบแยกส่วนได้ และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา (Dossey, 2001) การบริการพยาบาลแบบองค์รวมจะทำให้สมาชิกผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการบริการด้านสุขภาพที่ผ่านมา เป็นการบริการด้านสุขภาพตามแผนการให้บริการของทางคณะพยาบาลศาสตร์ฝ่ายเดียว ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือสมาชิกผู้สูงอายุยังไม่ได้มีโอกาสเสนอแนะความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่ควรจะเป็น ทำให้ไม่ทราบว่าบริการด้านสุขภาพที่ให้บริการอยู่นั้นสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกผู้สูงอายุในปัจจุบัน สอดคล้องแล้วหรือยัง อีกทั้งผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ นั้นอาจมีความต้องการการพึ่งพาเพิ่มขึ้น บางส่วนอาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ จากอาการหน้ามืด เป็นลม หกล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุขณะเข้ารับบริการที่ศูนย์ฯ ได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพของสมาชิกศูนย์ฯ เพื่อนำไปเสนอแนะปรับปรุงการดำเนินงานของศูนย์ฯ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ
2. เพื่อศึกษาแบบแผนบริการสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความสามารถ

ในการช่วยเหลือตนเองลดลง

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ อยู่ในระดับใด
2. แบบแผนบริการสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงเป็นอย่างไร ?

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) มาเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้น ร่วมกับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและได้นำผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เช่น บริการของสถานบริการต่าง ๆ เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลากลางวัน และชุดกิจกรรมตามแนวคิดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมเป็นการพยาบาลโดยมองผู้รับบริการว่าเป็นหน่วยเดียวกัน โดยรวมทั้งหมด ซึ่งไม่สามารถเข้าใจผู้รับบริการแบบแยกส่วนย่อย ๆ ออกจากกันได้ และมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ กับสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอยู่ตลอดเวลา (Dossey, 2001) มีผู้รู้หลายท่านให้ความหมายคำว่า การพยาบาลแบบองค์รวม ไว้ใกล้เคียงกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของคอสเสย์ ซึ่งให้ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 2 มุมมอง ได้แก่ มุมมองแรก คือ จะต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ภายในของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมุมมองที่สอง คือ การตระหนักว่าส่วนรวมเป็นสิ่งที่สำคัญและยิ่งใหญ่กว่าการเอาส่วนย่อย ๆ มารวมกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ของคอสเสย์ ในมุมมองแรก ที่ว่า ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นพยาบาลจะต้องมีความตระหนักถึงความสัมพันธ์ภายในบุคคลของผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การดูแลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ตามหลัก 6 ได้แก่ อาหาร เป็นการแนะนำเมนูอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อารมณ์ ซึ่งการจัดกิจกรรมของทางศูนย์ฯ มีทั้งกิจกรรมนันทนาการทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความสุขและเพลิดเพลินใจ อีกทั้งให้การดูแลสมาชิกผู้สูงอายุอย่างให้เกียรติและยกย่องในความเป็นผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายที่หลากหลาย เหมาะสมกับผู้สูงอายุและเป็นการออกกำลังกายที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพปอดที่ดี อโรคยา เป็นบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การฉีดวัคซีน อบรมฯ การบริการสุขภาพที่ศูนย์ฯ เป็นเขตบริการสุขภาพที่ปลอดอบายมุขทุกชนิดในการบริการที่มีสถานที่บริเวณที่ปลอดภ้ย ปลอดโปรง และอากาศหมุนเวียนได้ดี (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553)

จากแนวคิดดังกล่าว การพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับสมาชิกผู้สูงอายุจากการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

ด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ อาหาร ยา การออกกำลังกาย การกระตุ้นสมอง และสิ่งแวดล้อม

ด้านจิตใจ ประกอบด้วย การรวมกลุ่มพูดคุย กิจกรรมนันทนาการ และการส่งเสริมความสามารถพิเศษ

ด้านสังคม ประกอบด้วย การเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และการร่วมกิจกรรมกับชุมชน

ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย กิจกรรมด้านศาสนา และกิจกรรมไว้อาลัยในพิธีศพของสมาชิก

นิยามคำศัพท์

ความต้องการบริการสุขภาพ (health service needs) หมายถึง การรับรู้ ความประสงค์ ความอยากได้ การบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่สมาชิกผู้สูงอายุระบุเพื่อช่วยตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพหรือช่วยสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุจากศูนย์ฯ ประเมินได้ด้วยการตอบแบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) จำนวน 30 ข้อ

แบบแผนบริการสุขภาพ (health service pattern) หมายถึง กลุ่มของความต้องการบริการสุขภาพ 4 ด้าน ที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรและนักศึกษาตระหนักถึงความต้องการด้านสุขภาพที่แท้จริงของผู้รับบริการ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการบริการสุขภาพให้เป็นแบบแผนการบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกศูนย์ฯ ต่อไป
3. นำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและแบบแผนการบริการสุขภาพกับผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ อื่น ๆ

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อนำมาเป็นแนวทางจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิต ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรงเอกสาร ตลอดจนงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 กลุ่มผู้สูงอายุ
 - 1.3 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. สถานการณ์การให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศและต่างประเทศ
3. แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
4. การบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม
5. ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
6. สถานการณ์การให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมาย

เมื่อบุคคลมีอายุที่สูงขึ้นสามารถเรียกบุคคลนั้นได้แตกต่างกันไปหลายอย่าง เช่น คนแก่ คนชรา ผู้เฒ่า ผู้อาวุโส และผู้สูงอายุ เป็นต้น แต่มีนักวิชาการให้ความหมายคำว่าผู้สูงอายุที่หลากหลายดังนี้ (บรรณ, 2550)

1.1.1. การเรียกผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546, สิรินทร, 2552; World Health Organization, 2002)

การให้ความหมายของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป (Heine, 1992)

1.1.2. การเรียกผู้สูงอายุตามสภาวะของชีววิทยาและกายภาพของร่างกาย

ผู้สูงอายุ หมายถึง การเสื่อมที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องของสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ ภายหลังจากพัฒนาขนาด รูปร่างหรือหน้าที่จนถึงจุดสูงสุดของการเจริญเติบโตแล้ว และความชราเป็นสิ่งที่ปรากฏเสมอมีเหตุจากปัจจัยภายใน ดำเนินต่อเนื่องและเป็นมากขึ้นตามกาลเวลา (ผ่องพรรณ, 2553)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ความเสื่อมถอยลงในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมนุษย์ เช่น มีปัญหาของการได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของสีกผม มีผิวหนังที่เหี่ยวย่น มีรูปร่างที่เตี้ยและหลังค่อมมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น ทำให้มีการแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น การที่ร่างกายมีเมแทบอลิซึมลดลง ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ เริ่มทำงานได้ลดลง เช่น ไต สมอง หัวใจ ระบบการย่อยอาหาร เป็นต้น (ศิริพร, 2537)

1.1.3. การเรียกผู้สูงอายุตามสภาพทางสังคมที่เรียกว่าผู้อาวุโส โดยส่วนใหญ่แล้วใช้ในทางราชการ ในกรณีที่บุคคลนั้นเป็นผู้ที่เข้ามาทำงานเป็นรุ่นแรก หรือผู้มีตำแหน่งที่สูงกว่าเป็นผู้อาวุโส

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย เนื่องจากเป็นการศึกษาในบริบทของประเทศไทย พร้อมทั้งได้รับการยอมรับให้ใช้เรียกผู้สูงอายุอย่างแพร่หลายและเป็นสากล

1.2 กลุ่มของผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกได้หลากหลาย ได้แก่ การแบ่งตามอายุ การแบ่งตามการพึ่งพา และการแบ่งตามภาวะสุขภาพ มีดังนี้

1.2.1 การแบ่งผู้สูงอายุตามอายุ ได้แก่

1.2.1.1 การแบ่งผู้สูงอายุตามอายุของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2550) สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี
3. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป

1.2.1.2 การแบ่งผู้สูงอายุตามอายุของสหรัฐอเมริกา (Fulmer, 2002 อ้างใน วันดี, 2548) สามารถแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุวัยต้น (young old) อายุ 60-75 ปี
- กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุวัยปลาย (old - old) อายุ 75 ปีขึ้นไป

1.2.2 การแบ่งผู้สูงอายุตามการพึ่งพาอาศัย แบ่งได้ 3 กลุ่ม (อรวรรณ และนันทศักดิ์, 2552) ได้แก่

1. กลุ่มที่พึ่งพาตนเอง (totally independence) คือ ผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งมีสุขภาพดี

2. กลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้บางส่วน (partially dependence) คือ ผู้สูงอายุตอนกลาง ที่ร่างกายมีความเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3. กลุ่มที่ต้องพึ่งพาอาศัยทั้งหมด (totally dependence) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความพิการ

1.2.3 การแบ่งผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ

1.2.3.1 การแบ่งตามภาวะสุขภาพของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2548) สามารถแบ่งผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (active aging) มักเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างดี มีความกระฉับกระเฉง และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ส่วนใหญ่ยังมีศักยภาพในการใช้แรงงานไม่ต่างจากคนที่อ่อนวัยกว่า

2. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะกลุ่มเสี่ยง เป็นช่วงแห่งการพักผ่อน มักเป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) สุขภาพโดยรวมค่อนข้างดีถึงแม้จะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคประจำตัว แต่ผู้สูงอายุบางรายเริ่มอ่อนแรง เริ่มสูญเสียความคล่องแคล่ว ความสามารถในการเห็น การได้ยินลดลง มีการสูญเสียการบดเคี้ยว อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยลงของร่างกาย ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้น้อยหรือไม่ได้เลย ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหา เช่นนี้มักมีอายุที่แตกต่างกัน บางรายอาจมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือบางรายอาจมีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เป็นต้น

3. ผู้สูงอายุกลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง (ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง/ไม่ได้) มักเป็นผู้สูงอายุตอนปลายในวัยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ในช่วงนี้มักมีความเจ็บป่วยมาเยือนอวัยวะต่าง ๆ ก็เสื่อมถอยลงเพิ่มมากขึ้นและปรากฏเด่นชัดขึ้น ผู้สูงอายุบางท่านอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ต้องการช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น

1.2.3.2 การแบ่งตามภาวะสุขภาพของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2552) สามารถแบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ดิดังคม (พึ่งตนเองได้) คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น และสังคม ชุมชนได้ จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวก็สามารถควบคุมได้ มีศักยภาพ เข้าสังคม ชมรม สมาคม ให้ความร่วมมือร่วมใจกับสังคม และชุมชนได้ดี

2. ดิคบ้าน (พึ่งตนเองได้บ้าง) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีโรคเรื้อรัง อาจจะมีพิการ/ทุพพลภาพบางส่วน ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

3. ดิคเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการแบ่งผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ลดลง (อายุ 80 ปีขึ้นไปหรือมีปัญหาสุขภาพ) เนื่องจากมีความใกล้เคียงกันกับลักษณะของสมาชิกผู้สูงอายุ

1.3 สุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพ หมายถึง ความสมดุลอย่างชัดเจนและไม่สามารถแยกออกจากกันได้ของด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2550)

สุขภาพ หมายถึง การที่มนุษย์มีสุขภาพที่สมดุลอย่างสมบูรณ์ของทุกส่วนด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ถึงแม้ว่าอยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออยู่ในภาวะพิการก็ตาม (World Health Organization, 2002)

ดังนั้นสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง ความสมดุลของสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งภาวะเจ็บป่วยและแข็งแรง

ผู้สูงอายุเป็นวัยท้ายของชีวิตที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลงมากกว่าการเจริญเติบโตทั้งสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างแน่นอน จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขและความสำเร็จของการคุมกำเนิดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ จึงทำให้มีจำนวนเด็กลดลงและมีจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น (วิพรรณ และศิริวรรณ, 2552) โดยพบว่าในปีพ.ศ. 2554 ผู้สูงอายุหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 80 ปี ผู้สูงอายุชายมีอายุขัยเฉลี่ย 78 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554) การที่ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย แต่กลับพบว่าสิ่งที่มาพร้อมกับความชราของผู้สูงอายุคือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคและประมาณร้อยละ 50 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 โรค (Multiple pathology and diseases) พร้อมกัน ซึ่งโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยมากที่สุด ได้แก่ โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (ร้อยละ 44.3) โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น (ร้อยละ 22.4) และโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ (ร้อยละ 13.5) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2552) ทำให้การเสียชีวิตของผู้สูงอายุมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่ใช่สาเหตุจากความชราภาพเหมือนในอดีต และยัง

ต้องการได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง ทำให้เป็นภาระของครอบครัวและประเทศชาติ

จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญและเร่งด่วนมากที่สุดของผู้สูงอายุที่ควรได้รับการจัดการและดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นจากหลากหลายสาเหตุ เช่น การเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายที่เสื่อมลง ได้แก่ ปัญหาเรื่องการมองเห็น พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการมองเห็น ไม่ชัดมากที่สุด (ร้อยละ 36.6) เรื่องการมองเห็นใกล้/ไกลไม่ชัด (ร้อยละ 13.8) เรื่องการมองเห็นภาพซ้อนและการมองไม่เห็น (ร้อยละ 2.9, 1.2 ตามลำดับ) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, 2549) ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายและสามารถพบบ่อย จากการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552) พบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 14.6 และเมื่ออายุมากขึ้นปัญหาการได้ยินยิ่งเพิ่มสูงขึ้น โดยปัญหาการได้ยินในของผู้สูงอายุวัยต้น คิดเป็นร้อยละ 7.7 สำหรับผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย คิดเป็นร้อยละ 16.1 และ 31.1 ตามลำดับ

ปัญหาเรื่องสุขภาพฟันในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านโภชนาการ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีฟันที่ใช้งาน ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ (ร้อยละ 46.6) ปัญหาเรื่องการรับประทาน พบว่าแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับยาเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุรับประทานยาตามแพทย์สั่งมากที่สุด (ร้อยละ 52.6) รองลงมาซื้อยารับประทานเอง (ร้อยละ 7.8) ปัญหาเรื่องการขบเคี้ยวในผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีปัญหาของปีศาจในช่วงเวลา กลืนมากที่สุด (ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 56.3 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 55.1) ปีศาจบ่อยในผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 44.3 ส่วนผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 47.9 และมีความรู้สึกเจ็บเวลาปีศาจ ร้อยละ 43.9, 44.9 ในผู้สูงอายุชายและหญิงตามลำดับ ส่วนปัญหาการกลืนปีศาจไม่ได้พบมากในผู้สูงอายุชายมากกว่าหญิง (ร้อยละ 55.6) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุมีสาเหตุหลักมาจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอลง ความบกพร่องต่อการรับรู้ การใช้ยามากกว่า 4 ชนิด ภาวะเวียนศีรษะ การได้ยิน การทรงตัว การก้าวเดินและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น พื้นลื่น มีสิ่งกีดขวาง เป็นต้น เมื่ออายุเพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้นด้วย พบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหกล้มถึงร้อยละ 10 (นพพร, 2553) จากการสำรวจพบว่าในรอบ 6 เดือน ผู้สูงอายุมีประวัติหกล้ม 1-2 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 10.5) และมีประวัติหกล้มเป็นจำนวนมากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 0.3 ซึ่งการหกล้มของผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นในบ้าน เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยที่ผู้สูงอายุมักใช้ชีวิตอยู่ในบ้านเป็นหลัก การหกล้มในผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหากระดูกสะโพกหักได้ง่ายถึงร้อยละ 90 และ 1 ใน 4

ของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมักจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

นอกจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงแล้วยังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญต่อภาวะสุขภาพมากเช่นกัน เช่น เรื่องการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 20 โดยมีพฤติกรรมการดื่มสุราทุกวัน (ร้อยละ 4) ดื่มสุราเป็นบางวัน (ร้อยละ 17.5) ซึ่งผู้สูงอายุชายจะมีพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่าผู้สูงอายุหญิง ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุพบมากถึง ร้อยละ 10 โดยมีผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 13.8 สูบบุหรี่เป็นบางวัน ร้อยละ 42 และพบว่าผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุหญิง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

จากสภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุทำให้มีการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของประเทศไทย (แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย) โดยให้ผู้สูงอายุได้ประเมินสุขภาพของตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 41.8) รองลงมาประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี (ร้อยละ 30.5) ประเมินว่าสุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 21.7) ประเมินว่าสุขภาพดีมากและไม่ดีมาก ๆ (ร้อยละ 3.6, 2.5 ตามลำดับ) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ในขณะที่รายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550) พบว่าผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมากที่สุด (ร้อยละ 43.0) รองลงมาประเมินว่าสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.9 ประเมินว่าสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.5 และประเมินว่าสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 2.8 เมื่ออายุมากขึ้นการประเมินสุขภาพของตนเองว่าไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ จะเพิ่มสูงขึ้นด้วย เนื่องจากความเสื่อมถอยลงของร่างกาย ปัญหาโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว การใส่ใจในสุขภาพน้อยลง และมีอุปสรรคเรื่องการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ เป็นต้น

2. สถานการณ์การจัดบริการผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ

จากสถานการณ์จริงที่ปรากฏขึ้นเกี่ยวกับจำนวนประชากรสูงอายุที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทุกภาคส่วนได้มีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วย แต่การรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวนั้น ขึ้นอยู่การผลักดันด้านนโยบายของแต่ละประเทศที่มีนโยบายที่ตรงกันคือ การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพและสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเพื่อลดการสร้างภาระต่อสังคม

สำหรับประเทศไทยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ที่ให้การคุ้มครองผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ของรัฐได้อย่างทั่วถึง ตลอดจนการเข้าถึงหลักประกันด้านสิทธิต่าง ๆ

ทั้งทางด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ (ศิริวรรณ และเพ็ญศิริ, 2554) และมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์มาตรการ เป้าหมาย และดัชนีชี้วัดไว้อย่าง ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์, 2553) ได้แก่

1. ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

เป็นการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดย การทำกิจกรรม การเรียนรู้ร่วมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการสอดแทรกเรื่องจิตสำนึกให้รักและให้เกียรติ ผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการพัฒนาระบบการเรียนการสอนให้ผู้เรียนได้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงในด้าน ต่าง ๆ ของแต่ละวัย เพื่อเตรียมความพร้อมการเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะมาถึง

2. ด้านการส่งเสริมพัฒนาผู้สูงอายุ

เป็นมาตรการที่เอื้อให้แก่ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ด้านร่างกาย ให้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีเวทีในการถ่ายทอด ความรู้ความสามารถให้แก่คนรุ่นหลัง ได้สืบทอดความรู้ต่อไป สนับสนุนให้มีสื่อด้านผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นและมีระบบที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงความรู้ต่าง ๆ ได้ง่าย สนับสนุนด้านเครือข่าย ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ ประกอบอาชีพตามความถนัดของตนเอง

3. ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ

เป็นมาตรการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสังคมที่สะดวกสบายและสามารถ เข้าถึงได้ง่าย มีความปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การบริการใส่ ฟันเทียม การจัดกองทุนผู้สูงอายุ การสนับสนุนการดูแลระยะยาว เป็นต้น

4. ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

เป็นมาตรการที่ระบุว่าบุคคลที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ทางด้าน ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี โดยต้องผ่านกระบวนการอบรมและพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง มี มาตรการผลักดันงานด้านผู้สูงอายุ เช่น การจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

5. ด้านประมวผลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและติดตามประเมินผลการ ดำเนินการตามแผนงาน

เป็นมาตรการที่สนับสนุนการศึกษา การวิจัย และพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุง ระบบข้อมูลด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและมีความทันสมัย

จากมาตรการการดูแลผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ดังกล่าวเพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการ ดูแลอย่างเหมาะสมและมีสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งมาตรฐานของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่พึงประสงค์

ได้แก่ การมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การมีพันธมิตรที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 คน การที่ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และการที่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553) แต่การที่สุขภาพของผู้สูงอายุจะดีขึ้นได้จริงนั้นหน่วยงานทั้งภาครัฐบาล โรงพยาบาล ชุมชน ครอบครัว และภาคเอกชนต้องร่วมมือกันสร้างให้เกิดสุขภาวะของผู้สูงอายุ จึงได้มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเกิดขึ้น เช่น บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน บริการคลินิกผู้สูงอายุ บริการการป้องกันและการดูแลภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการรวมกลุ่มในรูปแบบของชมรม การมีเบี้ยยังชีพ การลดหย่อนภาษีให้ผู้บุตรที่ให้การดูแลบิดามารดาที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นจำนวนเงินรายละไม่เกิน 30,000 บาท และการช่วยเหลือการจัดงานศพให้แก่ผู้สูงอายุรายละ 2,000 บาท (ศิริวรรณ และเพ็ญศิริ, 2554) การบริการดูแลในช่วงเวลากลางวัน สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (กนิษฐา และศิริพันธุ์, 2551) ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (พจนา และลดาพรรณ, 2551)

สำหรับการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุในต่างประเทศเป็นการจัดบริการที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวทั้งที่เป็นความรับผิดชอบของภาครัฐบาลและการบริการที่ชุมชนหรือครอบครัวเป็นบุคคลที่จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ โดยลักษณะของการบริการมีทั้งในสถานบริการและบริการในชุมชน ซึ่งการบริการในสถานบริการ ได้แก่ สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพและสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การค้นหาปัญหาด้วยการซักประวัติ การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น รวมไปถึงการตรวจร่างกาย การดูแลเรื่องอาหาร เรื่องยาของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพเท้า การสอนให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง การส่งผู้สูงอายุไปปรึกษาตัวต่อเมื่อพบปัญหาหรือส่งไปพักฟื้นในสถานพักฟื้นที่ผู้สูงอายุต้องการ (Cambell & Aday, 2001) ส่วนการบริการในชุมชน ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน (day care) การดูแลผู้สูงอายุระยะสั้นเพื่อผู้ดูแลได้รับการพักผ่อน (Respite care) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care) การบริการช่วยเหลืองานบ้านของผู้สูงอายุ (home help) การบริการส่งอาหารกลางวันให้แก่ผู้สูงอายุ บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ บริการให้การดูแลรักษาโดยแพทย์และพยาบาลถึงที่บ้าน และบริการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องกลับไปฟื้นฟูสุขภาพต่อที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศเป็นบริการที่ผู้สูงอายุเองต้องเสียค่าใช้จ่ายบางส่วนเพื่อช่วยเหลือรัฐบาลซึ่งอยู่ในรูปแบบการเสียภาษี นอกจากบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุเป็นลักษณะของบริการที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้บริการได้ความเหมาะสมแล้ว ยังมีบางประเทศ เช่น ในประเทศออสเตรเลีย ได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เลือกบริการด้วยตนเองตามความต้องการของผู้สูงอายุเอง โดยรัฐจะดูแลด้วยการจ่ายเงินให้แก่ผู้สูงอายุ (กนิษฐา และศิริพันธุ์, 2551)

3. แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

คำว่าองค์รวม หรือ Holistic หรือ Whole หรือ Wholeness เป็นรากศัพท์มาจากกรีกโบราณที่มีความหมายว่า “ทั้งหมด” “สมบูรณ์” ซึ่งการทำความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นไม่สามารถเข้าใจได้เมื่อมีการพิจารณาแบบแยกส่วน แต่สามารถเข้าใจสิ่งนั้นได้เมื่อมองสิ่งนั้นอย่างเป็นองค์รวม อีกทั้งการมองภาพรวมทั้งหมดของสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบทุกส่วนของสิ่งนั้น

ซึ่งแนวคิดแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่หลายวิชาชีพได้นำไปประยุกต์และพัฒนาตามความเชื่อของแต่ละศาสตร์และแต่ละสาขาวิชาชีพ ทำให้มีสาระที่แตกต่างกันไป แต่แก่นสำคัญของแนวคิดแบบองค์รวมก็เหมือนกัน กล่าวคือ มนุษย์เป็นหน่วยเดียว ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นส่วน ๆ ออกจากกันได้ ซึ่งมนุษย์แต่ละบุคคลเป็นส่วนรวมของทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการรวมของตัวบุคคลทุกคนที่มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกันอย่างไม่สามารถแยกได้

สำหรับแนวคิดแบบองค์รวมในวิชาชีพพยาบาลได้มีมานานแล้ว นับตั้งแต่สมัยของมิสพอเรนซ์ในดิงเกิล ได้กล่าวว่ามนุษย์จะหายจากการเจ็บป่วยได้เองนั้นมาจากพลังอำนาจและธรรมชาติของมนุษย์ โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดีและเหมาะสม เช่น อาหาร น้ำ อากาศ แสงแดด ความสะอาด และการพักผ่อน เพื่อส่งเสริมให้มนุษย์ฟื้นหายตามธรรมชาติ (สมจิต, 2543)

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลแบบองค์รวมนั้นได้มีหลากหลายมุมมองและความหมายดังนี้

การพยาบาลแบบองค์รวมนั้นเกี่ยวข้องกับการพยาบาลบุคคลทั้งคน โดยพยาบาลจะต้องคำนึงและตระหนักอยู่ตลอดเวลา และพยาบาลจะต้องปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานของแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Hudak, Gallo & Morton, 2005)

ดอสเซย์ (Dossey, 2001) กล่าวว่า การพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 2 มุมมอง ได้แก่ มุมมองแรก คือ จะต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ภายในบุคคลของด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมุมมองที่สอง คือ การตระหนักว่าส่วนรวมเป็นเรื่องที่สำคัญและยิ่งใหญ่กว่าส่วนย่อยส่วนต่าง ๆ มารวมกัน เนื่องจากมนุษย์มีความเป็นปัจเจกบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันไปของแต่ละบุคคล

จอห์นสัน (Johnson, 1990) กล่าวว่า การพยาบาลแบบองค์รวมไว้ว่า สุขภาพนั้นสะท้อนความเป็นองค์รวมของบุคคล หมายถึงการผสมผสานอย่างสมดุลของด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพของบุคคลมีเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจากกระบวนการดำเนินการของโรคและการหายตามธรรมชาติ โดยแต่ละบุคคลมีความเชื่อและมีความสามารถใน

การดูแลตนเองที่แตกต่างกันไปจากประสบการณ์ด้านสุขภาพที่ต่างกัน การพยาบาลแบบองค์รวมจึงต้องผสมผสานองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน ทั้งนี้ต้องประเมินสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย

บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลแบบองค์รวมของคอสเสย์ (Dossey, 2001) มีดังนี้

- 1) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเยียวยาและเป็นผู้อำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการในกระบวนการหาย
- 2) ต้องให้เกียรติ ยอมรับประสบการณ์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและคุณค่าด้านสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการรักษาของตนเอง ครอบครัว และชุมชน
- 3) ต้องมีองค์ความรู้พื้นฐาน มีความรู้ทฤษฎีการวิจัย มีความเชี่ยวชาญชำนาญ มีความหยิ่งรู้ อีกทั้งต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- 4) ต้องปฏิบัติการพยาบาลในบริบทที่หลากหลายและต้องมีการผสมผสานองค์ความรู้ในปัจจุบันกับมาตรฐานวิชาชีพ กฎหมายและบทบัญญัติเข้าด้วยกัน
- 5) ต้องผสมผสานการดูแลตนเอง การรับผิดชอบตนเอง มีจิตวิญญาณ และมีการสะท้อนคิดชีวิตของตนเอง ซึ่งความต้องการนี้จะนำพยาบาลไปสู่การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ภายในของตนเองอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลแบบองค์รวมนั้น พยาบาลจะต้องแสดงหลายบทบาท ซึ่งพยาบาลสามารถแสดงทุกบทบาทไปพร้อม ๆ กัน เนื่องจากการดูแลคนทั้งคน แต่ก็ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการในขณะนั้น ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมที่ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4. การบริการสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม

การให้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และควรเป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งความต้องการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความต้องการที่เกิดจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัวและสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลาน ต้องการให้บุตรหลานเอาใจใส่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการให้บุตรหลานให้เกียรติ ยกย่อง เคารพนับถือ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความรู้สึกว่าตนเองมีประสบการณ์มากมายและศักยภาพมากเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและต่อสังคมได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการทำความดี

ต้องการช่วยเหลือครอบครัวของตนเองในเรื่องการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายและลดความวิตกกังวลของครอบครัว มีความต้องการมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี มีความต้องการคงไว้ซึ่งการถ่ายทอดความรู้ ต้องการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหามากกว่าตนเอง เช่น การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร เป็นต้น (เล็ก, ศศิพัฒน์ และธนิกาต์, 2554) มีความต้องการให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำต้องการเรียนรู้การปรับตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิต ต้องการได้รับการส่งเสริมในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น เรื่องการออม การลงทุน และต้องการการเรียนรู้การวางแผนและการจัดการการเงิน ต้องการฝึกนิสัยการเรียนรู้เป็นประจำทุกวัน (อาชัญญา, วีระเทพ, สาริพันธุ์, วรรัตน์, ณัฐธลักษณ์ และสุวิธิตา, 2552) ซึ่งเป็นการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้เป็นอย่างดีถ้าได้รับการตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว

การให้บริการแต่ละด้านประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม มีดังนี้

ด้านร่างกาย เนื่องจากปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่สามารถเห็นได้ชัดเจน คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ดังนั้นการบริการสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีโดยแพทย์ การที่นักกายภาพบำบัดเข้ามาบำบัดสุขภาพ การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นรายที่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เป็นต้น การจัดการด้านอาหาร เช่น การจัดอาหารที่เน้นรสจัดเป็นหลักเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมไปถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (จิราภา, 2551; ฐานา และสุริรัตน์, 2548; ทศนา, ลินจง และจิตตวดี, 2551; พิสิษฐ์, 2552) การเรียนภาษา การใช้คอมพิวเตอร์ การเสริมสวย (Kim, Harada, Miyashita, Lee, Park & Nakamura, 2011) การลงแช่น้ำอุ่น (มาลินี, 2553)

ด้านจิตใจ การบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความหมายของชีวิตเพื่อผู้สูงอายุได้เกิดการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีการรวมกลุ่มทำบุญวันพระ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถพิเศษ การได้แสดงออกเพื่อเป็นการยกย่องและสร้างความภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต การพบปะพูดคุยในกลุ่มเดียวกัน การรวมกลุ่ม ครอบครัว และกิจกรรมทางศาสนา (จิราภา, 2551; ฐานา และสุริรัตน์, 2548; ผ่องพรรณ, 2553; พิสิษฐ์, 2552) การร้องคาราโอเกะ การวาดรูป การปลูกต้นไม้ การเล่นดนตรี และการปั้นเครื่องปั้นดินเผา (มาลินี, 2553)

ด้านสังคม การบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริการที่เน้นการรวมกลุ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม เช่น จัดกิจกรรมพัฒนาวัดในวันสำคัญต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม

รณรงค์ด้านยาเสพติด การรณรงค์งดสูบบุหรี่ การเยี่ยมและช่วยเหลือทหารบาดเจ็บ การระดมกองทุน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันแบบสังคมนิยม และการยกย่องให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคม และมีจิตอาสา (จิราภา, 2551; บรรลุ, 2552)

ด้านจิตวิญญาณ การบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษาศาสนาธรรมตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ การนิมนต์พระมาเทศน์/วิปัสนา (บรรลุ, 2552)

ด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย อำนวยความสะดวกสบาย ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย อาคารที่พักที่มีทางลาดควรมีราวจับ พื้นไม่ลื่น มีแสงสว่างที่เพียงพอ มีที่นั่งรองรับอย่างเพียงพอ มีความสะอาด มีลักษณะห้องที่กว้างพอที่จะทำให้รถเข็นสามารถเข้าไปได้ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินได้ มีห้องน้ำสะอาด สะดวกสบาย ควรมีอาหารและเครื่องดื่มให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการ มีป้ายสื่อสารและสัญลักษณ์ที่ผู้สูงอายุอ่านเข้าใจง่ายและมองเห็นได้ชัดเจน เป็นต้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)

ส่วนการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี เป้าหมายของการบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวชุมชน และสังคมอย่างสูงสุดซึ่งการบริการสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ อาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและครบถ้วนทุกหมู่ เน้นการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย กิจกรรมการที่สร้างประโยชน์ให้แก่สังคม การเข้าร่วมจิตอาสา การออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การรำมวยจีน การเดินเร็ว เป็นต้น การใช้ยาอย่างเหมาะสม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) การตรวจสอบความผิดปกติของร่างกายอย่างต่อเนื่องหรือการคัดกรองภาวะสุขภาพ (วีระชัย, ลินดา และสุภาณี, 2553)

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เป้าหมายของการบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดการฟื้นฟู และลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน จะมีความต้องการดูแลที่ไม่ใช่เพียงแต่เรื่องสุขภาพเท่านั้นแต่ยังมีความต้องการให้มีการปรับปรุงด้านความปลอดภัยของที่พักอาศัย เช่น เติงที่ใช้ในการพักผ่อนควรอยู่ในระดับที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ต้องการให้มีอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในห้องน้ำ ทางเดิน และพื้นต้องมีความเหมาะสมและมีความปลอดภัยที่ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้ (สัมฤทธิ์, 2553) มีความต้องการได้รับการดูแลสุขภาพ เช่น ต้องการให้มีการจัดให้มีบริการสุขภาพให้ถึงบ้าน หรือเยี่ยมบ้าน ต้องการให้แพทย์คนเดิมอยู่ประจำเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (เพลินพิศ, พัชรียา และเอมอร,

2553) ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปี (สุนุตตรา, พชรียา, เพลินพิศ และสาวิตรี, 2544) ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มเติมหรือจัดให้มีการทำบุญ การนิมนต์พระเทศมากขึ้น และเพิ่มเวลาทางศาสนาให้นานขึ้น ต้องการให้มีการสนับสนุนการจัดบริการอาชีพเพิ่มเติม ต้องการให้มีการดูแลเรื่องอาหารของผู้สูงอายุโดยเน้นอาหารที่ง่าย เน้นอาหารเฉพาะโรค ต้องการให้มีการปรับปรุงอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในศูนย์ เช่น เครื่องขยายเสียง (จิราภา, 2551) การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องทำด้วยความระมัดระวัง ออกกำลังกายตามความสามารถของร่างกายเท่าที่จะทำได้และควรอยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด กิจกรรมการกระตุ้นความจำตามความสนใจ เช่น กิจกรรมที่กระตุ้นความจำตามความสนใจ เช่น การวาดรูป การคำนวณ ควรได้รับการกระตุ้นการรับรู้ด้วยการติดปฏิทิน แววนาฬิกา การจดบันทึกสิ่งที่ต้องทำ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมของการบริการผู้สูงอายุควรมีสภาพแวดล้อมที่อากาศถ่ายเทได้ดี มีแสงสว่างเพียงพอโดยเฉพาะบริเวณทางเดินและห้องน้ำไม่เกาะกะ กีดขวางทางเดิน รวมไปถึงเตียงนอนควรมีระดับความสูงที่เหมาะสม เป็นต้น ด้านสิทธิผู้สูงอายุควรมีความรู้เรื่องสิทธิที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพ(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2553)

5. ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีความวิตกกังวลมากที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุต้องหาบริการสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อช่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองให้คงไว้เหมือนเดิมให้มากที่สุด ซึ่งความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย มีดังนี้

ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการเข้ารับบริการสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่ต่ำของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการเข้ารับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย (Olano, Hidalgo, Díaz, Gallego, Castaño, & Cascales, 2006) เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้ว่าการเข้ารับบริการสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์มากมายทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามีความต้องการแนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง

ปัจจัยด้านคุณภาพของการบริการสุขภาพก็นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพเช่นกัน จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและการดูแลในช่วงเวลากลางวัน พบว่า ผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่มีอายุมาก ๆ มีความวิตกกังวลและลังเลใจที่

จะเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านและการดูแลในช่วงเวลากลางวันเนื่องจากความไม่มั่นใจในคุณภาพการบริการ (Tsukada & Saito, 2006)

ปัจจัยด้านเพศ เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการพยากรณ์ความต้องการบริการสวัสดิการสังคม โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ได้ร้อยละ 54.5 (ปรารธนา, ทวารัตน์ และเกียรติพงษ์, 2553) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีเพศที่ต่างกัน จะมีความต้องการการบริการสุขภาพต่างกัน โดยผู้สูงอายุหญิงมีความต้องการบริการที่เกี่ยวกับกิจกรรมอาชีพเสริมรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุชายมีความต้องการบริการกิจกรรมทางด้านตรวจสุขภาพและการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ศิริวรรณ, 2543)

ปัจจัยด้านอายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งของผู้สูงอายุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย ๆ จะมีความต้องการได้รับบริการสุขภาพด้านสวัสดิการสังคมเพิ่มสูงขึ้น (วันชัย, 2555) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีแนวโน้มของพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีแนวโน้มของพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุน้อยมีความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น (อาทิตยา, 2552)

ปัจจัยด้านรายได้ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะมีความต้องการบริการสุขภาพด้านสวัสดิการสังคมเพิ่มมากขึ้น (วันชัย, 2555) แต่ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 10,001 บาท จะมีความต้องการบริการการเรียนรู้ตลอดชีวิตด้านร่างกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (อรอำไพ, 2554)

6. สถานการณ์การให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ปัจจุบันแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อย่างเห็นได้ชัดเป็นผลมาจากผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุที่จำนวนเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่มีปัญหาของโรคเรื้อรังร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อกระดูก เป็นต้น ประกอบกับความเสื่อมถอยลงตามอายุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่แย่งและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ทำให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้จัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ได้เปิดบริการตั้งแต่วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2536 ปัจจุบันได้เปิดบริการเป็นระยะเวลา 18 ปีแล้ว จากการสำรวจวิเคราะห์ประวัติของสมาชิกศูนย์ฯ (2554) พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์ฯ ทั้งหมด 163 คน แต่มีผู้สูงอายุที่มารับบริการอย่างสม่ำเสมอจำนวน 73 คน

การจัดตั้งศูนย์ฯ โดยได้มอบหมายให้ภาควิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ร่วมกันรับผิดชอบ โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน 4 ข้อดังนี้ (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553)

1. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาอื่นในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์
2. เป็นสถานที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกัน การส่งเสริมและการฟื้นฟู
3. เป็นสถานที่อบรมและดูงาน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทั่วไปที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ
4. เป็นแหล่งวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ลักษณะของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ

ศูนย์ฯ ได้เปิดรับสมัครสมาชิกคุณสมบัติของสมาชิก ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ที่สนใจที่มีอายุต่ำกว่า 55 ปี ซึ่งจัดเป็นสมาชิกสมทบ
2. สามารถมารับบริการด้วยตนเองได้

จากข้อมูลการลงทะเบียนของสมาชิกศูนย์ฯ (2554) พบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการมีทั้งชายและหญิง โดยมีผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 80.98 ผู้สูงอายุชายร้อยละ 19.01 เป็นผู้สูงอายุวัยต้นร้อยละ 34.35 ผู้สูงอายุวัยกลางร้อยละ 34.35 และผู้สูงอายุวัยปลายร้อยละ 17.79 ผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุอื่นในวัยเดียวกัน เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูง โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทั้งที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาเอก ปริญญาโท ปริญญาตรี อนุปริญญา มัธยมศึกษา และส่วนน้อยที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ด้านการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว เนื่องจากได้ผ่านการเกษียณจากงานประจำของตนเอง เช่น อดีตพยาบาล อดีตแพทย์ อดีตนายตำรวจ อดีตนายทหาร อดีตนายอำเภอ อดีตผู้อำนวยการ โรงเรียน และอดีตอาจารย์ เป็นต้น แต่ผู้สูงอายุบางกลุ่มก็ยังประกอบอาชีพและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นนักธุรกิจส่วนตัว กลุ่มค้าขาย เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในศูนย์ฯ ก็ยังคงมีรายได้เนื่องจากบำเหน็จ บำนาญ จากบุตรหลาน จากการประกอบอาชีพ หรือแม้แต่เงินเก็บสะสมในวัยทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ส่วนใหญ่ชอบการเข้าร่วมทำกิจกรรม ทั้งกิจกรรมที่ทางศูนย์ฯ จัดขึ้น กิจกรรมที่นักศึกษาพยาบาลจัดขึ้น และกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ จากการศึกษาสำรวจ (14-24 กุมภาพันธ์ 54) โดยผู้วิจัย พบว่ากิจกรรมการแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุประจำปี พ.ศ.2552 ผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ได้รับ

รางวัลชนะเลิศการแข่งขันกีฬาชอล่าดวณเกมส์ครั้งที่ 11 ซึ่งเป็นการแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา ซึ่งมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการแข่งขันทั้งหมดจำนวนกว่า 50 ชมรม ทำให้เป็นประหลาดใจให้แก่ผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ เองและผู้สูงอายุที่ชมรมอื่นด้วย เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่มีอายุมาก ๆ แล้ว

นอกจากผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ จะเป็นกลุ่มที่ติดสังคมแล้ว ก็ยังเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถพิเศษมากมาย เช่น เป็นนักอดีตจัดรายการวิทยุ ครูสอนศิลปะประดิษฐ์ ได้แก่ การถักกระเป๋า การพับกระดาษเป็นสิ่งของต่าง ๆ ในเรื่องจิตอาสาในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จึงนับว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จที่ดีมากมายและยังถ่ายทอดความสามารถดังกล่าวให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่เข้ามาเรียนรู้ที่ศูนย์ฯ ได้อีกด้วย

ลักษณะการบริการของศูนย์ฯ

ศูนย์ฯ ได้เปิดให้บริการที่ลานอเนกประสงค์ อาคาร 2 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เป็นสถานที่ทำการชั่วคราว โดยมีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เป็นผู้รับผิดชอบงานทั้งหมด คณะกรรมการดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์หรือภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ให้บริการแก่สมาชิกผู้สูงอายุวันละ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์หรือภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน (ภาคละ 1 ท่าน) เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 ท่านและเจ้าหน้าที่คนงาน 1 ท่าน ส่วนภาคการเรียนที่ 1 (ระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนตุลาคม) ของทุกปีจะมีนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 และนักศึกษาปริญญาโทเข้าร่วมด้วย วันเวลาที่ให้บริการช่วงแรกเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน มีจำนวนสมาชิกระยะแรก ๆ ประมาณ 20 - 30 คน ต่อมาจำนวนสมาชิกเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็น 713 คน ในปัจจุบันจึงได้เปลี่ยนวันให้บริการตามความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสัปดาห์ละ 3 วัน คือ ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันพุธ เวลา 07.00 -11.00 น. ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ การบริการของศูนย์ฯ เน้นการบริการด้านการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพที่มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้กับสมาชิกศูนย์ฯ ซึ่งมีกิจกรรมที่ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวันตั้งแต่เวลา 07.00-08.30 น. ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต กีฬาในร่ม เช่น เปตอง ออกกำลังกายด้วยเครื่อง ร้องเพลง สนทนากลุ่ม การพับผ้าก็อซ เป็นต้น รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เวลา 08.30-10.30 น. เป็นกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น การเดินแอโรบิก รำไทเก๊ก 18 ท่า รำพัด โนราบิก และลีลาศ พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.15-10.30 น. เป็นช่วงเวลาที่มิจิจกรรมหมุนเวียนกันในแต่ละเดือน เช่น กิจกรรมวิชาการ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมที่จัดโดยนักศึกษา และกิจกรรมเลี้ยงวันคล้ายเกิดของสมาชิกศูนย์ฯ

แผนการดำเนินงาน

การดำเนินงานแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ แก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพปกติหรือมีสุขภาพที่เบี่ยงเบนเล็กน้อย ที่มารับบริการด้วยตนเองได้ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เป็นต้น

ระยะที่ 2 เพิ่มการให้บริการด้านการดูแลในเวลากลางวัน (Day Care Center) แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนและอยู่ในระยะฟื้นฟูสุขภาพ จะเริ่มได้เมื่อมีอาคารที่เอื้อต่อการให้บริการ ปัจจุบันที่ศูนย์ฯ ยังให้บริการเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพเพียงอย่างเดียว

ประเภทของสมาชิกของศูนย์ผู้สูงอายุฯ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. สมาชิกกิตติมศักดิ์ คือ ผู้ที่มีอุปการคุณต่อศูนย์ผู้สูงอายุฯ
2. สมาชิกรายเดือน คือ ผู้ที่จ่ายค่าสมาชิกเป็นรายเดือน ๆ ละ 50 บาท
3. สมาชิกรายปี ได้แก่ ผู้ที่จ่ายค่าสมาชิกปีละครั้ง ๆ ละ 500 บาท

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ

จากการศึกษานำร่อง (14-24 กุมภาพันธ์ 54) โดยผู้วิจัย ได้ทำการสำรวจผู้สูงอายุจำนวน 40 คนหรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมาที่รับบริการสม่ำเสมอ ด้วยการตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ถึงแม้ว่าร้อยละ 82.5 ของผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไขข้อในเลือดสูง และโรคกระดูกและข้อ เป็นต้น แต่สมาชิกผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะของโรคดังกล่าวได้ตลอดมา และจากปัญหาสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุเข้ารับบริการที่ทางศูนย์ฯ จัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องมาตลอด

แต่ปัจจุบันศูนย์ฯ ได้เปิดให้บริการมาเป็นระยะเวลา 18 ปีแล้ว ทำให้สมาชิกศูนย์ฯ กลุ่มแรก ๆ นั้น บัดนี้มีอายุมากกว่า 70 ปี (สูงสุด 86 ปี) ทำให้พัฒนาการด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ไม่เคยปรากฏขึ้นมาก่อนในอดีต เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านการทรงตัว (ร้อยละ 55.88) ได้แก่ ด้านการทรงตัวไม่คงที่หกล้ม อาการหน้ามืด วูบ เป็นต้น ด้านการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (ร้อยละ 41.17) ด้านการนอนไม่หลับมือสั่น การหลงลืม เหนื่อยง่ายมากกว่าเดิม สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองพบว่าผู้สูงอายุที่ประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับยังพอใช้คิดเป็นร้อยละ 44.11 และระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 44.05 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.88 เท่านั้นที่ประเมินว่ามีสุขภาพแข็งแรง

สรุป

ปัจจุบันพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สิ่งที่มาพร้อมกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นคือปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยได้มีการรับมือกับสถานการณ์ผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนและมีคุณภาพชีวิตตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 มียุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) ด้านการส่งเสริมพัฒนาผู้สูงอายุ 3) ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมผู้สูงอายุ 4) ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) ด้านประมวลผลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนงาน แต่การที่สุขภาพของผู้สูงอายุจะดีขึ้นได้จริงนั้น หน่วยงานทั้งภาครัฐบาล โรงพยาบาล ชุมชน ครอบครัว และภาคเอกชนต้องร่วมมือกันสร้างให้เกิดขึ้น สำหรับการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุในต่างประเทศเป็นการจัดบริการที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวทั้งที่เป็นความรับผิดชอบของภาครัฐบาล ชุมชนหรือครอบครัว ลักษณะของการบริการมีทั้งในสถานบริการและบริการในชุมชน สถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน และกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุควรได้รับการโดยใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมซึ่งเกี่ยวข้องการพยาบาลบุคคลทั้งคน โดยพยาบาลจะต้องคำนึงและตระหนักอยู่ตลอดเวลา และพยาบาลจะต้องปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานของแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และควรเป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งความต้องการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความต้องการที่เกิดจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง โดยความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง คุณภาพของการบริการสุขภาพ เพศ อายุ และรายได้ เป็นต้น สำหรับศูนย์ฯ ได้เปิดให้บริการมาเป็นระยะเวลา 18 ปีแล้ว ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่การบริการสุขภาพยังมีรูปแบบเดิม ๆ ทำให้การบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมความต้องการของสมาชิกผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ดังนั้นจึงควรมีการปรับปรุงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ประชากรเป้าหมาย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกศูนย์ ทั้งหมด 163 คน ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยเดือนละ 10 วัน ใน 12 วัน) มีจำนวนทั้งหมด 73 คน ซึ่งใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ซึ่งผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปหรือมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องทุกกิจกรรม และเป็นผู้สูงอายุที่เต็มใจและยินดีให้ข้อมูล มีจำนวนทั้งหมด 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่เป็นสมาชิกศูนย์ และปัญหาสุขภาพ

เป็นต้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งหมด 44 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการร่างแบบสอบถามจากทบทวนวรรณกรรมโดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผลการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพที่จัดให้กับผู้สูงอายุจากหลากหลายบริบท เช่น บริการของสถานบริการต่าง ๆ เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลากลางวัน และกิจกรรมบริการตามแนวคิดทางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งแบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แล้วนำแบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพ (ฉบับร่าง) ให้ผู้สูงอายุทำสนทนากลุ่ม (focus group) (โดยเลือกสมาชิกผู้สูงอายุที่มีความเป็นผู้นำ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับความคิดเห็น ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการอย่างสม่ำเสมอ และเลือกผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน) ให้ผู้สูงอายุพิจารณาว่าบริการในแบบสอบถามข้อใดบ้างเป็นที่ต้องการของกลุ่ม (มีการเลือกและอภิปรายร่วมกัน จนได้ข้อตกลงร่วมของกลุ่ม) ได้แบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ข้อ เป็นแบบ likert scale 5 อันดับ ดังนี้

มากที่สุด (4)	หมายถึง ความต้องการบริการสุขภาพอยู่ระดับมากที่สุด
มาก (3)	หมายถึง ความต้องการบริการสุขภาพอยู่ระดับมาก
ปานกลาง (2)	หมายถึง ความต้องการบริการสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง
น้อย (1)	หมายถึง ความต้องการบริการสุขภาพอยู่ระดับน้อย
ไม่ต้องการ (0)	หมายถึง ไม่มีความต้องการบริการสุขภาพ

ในการแปลผลคะแนนความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ได้มาจากการนำคะแนนความต้องการบริการสุขภาพโดยรวมมาเฉลี่ยจากนั้นนำมาจัดลำดับ โดยการจัดคะแนนอิงเกณฑ์ด้วยวิธีการหาอันตรายภาคขึ้น โดยพิจารณาแบ่งค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (การดา, 2539) ซึ่งสามารถแปลผลดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย 0.01 – 1.33 คะแนน หมายถึง มีความต้องการบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.67 คะแนน หมายถึง มีความต้องการบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.68 – 4.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ (Indepth interview) ใช้แนวคำถาม (question guideline) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยนำไปปรึกษากับอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความชำนาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ แล้วนำไปปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้แนวคำถาม 4 ข้อ ดังนี้

1. ปัจจุบันศูนย์ฯ มีบริการสุขภาพอะไรบ้างที่ตรงกับความต้องการของท่าน ?
2. ท่านมีความต้องการให้เพิ่มบริการสุขภาพอะไรอีกบ้าง ?
3. เพราะเหตุใดท่านจึงต้องการให้เพิ่มบริการตามข้อ 2 ?
4. ท่านมีเรื่องอื่น ๆ อีกหรือไม่ที่จะเสนอให้ปรับปรุงเพิ่มคุณภาพการบริการที่ดีกว่านี้ ?

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทดสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม (validity) เมื่อผ่านการตรวจและแก้ไขโดยอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้และด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบองค์รวม 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความชัดเจนในการใช้ภาษาของเนื้อหา โดยใช้แบบประเมินค่า 4 ระดับ ข้อคำถามที่พิจารณาว่าใช้ได้ต้องเป็นข้อมูลที่ผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 2 ท่าน ให้คะแนนในระดับ 3 หรือ 4 ซึ่งเป็นค่าที่แสดงว่าความถูกต้อง ความครอบคลุมและความชัดเจนในการใช้ภาษาของเนื้อหา หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง (Content Validity Index = CVI) ค่าเท่ากับ 0.95 หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. นำแบบสอบถามความต้องการการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

3. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ ได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 1 ท่าน นำไปปรับปรุงตามข้อคิดเห็นแล้วนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและดำเนินการพิทักษ์สิทธิของสมาชิกผู้สูงอายุโดยเคารพความเป็นส่วนตัว ปกปิดความลับ มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยสมาชิกผู้สูงอายุมิสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้และเมื่อสมาชิกผู้สูงอายุเข้าร่วมการวิจัยในระหว่างการวิจัยถ้าสมาชิกผู้สูงอายุไม่ต้องการตอบคำถามสามารถออกจากวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้อย่างมีขีดจำกัดในตู้เก็บข้อมูลที่ล็อคของผู้วิจัยและข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้ ส่วนการนำเสนอผลจะถูกนำเสนอโดยภาพรวมและไม่มีการพาดพิงถึงสมาชิกผู้สูงอายุ

สำหรับผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ้งให้ทราบถึงวิธีการเข้าร่วมให้ข้อมูลครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ ให้ทราบถึงระยะเวลาที่จะใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งคนละ 1-2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 45 นาที ในการสัมภาษณ์จะมีการบันทึกเทปการสัมภาษณ์และจดบันทึกเหตุการณ์ร่วมขณะสัมภาษณ์ทุกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมด้วยวาจา จึงเริ่มให้การสัมภาษณ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ถึงหัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มสมาชิกผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่เดือนมกราคม พ.ศ. 2555 – เดือนกรกฎาคม 2555

โดยเริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตัวเองและอธิบายสิทธิของสมาชิกผู้สูงอายุที่จะได้รับในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามการวิจัย และให้เซ็นชื่อยินยอมหรือตอบรับด้วยวาจาในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าสมาชิกผู้สูงอายุไม่ตอบแบบสอบถามก็จะกลับไปสอบถามสมาชิกผู้สูงอายุให้แน่ใจว่าไม่ได้ลืมตอบคำถามในข้อนั้น ๆ ถ้าสมาชิกผู้สูงอายุไม่ต้องการตอบก็จะเก็บแบบสอบถามทันที

6. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ผลตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยใช้มุมที่สงบเงียบของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์เป็นสถานที่สัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์รายละไม่เกิน 45 นาที รายละ 2 ครั้ง ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้มีการบันทึกและจดบันทึกเหตุการณ์ร่วมขณะสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2555 – เดือนสิงหาคม 2555

3. นำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ไปทำการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย (Simple content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลของข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. ข้อมูลความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ นำมาหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกโดยรวมและรายด้าน

3. ข้อมูลแบบแผนบริการสุขภาพผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยการถอดเทปเป็นคำพูดเรียบร้อยแล้ว ได้ดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย โดยผู้วิจัยบรรยายเนื้อหาที่เน้นถึงข้อความที่ปรากฏจากการสัมภาษณ์ ซึ่งเนื้อหาที่ได้นั้น ผู้วิจัยพิจารณาจากการแสดงความคิดเห็นที่เด่นชัด ตลอดจนทัศนคติที่หลากหลายและความคิดเห็นของสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงอย่างแท้จริง โดยอ้างคำพูด (quotation) เพื่อเป็นหลักฐานประกอบสำหรับประเด็นที่น่าสนใจ การอ้างคำพูดนั้นถึงแม้ว่าอาจตัดตอน

บางส่วนมาจากการสัมภาษณ์ แต่ไม่ทำให้ความหมายของถ้อยคำเปลี่ยนแปลงไป (เพชรน้อย, 2550; สุรางค์, 2546)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ โดยสมาชิกผู้สูงอายุมิทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเข้ารับบริการอย่างสม่ำเสมอทั้งหมดจำนวน 73 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ระดับความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบแผนบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาจากตาราง 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยเดือนละ 10 วันใน 12 วัน) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 73 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.2 เป็นเพศหญิง โดยอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.5 มีอายุเฉลี่ย 71.19 (อายุสูงสุด 87 ปี) สมาชิกผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.3 มีสถานภาพคู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50.7 สมาชิกผู้สูงอายุมีการศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ ร้อยละ 30.1 และ 28.8 ตามลำดับ และพบว่าสมาชิกผู้สูงอายุมีรายได้มากที่สุดคือมากกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 53.4

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของสมาชิกผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้/เดือน (N=73)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	13	17.8
- หญิง	60	82.2

ตาราง 1 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของสมาชิกผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้/เดือน (N=73)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (M=71.91 ปี, S.D.=7.07) (min= 62, max= 87)		
- 60-69 ปี	31	42.5
- 70-79 ปี	26	35.6
- 80 ปีขึ้นไป	16	21.9
ศาสนา		
- พุทธ	71	97.2
- อิสลาม	1	1.4
- คริสต์	1	1.4
สถานภาพ		
- คู่ อยู่ด้วยกัน	37	50.7
- หม้าย	25	34.2
- โสด	4	5.5
- คู่ แยกกันอยู่	4	5.5
- หย่า	3	4.1
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.7
- ประถมศึกษา	17	23.3
- มัธยมศึกษา	21	28.8
- ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	10	13.7
- ปริญญาตรี	22	30.1
- ปริญญาโท/เอก	1	1.4
รายได้/ เดือน		
- มากกว่า 10,000 บาท	39	53.4
- 5,001-10,000 บาท	16	21.9
- 3,001-5,000 บาท	6	8.2
- 1,000-3,000 บาท	5	6.8

ผลการศึกษาจากตาราง 2 พบว่าสมาชิกผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีปัญหาสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 94.5 มีเพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้นที่ไม่ปัญหาของสุขภาพ พบว่าร้อยละ 83.6 มีโรคประจำตัว โดยสมาชิกผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหนึ่งโรคมามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.75 มีโรคประจำตัวสองโรคร่วมกันสามโรคร่วมกันและมากกว่าสามโรค คิดเป็นร้อยละ 31.52, 8.22 และ 4.11 ตามลำดับ พบว่าค่าดัชนีมวลกายของสมาชิกผู้สูงอายุอยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 67.1 และเมื่อให้สมาชิกผู้สูงอายุ ประเมินสุขภาพของตนเองโดยเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุอื่นในวัยเดียวกัน พบว่าสมาชิกผู้สูงอายุ ประเมินสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดี พอใช้ และดีมาก คิดเป็นร้อยละ 64.4, 21.9 และ 12.3 ตามลำดับ มีแต่เพียง ร้อยละ 1.4 เท่านั้นที่พบว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และพบว่าสมาชิกผู้สูงอายุมีปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น คิดเป็นร้อยละ 19.2 และ 39.7 ตามลำดับ โดยมีปัญหาเรื่องการมองเห็นไม่ชัด ร้อยละ 37.0 และร้อยละ 4.1 เป็นปัญหาเรื่องการมองเห็นภาพซ้อน

สมาชิกผู้สูงอายุมีจำนวนพื้นที่สามารถใช้งานได้จริงน้อยกว่า 20 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 43.8 และพบว่าสมาชิกผู้สูงอายุต้องรับประทานยาเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 83.6 มีปัญหาการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 12.7 มีปัญหาเกี่ยวกับการปีสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 52.1 โดยเป็นปัญหาเรื่องปีสสาวะรอบดึก ปีสสาวะบ่อยมากที่สุดเท่ากันคือร้อยละ 24.7 ปัญหาเรื่องการกลั้นปีสสาวะไม่อยู่ และปัญหาเรื่องเจ็บเวลาปีสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 16.4 และ 1.4 ตามลำดับ มีปัญหาเรื่องการจับถ้ายร้อยละ 23.3 มีปัญหาเรื่องการดื่มน้ำร้อยละ 5.5 สำหรับความสามารถในการทำกิจวัตรอย่างต่อเนื่อง (IADL) ของสมาชิกผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 98.6 มีความสามารถพึ่งพาตนเองได้ แต่พบว่ามีบางกิจกรรมที่สมาชิกผู้สูงอายุมีปัญหา ได้แก่ การกลั้นอุจจาระ/ปีสสาวะรดไม่ได้ การใช้รถ/การเดินทางการทำงานบ้าน การทำความสะอาดดูแลบ้านเรือน การหุงอาหาร ความสามารถในการทำกับข้าวเองหรืออุ่นอาหารที่ทำเสร็จแล้ว การหยิบยากินเอง การจับจ่ายซื้อของ และการใช้โทรศัพท์ หมุนโทรศัพท์ รับสายโทรศัพท์ การบอกกล่าวข้อความที่ส่งมาทางโทรศัพท์ได้ คิดเป็นร้อยละ 12.33, 8.22, 8.22, 6.85, 2.74, 4.10 และ 2.74 ตามลำดับ

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของปัญหาสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ (N=73)

ลักษณะของปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพ		
- มีปัญหาสุขภาพ	69	94.5
- ไม่มีปัญหาสุขภาพ	4	5.5
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	12	16.4
- มี*	61	83.6
- หนึ่งโรค	29	39.75
- สองโรคร่วมกัน	23	31.52
- สามโรคร่วมกัน	6	8.22
- มากกว่าสามโรค	3	4.11
ดัชนีมวลกาย		
- อ้วน	49	67.1
- ปกติ	24	32.9
การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง		
- ดีมาก	9	12.3
- ดี	47	64.4
- พอใช้	16	21.9
- ไม่ดี	1	1.4
ปัญหาการได้ยิน		
- ไม่มี	59	80.8
- มี	14	19.2
ปัญหาเรื่องการมองเห็น		
- ไม่มี	44	60.3
- มี*	29	39.7
- มองเห็นไม่ชัด	27	37.0
- มองเห็นภาพซ้อน	3	4.1

* หมายถึง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 2 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของปัญหาสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ (N=73)

ลักษณะของปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนพื้นที่ใช้งานจริง		
- มากกว่า 20 ไร่	41	56.6
- น้อยกว่า 20 ไร่	32	43.8
การรับประทานยา		
- มี	61	83.6
- ไม่มี	12	16.4
ประวัติหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา		
- ไม่มี	64	87.7
- มี	9	12.7
ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ		
- ไม่มี	35	47.9
- มี*	38	52.1
- ปัสสาวะรอบดึก	18	24.7
- ปัสสาวะบ่อย	18	24.7
- กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	12	16.4
- เจ็บเวลาปัสสาวะ	1	1.4
ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ		
- ไม่มี	56	76.7
- มี	17	23.3
สูบบุหรี่		
- ไม่มี	73	100
ดื่มสุรา		
- ไม่มี	69	94.5
- มี	4	5.5

* หมายถึง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 2 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของปัญหาสุขภาพ ของสมาชิกผู้สูงอายุ (N=73)

ลักษณะของปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง (IADL)		
- พึ่งพาตนเองได้ (20-29 คะแนน)	72	98.6
- ต้องการการพึ่งพาบางส่วน (10-19 คะแนน)	1	1.4
กิจกรรมที่มีปัญหา		
- การกลืนอาหาร/ปีสสาวะไม่ได้	9	12.33
- การใช้รถ/การเดินทาง	6	8.22
- การทำงานบ้าน ทำความสะอาดดูแลบ้านเรือน	6	8.22
- การหุงอาหาร ความสามารถในการทำกับข้าวเอง	5	6.85
หรืออุ่นอาหารที่ทำเสร็จแล้ว		
- การหยิบยากิน	2	2.74
- การใช้โทรศัพท์ หมุนโทรศัพท์ รับสายโทรศัพท์	2	2.74
บอกกล่าวข้อความที่ส่งมาทางโทรศัพท์ได้		
- การจับจ่ายซื้อของ	3	4.10

ส่วนที่ 2 ระดับความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาจากตารางที่ 3 พบว่าความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.79$, $SD = 0.60$) ส่วนความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามรายด้านพบว่าสมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก ($M = 2.86$, $SD = 0.61$) ความต้องการบริการสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก ($M = 2.86$, $SD = 0.72$) และความต้องการบริการสุขภาพด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.73$, $SD = 0.73$) ส่วนความต้องการบริการด้านจิตวิญญาณพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.44$, $SD = 0.86$)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ โดยรวม รายด้านทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ (N = 73)

ความต้องการบริการสุขภาพ	M	SD	ระดับ
โดยรวม	2.79	0.60	มาก
รายด้าน			
ด้านร่างกาย	2.86	0.61	มาก
ด้านจิตใจ	2.83	0.72	มาก
ด้านสังคม	2.73	0.70	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	2.44	0.86	ปานกลาง

ผลการศึกษจากตารางที่ 4 พบว่า สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพสูงที่สุดห้าอันดับแรก โดยพบว่าความต้องการบริการสุขภาพทั้งหมดเป็นความต้องการด้านร่างกาย ซึ่งเป็นความต้องการบริการสุขภาพที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ความต้องการบริการสุขภาพเรื่องห้องน้ำที่มีราวจับ มีแสงสว่างและพื้นไม่ลื่นเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุมากที่สุด (M = 3.38, SD = 0.71) รองลงมาเป็นความต้องการบริการสุขภาพเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ หลากหลาย (M = 3.31, SD = 0.66) ความต้องการบริการสุขภาพเรื่องการแขวนปฏิทิน และนาฬิกา และมีมุมฝึกทักษะเพื่อการกระตุ้นความจำ (M = 3.12, SD = 0.91) ต่อมาเป็นความต้องการบริการสุขภาพเรื่องการบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (M = 2.94, SD = 0.98) และ ความต้องการบริการสุขภาพเรื่องการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดยแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (M = 2.93, SD = 0.96)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการบริการสุขภาพที่สูงที่สุดห้าอันดับแรก (N = 73)

ความต้องการบริการสุขภาพ	M	SD	ระดับ	ความต้องการ (ด้าน)
1. ห้องน้ำที่มีราวจับ มีแสงสว่างและพื้นไม่ลื่นเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ	3.38	0.71	มาก	ร่างกาย

ตาราง 4 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการบริการสุขภาพที่สูงที่สุดห้าอันดับแรก (N = 73)

ความต้องการบริการสุขภาพ	M	SD	ระดับ	ความต้องการ (ด้าน)
2. มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุหลากหลาย (นอกจากแอโรบิกสำหรับ ผู้สูงอายุ) เช่น การรำไทเก๊ก (มวยจีน) รำไม้พลอง รำโนราบิก รำกระบอง ระบายผ้า	3.31	0.66	มาก	ร่างกาย
3. มีการแขวนปฏิทิน และนาฬิกา และมีมุมฝึก ทักษะเพื่อการกระตุ้นความจำ	3.12	0.91	มาก	ร่างกาย
4. การบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	2.94	0.98	มาก	ร่างกาย
5. การบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดย แพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	2.93	0.96	มาก	ร่างกาย

ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่ามี 5 อันดับแรกที่มีความต้องการบริการสุขภาพที่น้อยที่สุดห้าอันดับแรก ซึ่งทั้งหมดเป็นความต้องการบริการสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าเป็นความต้องการบริการสุขภาพด้านจิตวิญญาณจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ ความต้องการบริการสุขภาพเรื่องการจัดการกิจกรรมฝึกสมาธิ (M = 2.36, SD = 1.07) และความต้องการบริการสุขภาพเรื่องการนิมนต์พระมาบรรยายธรรมเทศนา/ปฐกวีลีลา (M = 2.41, SD = 1.02) เป็นความต้องการบริการสุขภาพด้านร่างกายจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ ความต้องการบริการสุขภาพเรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ (M = 2.41, SD = 1.14) และความต้องการบริการสุขภาพเรื่องการจัดการกิจกรรมเฉพาะให้ผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ (80 ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถออกกำลังกายเหมือนเพื่อน ๆ ได้ เช่น การทำอาชีพบำบัด การเล่นเกม การเล่นเกมโดมิโน (M = 2.24, SD = 1.24) และสุดท้ายเป็นความต้องการบริการสุขภาพด้านสังคมจำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ ความต้องการบริการสุขภาพเรื่องการจัดให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุสัมพันธ์ การรณรงค์ต่อต้านด้านอบายมุข เป็นต้น (M = 2.54, SD = 0.98)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการบริการสุขภาพที่น้อยที่สุดห้าอันดับแรก (N = 73)

ความต้องการบริการสุขภาพ	M	SD	ระดับ	ความต้องการ (ด้าน)
1. จัดกิจกรรมฝึกสมาธิ	2.36	1.07	ปานกลาง	จิตวิญญาณ
2. นิมนต์พระมาบรรยายธรรมเทศนา/ปฐกถาวิศิขนา	2.41	1.02	ปานกลาง	จิตวิญญาณ
3. การออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ	2.41	1.14	ปานกลาง	ร่างกาย
4. จัดกิจกรรมเฉพาะให้ผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ (80 ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถออกกำลังกายเหมือนเพื่อน ๆ ได้ เช่น การทำอาชีพบำบัด การเล่นไพ่ การเล่นเกมมีโน้	2.42	1.24	ปานกลาง	ร่างกาย
5. จัดให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุสัมพันธ์ การรณรงค์ต่อต้านด้านอบายมุข เป็นต้น	2.53	0.89	ปานกลาง	สังคม

ส่วนที่ 3 แบบแผนการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ลดลงจำนวน 10 ราย พบว่าสมาชิกผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุหญิง (9 ราย) เป็นสมาชิกผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพสมรสมีทั้งสถานภาพหม้าย (9 ราย) และสถานภาพคู่ มีทั้งสมาชิกผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัวตั้งแต่หนึ่งโรค (2 ราย) สองโรค (4 ราย) ี่โรค (2 ราย) และห้าโรค (1 ราย) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่หลากหลาย โดยมีจบการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรีและปริญญาโท สมาชิกผู้สูงอายุทั้งหมดมีรายได้ที่มีความเพียงพอต่อการใช้จ่าย โดยรายได้ของสมาชิกผู้สูงอายุมาจากตนเองและบุตร สมาชิกผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพแล้ว อีกส่วนหนึ่งเป็นข้าราชการบำนาญ มีเพียงสมาชิกผู้สูงอายุรายเดียวเท่านั้นที่ยังประกอบอาชีพเกษตรกรอยู่อีก พบว่าสมาชิกผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีปัญหาสุขภาพ (9 ราย) และการประเมินสุขภาพตนเองของสมาชิกผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ (3 ราย) และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดี (7 ราย)

ซึ่งการสัมภาษณ์ในครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ในประเด็นความต้องการบริการสุขภาพ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล พบว่าสมาชิกผู้สูงอายุมีแบบแผนการบริการสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ต้องการการจัดสถานที่ที่สะดวกสบายและปลอดภัย

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการให้มีสถานที่พักผ่อนที่สะดวกสบายสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่ที่โล่งสบาย มีอากาศถ่ายเทได้ดี และเป็นสถานที่ที่มีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ เช่น มีห้องน้ำที่มีราวจับเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทรงตัวยืนได้อย่างมั่นคง (7 ราย) ซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็น ดังนี้

1.1 การจัดสถานที่ที่สะดวกสบาย

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการสถานที่พักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ มีสถานที่พักผ่อนที่สะดวกสบาย สถานที่ที่โล่งสบาย มีอากาศถ่ายเทได้ดีและมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุจำนวนมาก (2 ราย) ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุที่ว่า

“อยากให้มีที่พักผ่อน ที่พักผ่อนและมีความสะดวกสบายสำหรับผู้สูงอายุ”

(ป้าหนึ่ง อายุ 78 ปี มีโรคหัวใจ ความดันโลหิต และโรคไขข้อในเลือดสูง)

“อยากให้สถานที่จัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุโล่งสบายและมีอากาศถ่ายเทได้ดี เนื่องจากสถานที่ในปัจจุบันไม่เหมาะสมกับจำนวนของผู้สูงอายุที่มีจำนวนผู้สูงอายุในหมู่บ้าน”

(ป้าสอง อายุ 86 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

1.2 การจัดสถานที่ที่ปลอดภัย

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการห้องน้ำที่มีราวจับ มีความปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงเกิดการหกล้มได้ง่าย อีกทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถยืนทรงตัวได้อย่างมั่นคง (2 ราย) ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุที่ว่า

“อยากให้ห้องน้ำมีราวจับเพื่อความสะดวกสบายและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และเวลานั้นจะได้สะดวก”

(ป้าสาม อายุ 82 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

“ห้องน้ำที่มีราวจับยึดให้มั่นคงที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุทรงตัวได้มั่นคง”

(ลุงหก อายุ 77 ปี มีโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขข้อในเลือดสูง และภูมิแพ้)

2. ต้องการให้มีการช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทันทั่วถึง

สมาชิกผู้สูงอายุต้องการได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น พยาบาลที่คอยดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ยาประจำศูนย์ฯ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเหลือยามเจ็บป่วย (6 ราย) ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุที่ว่า

“ต้องการให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น รถเข็น เพล มีรถบรรทุกผู้ป่วย”

“ต้องการให้มียาประจำศูนย์ฯ ที่ครบถ้วนและจำเป็น เช่น ยาลม ยาแก้ปวด ยานวด เป็นต้น”

(ป้าสี่ อายุ 87 ปี มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต)

“จะต้องมีอุปกรณ์ที่ช่วยเหลือชีวิตฉุกเฉิน 1 ชุด (ผมไม่รู้ว่าจะประกอบด้วยอะไรบ้าง)”

(ลุงหก อายุ 77 ปี มีโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภูมิแพ้)

“ต้องการให้มีห้องพยาบาลและมีพยาบาลประจำ 1 ท่าน”

(ป้าสาม อายุ 82 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

“ต้องการให้มีผู้ดูแลประจำที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ทันทีเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาซึ่งน่าจะเป็นพยาบาล”

(ป้าสอง อายุ 86 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

3. ต้องการให้เพิ่มบริการ

สมาชิกผู้สูงอายุต้องการให้เพิ่มบริการสุขภาพเรื่องการตรวจสุขภาพเบื้องต้น กิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลาย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมด้านศิลปะ และเพิ่มกิจกรรมที่จัดโดยนักศึกษา นอกจากนี้ยังสมาชิกผู้สูงอายุบางรายต้องการให้มีแพทย์มาตรวจ สรุปลงเป็นประเด็นดังนี้

“ต้องการให้มีหมอตตรวจหรือมาให้ความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งส่งตัวหรือให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุไปรับการรักษาต่อเนื่องตามแผนที่ถูกต้องกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ”

(ป้าสี่ อายุ 87 ปี มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต)

3.1 เพิ่มการตรวจสุขภาพเบื้องต้น

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการให้เพิ่มบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น การวัดความดันโลหิต การเจาะเลือด การสาธิตการจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเรื่องการขยายวันการให้บริการของศูนย์ฯ (4 ราย) ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุที่ว่า

“ต้องการให้มีการวัดความดันเลือดทุกวันเพราะจะทำให้เรารู้ความผิดปกติของร่างกายเรา”

(ป้าเจ็ด อายุ 80 ปี)

“ต้องการให้มีบริการวัดความดันโลหิตทุกวัน ต้องการให้มีบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด”

“ต้องการให้มีการแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม ให้ถูกต้องตามโรคโดยมีการสาธิตการจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ”

(ป้าสาม อายุ 82 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

“อยากให้ทางศูนย์ฯ เปิดบริการทุกวันเพราะจะได้พบปะกับเพื่อน ๆ เนื่องจากเหงาเมื่อต้องอยู่บ้านตามลำพังอีกทั้งได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันด้วย และจะได้มีความสุข”

(ป้าห้า อายุ 82 ปี มีโรคข้อเสื่อม/ไขข้ออักเสบ และโรคกระดูกพรุน)

3.2 เพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลาย

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการบริการออกกำลังกายที่หลากหลาย และมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละวัย และให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกัน (2 ราย) ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุที่ว่า

“จะต้องเพิ่มประเภทการออกกำลังกายให้เหมาะสม โดยจะต้องมีผู้แนะนำให้เขาปฏิบัติกิจกรรมกับคนอื่น ๆ โดยไม่ควรแยกเขาออกจากผู้สูงอายุอื่นเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าขาดการมีส่วนร่วมกับผู้อื่น”

(ลุงหกอายุ 77 ปี มีโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภูมิแพ้)

“ส่งเสริมการเล่นกีฬาในร่มเพื่อฝึกสมอง เช่น หมากรุม หมากรอด ยางยืด บิงโก”

(ป้าเก้า อายุ 82 ปี มีโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง)

3.3 เพิ่มกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างการถ่ายทอดความรู้ความสามารถแก่คนรุ่นหลัง (4 ราย) ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุที่ว่า

“ต้องการให้มีกิจกรรมที่หลากหลายจะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เช่น ป้าสายสมรที่ถ่ายทอดความรู้ด้านงานศิลปะ และต้องการให้มีเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน”

(ป้าห้า อายุ 82 ปี มีโรคข้อเสื่อม/ไขข้ออักเสบ และโรคกระดูกพรุน)

“อยากให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้มาช่วยกันถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุอื่นที่มีความสนใจ”

“จัดกลุ่มเล่าเรื่องเล่าสู่กันฟัง เช่น เรื่องที่ดีเรื่องที่ร้ายและเรื่องที่ได้อ่านมาเพื่อจะได้แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน”

(ป้าสาม อายุ 82 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

“อยากให้เปิดเวทีเล่าเรื่องในอดีต ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวามากยิ่งขึ้น”

(ป้าสอง อายุ 86 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

3.4 เพิ่มกิจกรรมด้านศิลปะ

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการถ่ายทอดความรู้ด้านศิลปะ (2 ราย) ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุที่ว่า

“จัดให้มีการถ่ายทอดศิลปะการประดิษฐ์ เช่น งานฝีมือ”

(ป้าสาม อายุ 82 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

“ควรมีการฝึกงานประดิษฐ์ต่าง ๆ จะได้ทำให้ผู้สูงอายุฝึกสมอง”

(ป้าสิบ อายุ 69 ปี มีโรคหัวใจ)

3.5 เพิ่มกิจกรรมที่จัดโดยนักศึกษา

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการให้เพิ่มบริการที่จัดโดยนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง (2 ราย) ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุที่ว่า

“อยากให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งดีมาก”

(ป้าสอง อายุ 86 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

4. เพิ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการให้เพิ่มผู้ดูแลที่รู้จักและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ ทั้งผู้ดูแลที่เป็นบุคคลากรของศูนย์ฯ และผู้ดูแลที่เป็นพี่เลี้ยงของผู้สูงอายุเอง (5 ราย) ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุที่ว่า

“อยากให้อาจารย์ที่มาดูแลผู้สูงอายุรู้ว่าผู้สูงอายุคนไหนป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง จะได้ให้การช่วยเหลือได้ทันเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหา”

(ป้าหนึ่ง อายุ 78 ปี มีโรคหัวใจ ความดันโลหิต และโรคไขมันในเลือดสูง)

“ต้องการให้มีผู้ดูแลประจำที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ทันเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาซึ่งน่าจะเป็นพยาบาล”

(ป้าสอง อายุ 86 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง)

“ต้องการเจ้าหน้าที่มาดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น 10 ต่อ 1 โดยคอยระวังในช่วงการยืน การนั่ง การเดิน เป็นต้น และอยากให้พยาบาลประจำศูนย์ฯ ตรวจสอบสุขภาพให้ผู้สูงอายุ”

(ป้าสี่ อายุ 87 ปี มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต)

“จะต้องมาดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ อย่างใกล้ชิด จะต้องเพิ่มเจ้าหน้าที่มาดูแลหรือผู้สูงอายุ จะต้องมีพี่เลี้ยงมาดูแลเอง และจะต้องมีอาจารย์พยาบาลอยู่ประจำศูนย์ฯ ตลอดเวลา”

(ลุงหกอายุ 77 ปี มีโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภูมิแพ้)

สรุปจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ลดลง จะเห็นได้ว่าสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการแบบแผนบริการสุขภาพที่เน้นให้

สมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับบริการสุขภาพที่มีความปลอดภัย มีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายที่อ่อนแอ และบริการสุขภาพที่ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิดจากทีมสุขภาพที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ขณะเข้ารับบริการสุขภาพที่ศูนย์ฯ ซึ่งเป็นบริการสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถมีชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่สมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง โดยพบว่าเป็นแบบแผนบริการสุขภาพที่ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ต้องการการจัดสถานที่ที่สะดวกสบายและปลอดภัย ต้องการให้มีการช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้ทันทั่วทั้งที่ต้องการให้เพิ่มบริการต่าง ๆ เช่น การตรวจสุขภาพเบื้องต้น บริการการออกกำลังกายที่หลากหลาย บริการกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น บริการกิจกรรมด้านศิลปะ และบริการกิจกรรมที่จัดโดยนักศึกษา เป็นต้น และเพิ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งแบบแผนการบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นความต้องการบริการสุขภาพด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ส่วนความต้องการบริการสุขภาพด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณนั้นยังไม่เห็นชัดเจน โดยมีรายละเอียดของแบบแผนบริการสุขภาพดังนี้

ด้านร่างกาย ประกอบด้วย ความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุเรื่องสถานที่พักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุที่สะดวกสบาย มีห้องน้ำที่ปลอดภัยและเหมาะสม เกี่ยวกับเรื่องความต้องการความช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น มีพยาบาลคอยดูแล มียาประจำศูนย์ฯ มีอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน ต้องการบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น บริการวัดความดันโลหิตทุกวันและการแนะนำอาหารที่เหมาะสม กิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น หมากขุม หมากสอต ยางยืด และบิงโก ต้องการกิจกรรมด้านศิลปะ

ด้านจิตใจ ประกอบด้วย กิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน ต้องการให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งที่เป็นบุคคลากรของศูนย์ฯ และผู้ดูแลที่เป็นพี่เลี้ยงของสมาชิกผู้สูงอายุเอง

จะเห็นได้ว่าแบบแผนการบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ลดลงนั้นมีความแตกต่างจากความต้องการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ทั่วไป ที่มีความต้องการบริการสุขภาพในเรื่องของ

อภิปรายผล

การวิจัยความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของของสมาชิกผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้พบว่า สมาชิกผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 82.2 เพศชายร้อยละ 17.8) เนื่องจากผู้ชายมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่าผู้หญิง ทำให้ผู้สูงอายุชายเสียชีวิตก่อนวัยอันเป็นจำนวนมาก เช่น การเกิดอุบัติเหตุทางจราจร การเกิดโรคร้ายแรงจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2552) และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ประชากรสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้พร้อมด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุขัยเฉลี่ย 80 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554)

ด้านอายุของสมาชิกผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 42.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประชากรสูงอายุไทยของนภาพร (2542) ซึ่งพบว่าปัจจุบันโครงสร้างของผู้สูงอายุได้เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต โดยปิรามิดประชากรมีฐานกว้างขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุอายุน้อยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60-64

ด้านสถานภาพของสมาชิกผู้สูงอายุพบว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.7) มีสถานภาพคู่ อยู่ด้วยกัน และเกือบอีกครึ่งหนึ่งของสมาชิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 49.3) ไม่มีคู่สมรส อาจเนื่องมาจากคู่สมรสเสียชีวิต การหย่าร้าง การแยกกันอยู่ หรือแม้แต่มีสถานภาพโสด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส (ร้อยละ 60.1)

ส่วนด้านการศึกษาของสมาชิกผู้สูงอายุ พบว่าจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 30.1) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของนภาพร (2542) พบว่าในอนาคตข้างหน้าประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรู้สูงขึ้น โดยจะมีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 22 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 14 ในผู้สูงอายุหญิง

สำหรับด้านรายได้ของสมาชิกผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10.000 บาท (ร้อยละ 53.4) เนื่องจากสมาชิกผู้สูงอายุเป็นประชากรในเขตเมืองที่มีมีระดับการศึกษาที่ดี และมีแหล่งรายได้มาจากหลายแหล่ง เช่น จากการทำงานของตนเอง และจากบุตรหลาน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550 (วิพรรณ, วรรณภา, ผ่องพรรณ, ประเสริฐ, วรเวศม์, ศศิพัฒน์ และคณะ, 2552) พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีฐานะยากจนน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ถึงแม้ว่าอนาคตข้างหน้าผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มฐานะยากจนเพิ่มขึ้น

ด้านสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ โดยมีโรคประจำตัวจำนวนหนึ่งโรคมากที่สุด (ร้อยละ 39.75) และโรคที่เจ็บป่วยมากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคกระดูกพรุน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (2552) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 44.3) รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยโรคของต่อมไร้ท่อ (ร้อยละ 22.4) และพบว่าสมาชิกผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 67.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาของความรู้ด้านโภชนาการน้อย (ร้อยละ 60) ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับความรู้ด้านโภชนาการจากแหล่งสื่อสารต่าง ๆ (ร้อยละ 70.3) มากที่สุด เช่น โทรทัศน์ และวิทยุ เป็นต้น (ADZNAM, SHAHAR, RAHMAD, YUSOF, ARSHAD & YASSIN, 2009) ส่วนการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองของสมาชิกผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี (ร้อยละ 64.4) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของอรรวรรณ์และนันทศักดิ์ (2552) พบว่าผู้สูงอายุได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดีมากที่สุด (ร้อยละ 44) มีเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้นที่ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี

2. ระดับความต้องการการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ

2.1 ระดับความต้องการการบริการสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.79$, $SD = 0.60$) จำนวนเกินกว่าครึ่งของสมาชิกผู้สูงอายุทั้งหมด อธิบายได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ (วิพรรณ และศิริวรรณ, 2552) โดยเฉพาะด้านความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มักเกิดขึ้นพร้อมกับความชราของผู้สูงอายุ โดยพบว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และประมาณร้อยละ 50 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 โรค (มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการสุขภาพในระดับมาก สอดคล้องกับ

การศึกษาความต้องการของผู้รับบริการในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งยั้ง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าความต้องการโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($M = 2.55$, $SD = 0.62$) และความต้องการโดยรวมสูงที่สุดผู้สูงอายุต้องการได้แก่ ความต้องการด้านการรักษาพยาบาล ($M = 2.66$, $SD = 0.55$) (นภา, 2547)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าสมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก ($M = 2.86$, $SD = 0.61$) อธิบายได้ว่าบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยท้ายของชีวิตหรือที่เรียกว่าผู้สูงอายุ ยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ยังมีพบกับภาวะสุขภาพที่แยลงเรื่อย ๆ (Mabuza, Poggenpoel, & Myburgh, 2010) ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายลดลงด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ประไพวรรณ, ขนิษฐา และประนอม, 2553) และสิ่งที่สามารถเห็นได้ชัดเจนเมื่อเข้าสู่วัยชราคือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น สายตาวาว หูตึง ผิวหนังเหี่ยวย่น กระดูกเสื่อมจนทำให้เสียสมดุลในการทรงตัว เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หกล้มได้ง่ายมากขึ้น เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) สิ่งที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เสื่อมถอยคือความต้องการพึ่งพาคนอื่นในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ: เทศบาลตำบลน้ำน้อย อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา ที่พบว่าผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งต้องการการพึ่งพาจากบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้นด้วย (วิลาวัณย์, 2554) ซึ่งสมาชิกผู้สูงอายุเริ่มมีอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะตั้งแต่จัดตั้งศูนย์ฯ มาเป็นระยะเวลา 18 ปีแล้วสมาชิกผู้สูงอายุรุ่นแรก ๆ มีอายุเพิ่มขึ้นด้วยทำให้เข้าสู่ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุสูงสุด 87 ปี) ทำให้มีความต้องการการบริการด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก และยังคงสอดคล้องกับการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย (จิตติมา, 2548) พบว่าความต้องการที่คาดหวังด้านร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($M = 3.833$, $SD = 0.621$)

สำหรับความต้องการบริการสุขภาพด้านจิตใจของสมาชิกผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($M = 2.83$, $SD = 0.72$) อธิบายได้ว่าในปัจจุบันสมาชิกผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น โดยร้อยละ 83.6 ของสมาชิกผู้สูงอายุทั้งหมดมีโรคประจำตัว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุให้มีปัญหาตามมา ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพด้านจิตใจในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาการหกล้มในผู้สูงอายุ (นพพล, 2553) พบว่าผู้สูงอายุที่หกล้มและมีปัญหาทางด้านร่างกายมาก่อนจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 40-73 เช่น ความรู้สึกกลัวการหกล้ม เป็นต้น

ส่วนความต้องการบริการสุขภาพด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.73$, $SD = 0.70$) อธิบายได้ว่า จากความเป็นจริงในสังคมปัจจุบันที่ผู้สูงอายุต้องเกษียณอายุการทำงานเมื่ออายุ 60 ปี ทำให้

ต้องอยู่ในสภาพที่ถูกลดบทบาททางสังคม รู้สึกว่าตนเองต้องสูญเสียอำนาจต่าง ๆ ที่เคยมี และที่สำคัญคือการใช้ชีวิตที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นปัญหาและสร้างภาระต่อครอบครัวและสังคม แต่ถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้หรือมีการเตรียมตัวเองก่อนถึงวัยสูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมได้และสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการในการได้รับสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอโยธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าอยู่ในระดับมาก (จันทร์เพ็ญ, จ่านงค์ และเอก, 2554) อีกทั้งการบริการสุขภาพด้านสังคมที่ศูนย์ฯ ได้จัดให้กับสมาชิกศูนย์ฯ เป็นบริการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกันมาตลอด ทำให้ผู้สูงอายุได้มีความสุขที่ได้พบปะกับเพื่อน ๆ รุ่นเดียวกัน ได้มีการถ่ายทอดความรู้หรือแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองสามารถทำประโยชน์ให้กับคนอื่นได้ ดังคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง คือ “อยากให้ทางศูนย์ฯ เปิดบริการทุกวันเพราะจะได้พบปะกับเพื่อน ๆ เนื่องจากเหงาเมื่อต้องอยู่บ้านตามลำพัง อีกทั้งได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันด้วย และจะได้มีความสุข และอยากให้มีการดูแลผู้สูงอายุได้ช่วงกลางวัน” และ “ควรมีการฝึกงานประดิษฐ์ต่าง ๆ จะได้ทำให้ผู้สูงอายุฝึกสมอง และเป็นการถ่ายทอดความรู้ให้กับคนรุ่นหลังด้วย”

สำหรับความต้องการบริการสุขภาพด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.44$, $SD = 0.86$) อธิบายการศึกษาครั้งนี้ได้ว่ามนุษย์ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ทำให้มนุษย์มีความสมดุลของชีวิตได้และเป็นส่วนประกอบที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (ประเวศ, 2543) ถึงแม้จะอยู่ในวัยสูงอายุก็ยังมีความต้องการการบริการด้านจิตวิญญาณเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขกับช่วงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างแท้จริง เป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพทางสังคมในปัจจุบันทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหามากมาย เช่น ปัญหาสุขภาพที่ต้องใช้ชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง และปัญหาที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังซึ่งมีสาเหตุจากการสูญเสียคู่สมรส หรือสาเหตุที่บุตรหลานต้องย้ายถิ่นฐานเข้าไปทำงานในเมืองจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรมที่ทุกคนต้องดิ้นรนหาอาชีพดี ๆ เพื่อให้มีชีวิตรอดอยู่ได้ เป็นต้น จึงทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง โดยเกือบทั้งหมดของสมาชิกผู้สูงอายุได้มีการปฏิบัติสวดมนต์เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อของตนเอง (ร้อยละ 89.0) และสวดมนต์เป็นประจำถึงร้อยละ 42.5 อีกทั้งทางศูนย์ฯ ยังส่งเสริมความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วยการจัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและต้องการ เช่น การนิมนต์พระมาบรรยายธรรมในวันสำคัญในโอกาสต่าง ๆ เป็นต้น (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553)

2.2 ระดับความต้องการบริการสุขภาพสูงที่สุดห้าอันดับแรก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพสูงที่สุดห้าอันดับแรก เป็นความต้องการบริการสุขภาพด้านร่างกายและเป็นการต้องการที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ เรื่องห้องน้ำที่มีราวจับ มีแสงสว่างและพื้น ไม่ลื่นเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ เรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุหลากหลาย (นอกจากแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ) เช่น การรำไทเก๊ก (มวยจีน) รำไม้พลอง รำโนราบิก รำกระบอง ระบายผ้า เรื่องการแขวนปฏิทิน และนาฬิกา และมีมุมฝึกทักษะเพื่อการกระตุ้นความจำ เรื่องการบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเรื่องการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดยแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

เรื่องห้องน้ำที่มีราวจับ มีแสงสว่างและพื้น ไม่ลื่นเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ อธิบาย การศึกษาครั้งนี้ได้ว่าสมาชิกผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทำให้ความคล่องตัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีน้อยลงด้วย โดยพบว่าสมาชิกผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 94.5) และกิจกรรมที่มีปัญหามากที่สุดคือ การกลืนอาหาร/ปีสภาวะไม่ได้ (ร้อยละ 12.33) ยิ่งส่งเสริมให้สมาชิกผู้สูงอายุต้องใช้บริการห้องน้ำมากขึ้น อีกทั้งศูนย์ฯ ก็ยังไม่มีห้องน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ที่มีราวจับเพื่อการพยุงตัว มีเก้าอี้นั่งพักในห้องน้ำเพื่อพักชั่วคราว เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย ซึ่งจัดว่าสิ่งแวดล้อมยังไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการเรื่องห้องน้ำที่มีความเหมาะสมและปลอดภัยต่อตนเองในระดับมากที่สุด สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มได้ง่ายมากขึ้น (นพพร, 2553) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาศูนย์ฯ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องภาวะทุพพลภาพ และปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มจะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ (อาชญญา, วีระเทพ, สารีพันธุ์, วรรัตน์, ณัฐฐลักษณ์ และสุวิธิดา, 2552)

เรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุหลากหลาย (นอกจากแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ) เช่น การรำไทเก๊ก (มวยจีน) รำไม้พลอง รำโนราบิก รำกระบอง ระบายผ้า อธิบายได้ว่าปัจจุบันผู้สูงอายุให้ความสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา จึงทำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายมากขึ้น เนื่องจากต้องการให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยและบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย (วรรณภา, ผ่องพรรณ และประเสริฐ, 2552) ที่พบว่าแนวโน้มการออกกำลังกายของผู้สูงอายุไทยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากปี พ.ศ. 2545 และในปี พ.ศ. 2547 (ร้อยละ 17.4 และ 21.27 ตามลำดับ) และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 41.1 ในปี พ.ศ. 2550 แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลงจึงทำให้

ความสามารถต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถออกกำลังกายหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนกันทุกคน ถึงแม้การจัดบริการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ พบว่ามีบริการออกกำลังกายหลายชนิด เช่น แอโรบิก รำฟัด ระบายผ้า รำไทเก๊ก 18 ท่า โนราบิก และการเดินลีลาศ เป็นต้น (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553) แต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ร่วมกับสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความแข็งแรงลดลงจากปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 94.5) ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายร่วมกับสมาชิกผู้สูงอายุอื่นได้อย่างเต็มที่ ได้แต่เพียงนั่งดูและทำตามบางท่าที่สามารถทำได้ หรือสมาชิกผู้สูงอายุบางรายออกกำลังกายได้เพียงบางส่วนก็ต้องออกมานั่งพักเพราะความเหนื่อย และมีสมาชิกผู้สูงอายุบางรายเกิดอุบัติเหตุหน้ามีด ขณะออกกำลังกาย เป็นต้น จึงทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการกิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มวัย สอดคล้องกับคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง “ควรส่งเสริมให้เล่นกีฬาในร่ม เพราะคนแก่มาก ๆ ไม่สามารถออกกำลังกายได้เหมือนเดิมแล้ว” และสอดคล้องการศึกษาของสัมฤทธิ์ (2553) ที่พบว่าชุดการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นต้องประกอบด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมตามความสามารถและศักยภาพของร่างกายเท่าที่สามารถปฏิบัติได้และควรอยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่

เรื่องการแขวนปฏิทิน และนาฬิกา และมีมุมฝึกทักษะเพื่อการกระตุ้นความ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุยังมีอายุมากขึ้นก็ยังมีปัญหาเรื่องสมองเสื่อม (Dementia) และเป็นปัญหาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดอาการหลงลืมได้ง่าย จากลักษณะของสมาชิกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดี โดยจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 28.8, 30.1 ตามลำดับ) ซึ่งทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความเข้าใจปัญหาเรื่องสมองเสื่อมเป็นอย่างดี อีกทั้งศูนย์ฯ ได้ถูกจัดตั้งขึ้นภายใต้การดูแลของคณะพยาบาลศาสตร์และได้รับความรู้ต่าง ๆ รวมถึงได้รับการตรวจคัดกรองสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือทดสอบภาวะสมองเสื่อม (MMSE) ยิ่งส่งเสริมให้สมาชิกผู้สูงอายุได้ตระหนักและมีความต้องการบริการที่ช่วยฝึกฝนสมอง สอดคล้องกับคำกล่าวของสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง “ส่งเสริมการเล่นกีฬาในร่มเพื่อฝึกสมอง เช่น หมากขุม หมากฮอด ยางยืด บิงโก”

เรื่องการบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อธิบายได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจดูแล ซึ่งการให้ความหมายของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหมายถึงการใส่ใจดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการพึ่งพาตนเองทั้งการแสวงหาและการช่วยเหลือตนเอง (สุริยาภรณ์, ชาวพรรณ และทัศนนา, 2551) อีกทั้งสถานการณ์

ปัจจุบันพบผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน (ร้อยละ 22) เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2552) ซึ่งสมาชิกผู้สูงอายุมีความรู้และเข้าใจถึงผลกระทบต่อร่างกายจากภาวะโรคเบาหวาน ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุสนใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพของตนเองและการดูแลรักษาที่รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา (2548) พบว่าผู้สูงอายุความต้องการด้านร่างกายในเรื่องการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 3.95$) และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีนยา (2552) พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการทางกายภาพ ได้แก่ เรื่องการบำรุงร่างกายและการออกกำลังกาย เรื่องการตรวจสุขภาพและการเฝ้าระวัง และเรื่องความเพียงพอของรายได้

เรื่องการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดยแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง อธิบายได้ การที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผู้สูงอายุมีแหล่งในการค้นหาความรู้หลายแหล่งด้วยกัน เช่น จากผู้นำชุมชน ญาติ และเพื่อน (ร้อยละ 60) โทรทัศน์ (ร้อยละ 57.4) หอกระจายข่าวสาร (ร้อยละ 35.6) วิทยู (ร้อยละ 32.8) และหนังสือพิมพ์หรือนิตยสาร (ร้อยละ 14.4) (ปานบดี และนิธิศ, 2553) สำหรับสมาชิกผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ได้รับบริการที่อยู่ภายใต้การดูแลของคณะพยาบาลศาสตร์ และบางโอกาสจะมีทีมสหวิชาชีพจากคณะอื่น ๆ เข้ามาร่วมกิจกรรมด้วย เช่น การบรรยายความรู้โดยแพทย์ เป็นต้น ซึ่งทำให้สมาชิกผู้สูงอายุได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง อีกทั้งสมาชิกผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจที่ได้รับความรู้และการดูแลจากบุคคลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญอย่างแพทย์ พยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์และวรรณลักษณ์ (2551) พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการบริการในด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเรื่องการประชาสัมพันธ์ทางการแพทย์อย่างทั่วถึง มีเจ้าหน้าที่ประจำให้คำแนะนำดูแลช่วยเหลือ มีแพทย์มาดูแลใกล้ชิด มีบริการที่รวดเร็ว สะดวกและครบวงจร และมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ

2.3 ระดับความต้องการบริการสุขภาพต่ำที่สุดห้าอันดับแรก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการบริการต่ำที่สุดห้าอันดับแรกเป็นความต้องการบริการสุขภาพด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ และเป็นความต้องการที่อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ได้แก่ เรื่องการจัดกิจกรรมฝึกสมาธิ เรื่องการนิมนต์พระมาบรรยายธรรม เทศนา/ปฐกฐาวิสาขนา เรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ เรื่องการจัดกิจกรรมเฉพาะให้ผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ (80 ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถออกกำลังกายเหมือนเพื่อน ๆ ได้ เช่น การทำอาชีวบำบัด การเดินไฟ การเดินโดมิโน และเรื่องการจัดให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุสัมพันธ์ การรณรงค์ต่อต้านด้านอบายมุข เป็นต้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

เรื่องการจัดกิจกรรมฝึกสมาธิและเรื่องการนิมนต์พระมาบรรยายธรรมเทศนา/ปฐกวีลีขนา เป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ และเป็นความต้องการบริการสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าสมาชิกผู้สูงอายุได้มีการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน ทั้งที่ปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านและการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางศูนย์ฯ จัดขึ้นตามเทศกาลต่าง ๆ เช่น การบรรยายธรรมโดยพระสงฆ์ ซึ่งส่วนใหญ่สมาชิกผู้สูงอายุนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.2) การปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนาเป็นการสวดมนต์มากที่สุด (ร้อยละ 89.0) และการที่สมาชิกผู้สูงอายุได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของตนเองทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองและบุคคลรอบข้าง (จอม, 2542) ส่งผลให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือในกิจกรรมที่ศูนย์ฯ จัดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งวัยสูงอายุจะมีความใกล้ชิดกับศาสนาเป็นอย่างมากและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งคำสอนของศาสนา รวมถึงการทำนุบำรุงหลักคำสอนให้คนรุ่นหลังได้ยึดมั่นและปฏิบัติ จึงทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความใกล้ชิดกับศาสนาของตนเอง และการปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนาเป็นสิ่งที่สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างเป็นประจำทุกวัน ส่งผลให้มีความต้องการบริการสุขภาพจัดอยู่ในกลุ่มที่ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของพระครูสิงห์แก้ว (2554) พบว่าผู้สูงอายุมิพบบาททางด้านศาสนามากมายและมีความใกล้ชิดกับพระพุทธศาสนาเป็นอย่างมาก เช่น ด้านการอุปถัมภ์พระสงฆ์ ด้านการชักชวนให้คนเข้าวัดมากขึ้น ด้านการสนับสนุนการเผยแพร่พระพุทธศาสนา และด้านการป้องกันศาสนา เป็นต้น

เรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ และเรื่องการจัดกิจกรรมเฉพาะให้สมาชิกผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ (80 ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถออกกำลังกายเหมือนเพื่อน ๆ ได้ เช่น การทำอาชีพบำบัด การเดินไฟ การเดินโดมิโน ซึ่งเป็นความต้องการบริการสุขภาพด้านร่างกายและเป็นความต้องการบริการสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์กับสมาชิกผู้สูงอายุมากมาย เช่น ทำให้ร่างกายแข็งแรง เป็นสิ่งจำเป็น ทำให้จิตใจแจ่มใส ทำให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องตัว ส่งเสริมให้เจริญอาหารและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพักผ่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การที่ออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงของสมาชิกผู้สูงอายุจะทำให้ก่อให้เกิดอันตรายมากกว่าประโยชน์ที่สมาชิกผู้สูงอายุจะได้รับ เช่น ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย ทำให้น้ำหนักลด เป็นต้น (ชนิษฐา, สุนุดตรา และเนตรนภา, 2545) อีกทั้งศูนย์ฯ มีกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับสมาชิกผู้สูงอายุที่หลากหลาย เช่น รำไทเก๊ก 18 ท่า รำพัด รำโนราบิต และการเดินลีลาส เป็นต้น พร้อมทั้งมีวิทยากรที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายแต่ละชนิดเข้ามาเป็นผู้นำหรือให้ความรู้เกี่ยวกับท่าทางการออกกำลังกาย ทางศูนย์ฯ มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายที่ครบถ้วนและมีการจัดลำดับของกิจกรรม

อย่างเหมาะสม จึงทำให้สมาชิกผู้สูงอายุสามารถเลือกเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ และชอบมากที่สุด แต่สำหรับสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง นั้นเลือกที่จะออกกำลังกายบางท่าเท่าที่ร่างกายตนเองสามารถปฏิบัติได้เท่านั้นหรือเลือกที่จะเป็นฝ่ายดูเพื่อนสมาชิกผู้สูงอายุอื่นออกกำลังกายมากกว่า ประกอบกับสมาชิกผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่อยู่ช่วงของผู้สูงอายุวัยต้นมากที่สุด (ร้อยละ 42.5) จึงทำให้ความต้องการบริการสุขภาพที่สมาชิกผู้สูงอายุเลือกนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมาชิกผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกรวิทย์ (2548) พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับมาก ดังนั้นความต้องการผู้ให้บริการ (ร้อยละ 38.83) ด้านสถานที่ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก (ร้อยละ 37.52) และด้านบริหารจัดการการออกกำลังกาย (ร้อยละ 44.73) ส่วนด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย มีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.6)

เรื่องจัดให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุสัมพันธ์ การรณรงค์ต่อต้านด้าน อบายมุข เป็นต้น เป็นความต้องการบริการสุขภาพด้านสังคมและอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว นั้นเป็นเครื่องหมายที่แสดงว่าบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุถูกลดระดับลง ทั้งด้านหน้าที่การงาน หน้าที่รับผิดชอบ เป็นต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกหว่าเหว่ สูญเสียคุณค่า ในตนเอง () ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวสามารถจัดการได้ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมใน การทำกิจกรรมกับกลุ่ม เช่นเดียวกับศูนย์ฯ ที่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ในทุกกิจกรรมมาตลอดทั้งกิจกรรมที่จัดขึ้นภายในศูนย์ฯ และกิจกรรมที่จัดร่วมกับหน่วยงาน ภายนอก อีกทั้งสมาชิกผู้สูงอายุเองได้รับการดูแลด้วยความเป็นมิตรและได้รับเกียรติในฐานะ ผู้สูงอายุที่พึงจะได้รับตลอดการเข้ารับบริการ ส่งผลให้สมาชิกผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางศูนย์ฯ จัดให้อย่างต่อเนื่อง (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553) ส่งผลให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการบริการสุขภาพเรื่องจัด ให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนอยู่ในกลุ่มระดับต่ำ

3. แบบแผนการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาแบบแผนการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง พบว่าแบบแผนการบริการสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เรื่อง การบริการที่มีความเหมาะสมและปลอดภัย เรื่องความต้องการให้มีการช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย ลูกหนี้ได้ทันทั่วทั้ง เรื่องความต้องการให้เพิ่มบริการ เช่น บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น บริการออก กำลังกายที่หลากหลาย บริการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น บริการกิจกรรมด้านศิลปะ และบริการ กิจกรรมที่จัดโดยนักศึกษา เป็นต้น และเรื่องความต้องการให้เพิ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

เรื่องบริการที่มีความเหมาะสมและปลอดภัย อธิบายได้ว่าสมาชิกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ลดลงและความแข็งแรงด้านร่างกายที่ลดน้อยลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ความถี่ลดลงเรื่อยๆ ที่ไม่สามารถหยุดยั้งได้ ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่ายมากขึ้น (ลัดดา และเรวดี, 2552) ซึ่งสมาชิกผู้สูงอายุมีความเข้าใจว่าผลกระทบที่จะได้รับเมื่อผู้สูงอายุหกล้ม นั่นคือภาวะทุพพลภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคือคนอื่นมากกว่าตนเอง เนื่องจากการหกล้มในผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหากระดูกสะโพกหักได้ถึงร้อยละ 90 (นพพร, 2553) จึงส่งผลให้สมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการที่มีความเหมาะสมและมีความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลินี (2553) พบว่าการดูแลผู้สูงอายุควรมีจุดเน้น 3 ประการ ได้แก่ เรื่องความสะอาดและความสุขสบายของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและด้านกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมในสถานดูแลที่ปลอดภัย เหมาะและสะอาด ตั้งแต่ประตูทางเข้าทางเดิน ในห้องน้ำและห้องอาบน้ำทุกห้อง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น และเรื่องการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นกิจกรรมที่หลากหลายและมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัย

เรื่องความต้องการให้มีการช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทันทั่วทั้ง อธิบายได้ว่าสมาชิกผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลทั้งการด้านร่างกายและจิตใจที่ทำให้ตนเองรู้ว่าปลอดภัยขณะเข้ารับบริการที่ศูนย์ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพที่สมาชิกผู้สูงอายุต้องการให้มีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถ เข้าใจผู้สูงอายุและมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ต้องการให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น รถเข็นเปด มีรถบรรทุก” “ต้องการให้มีผู้ดูแลประจำที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ทันเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาซึ่งน่าจะเป็นพยาบาล” เมื่อสมาชิกผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจในการใช้บริการของทางศูนย์ แล้วก็จะทำให้สมาชิกผู้สูงอายุเข้ารับบริการที่ศูนย์ อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลและมั่นใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุเอเชียที่อาศัยในอเมริกา (Mui & Domanski, 1999) พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับการ ได้แก่ บริการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน บริการส่งอาหารกลางวันเพื่อให้ผู้สูงอายุรับประทานที่บ้าน บริการด้านกฎหมาย บริการทางการแพทย์ และบริการดูแลเพื่อความปลอดภัย

เรื่องความต้องการให้เพิ่มบริการ เช่น บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น บริการออกกำลังกายที่หลากหลาย บริการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น บริการกิจกรรมด้านศิลปะ และบริการกิจกรรมที่จัดโดยนักศึกษา เป็นต้น อธิบายได้ว่า การจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุควรมีความหลากหลาย มีความเหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ และมีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

สังคม และจิตวิญญาณเป็นองค์รวม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุทุกด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุจังหวัดภูเก็ตต่อบริการสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ (ชญาณิช, รัตนา และ โสมรัตน์, 2554) พบว่าความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ได้แก่ ต้องการสถานที่ทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ต้องการให้มีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ต้องการบุคคลจัดกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ ต้องการการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมและให้มีรถรับส่งผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม ต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลเข้าไปตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน และต้องการให้มีตรวจโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของอรอาไพ (2554) พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการบริการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ ต้องการจัดกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น ต้องการให้มีกิจกรรมทัศนศึกษาหรือท่องเที่ยวเดือนละครั้ง และต้องการให้มีการจัดตลาดนัดค้าขายสำหรับผู้สูงอายุในศูนย์

เรื่องความต้องการให้เพิ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด อธิบายได้ว่าทำให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุสามารถมองได้หลายมุมมอง การที่เรามองผู้สูงอายุว่าเป็นทรัพย์สินของชาตินั้นหมายความว่าผู้สูงอายุไม่ใช่ภาระของสังคมและครอบครัว แต่พบว่าผู้สูงอายุเป็นแหล่งของความรู้ความสามารถมากมายในทุก ๆ เรื่อง เช่น วิธีการใช้ชีวิตที่ดี ความรู้ด้านศิลปะ เป็นต้น ซึ่งเป็นแหล่งที่บุคคลรุ่นหลังสามารถค้นหาความรู้ได้อย่างหลากหลาย (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 2549) ซึ่งมุมมองเช่นนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีจากบุคคลรอบข้าง เช่นเดียวกับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกัน การส่งเสริมและการฟื้นฟู (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553) แต่ด้วยสภาพปัจจุบันของสมาชิกผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้มีความต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดมากขึ้นเพื่อให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนสมาชิกผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่และมีความปลอดภัยในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งปัจจุบันสมาชิกกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงเพิ่มมากขึ้นทุกขณะ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2 (วิชัย, เขารัตน์, สุรศักดิ์, หทัยชนก, วราภรณ์ และกนิษฐา, 2551) พบว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง ส่งผลให้ต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดและต้องการผู้ดูแล (ร้อยละ 28 ในชายและร้อยละ 38 ในหญิง) มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยต้นซึ่งส่วนใหญ่มีสุขภาพที่แข็งแรงและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อระดับความต้องการบริการสุขภาพ และแบบแผนการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกศูนย์ฯ ทั้งหมด 73 คน และผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ซึ่งผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีจำนวนทั้งหมด 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ซึ่งผู้วิจัยสร้างข้อคำถามขึ้นเอง และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเชิงคุณภาพ ซึ่งแบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่านและได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ส่วนแบบสอบถามเชิงคุณภาพได้ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 1 ท่าน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า

1. ระดับความต้องการการบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.79$, $SD = 0.60$) เมื่อจำแนกความต้องการบริการสุขภาพตามรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการบริการสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.86$, 2.83 และ 2.73 ตามลำดับ) ส่วนด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.44$)

2. ระดับความต้องการบริการสุขภาพสูงที่สุดห้าอันดับแรก ได้แก่ เรื่องห้องน้ำที่มีราวจับ มีแสงสว่างและพื้นไม้ลิ้นเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ เรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม

กับผู้สูงอายุหลากหลาย (นอกจากแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ) เช่น การรำไทเก๊ก (มวยจีน) รำไม้พลอง รำโนราบิก รำกระบอง ระบายผ้า เรื่องการแขวนปฏิทิน และนาฬิกา และมีมุมฝึกทักษะเพื่อการกระตุ้นความจำ เรื่องการบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเรื่องการบริหารความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดยแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (M = 3.38, 3.31, 3.12, 2.94 และ 2.93 ตามลำดับ) ส่วนความต้องการบริการต่ำที่สุดห้าอันดับแรก ได้แก่ เรื่องการจัดกิจกรรมฝึกสมาธิ เรื่องการนิมนต์พระมาบรรยายธรรมเทศนา/ปฐกฐาวิสาขบูชา เรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ เรื่องการจัดกิจกรรมเฉพาะให้ผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ (80 ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถออกกำลังกายเหมือนเพื่อน ๆ ได้ เช่น การทำอาชีพบำบัด การเล่นไพ่ การเล่นโดมิโน และเรื่องการจัดให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุสัมพันธ์ การรณรงค์ต่อต้านด้านอบายมุข เป็นต้น (M = 2.36, 2.41, 2.41, 2.42 และ 2.53 ตามลำดับ)

3. แบบแผนการบริการสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือลดลง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ต้องการการจัดสถานที่ที่สะดวกสบายและปลอดภัย ต้องการให้มีการช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทันทั่วถึง ต้องการให้เพิ่มบริการต่าง ๆ เช่น การตรวจสุขภาพเบื้องต้น บริการการออกกำลังกายที่หลากหลาย บริการกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น บริการกิจกรรมด้านศิลปะ และบริการกิจกรรมที่จัดโดยนักศึกษา เป็นต้น และเพิ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

จุดแข็งของงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้ได้ความเข้าใจมากขึ้นถึงเหตุผลของความต้องการบริการสุขภาพแต่ละด้านของผู้สูงอายุและในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงที่เพิ่มขึ้น

จุดอ่อนของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ สมาชิกศูนย์ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นสมาชิกผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง จึงทำให้ผลการตอบแบบสอบถามไม่สามารถอธิบายถึงความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มอายุมากที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมือง มีการศึกษาอยู่ในระดับดี มีฐานะปานกลางถึงดี ให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถอธิบายถึงความต้องการการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มอื่นได้อย่างชัดเจน แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในศูนย์ฯ ที่มีลักษณะคล้ายกัน

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น ได้แก่ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการจัดแบบแผนการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ อย่างเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มวัยเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมด้านสุขภาพแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและมีความปลอดภัยในการเข้ารับบริการที่ศูนย์ฯ ดังนี้

แบบแผนบริการสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ควรเพิ่มบริการสุขภาพให้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการปรับด้านคุณภาพของบริการที่มีอยู่แล้ว เช่น ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลาย กิจกรรมทัศนศึกษา กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมเยี่ยมเยียนสมาชิก กิจกรรมนิมนต์มาบรรยายธรรม กิจกรรมไว้อาลัยในพิธีศพ กิจกรรมฝึกสมาธิ และมีห้องอ่านหนังสือ เป็นต้น และเพิ่มบริการตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น มีมุมกระตุ้นความจำ มีวิทยากรมาบรรยายตามกลุ่มที่ผู้สูงอายุสนใจ และกิจกรรมเล่านิทานสร้างสรรค์ การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุปีละ 2 ครั้ง เป็นต้น

แบบแผนบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม ควรเตรียมความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง (80 ปีขึ้นไปหรือมีปัญหาสุขภาพ) เช่น บริการจัดสถานที่ที่มีความสะดวกสบายและปลอดภัย บริการช่วยเหลือยามเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทันที ต้องการให้มีการเพิ่มบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น การออกกำลังกายที่

หลากหลาย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และกิจกรรมที่จัดโดยนักศึกษา เป็นต้น และเพิ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

2. ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการปรับปรุงโครงสร้าง/ทรัพยากรบุคคล/อุปกรณ์ที่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มากขึ้น โดยมีการปรับปรุงทั้งด้านสถานที่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน กิจกรรม เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม

3. ด้านการศึกษา ควรมีการส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ให้มีการฝึกปฏิบัติที่ศูนย์ฯ อย่างต่อเนื่อง และควรเน้นให้นักศึกษาได้คิดวิเคราะห์แบบแผนการบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการในผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยเพื่อยืนยันว่าบริการสุขภาพตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 14(3), 385-399.
- กรวิทย์ ช่วยคุณ. (2548). *สภาพและความต้องการการออกกำลังของผู้สูงอายุอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง พ.ศ. 2548*. ปรินญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- กานดา พูนทวีลาภ. (2539). *สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: ฟิสิกส์เซอร์เตอร์.
- ขนิษฐา นาคะ, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ และเนตรนภา คู่พันธ์วี. (2545). *สถานการณ์ออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คณิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม. (2554, กรกฎาคม 12). *โครงการ “การทบทวนเอกสารด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย”*. ศูนย์วิจัยกฎหมายและการพัฒนา คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ค้นเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2554 จาก http://www.thaitgri.org/images/stories/Document2/PB_Document/Meeting2011/Law_12072011/HealthAgingPersons_CU.pdf
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.
- จิราภา สุขประเสริฐ. (2551). *รูปแบบการจัดบริการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุกรณีศึกษาศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดอรุณภูมิ เทศบาลนครพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จอม สุวรรณ โณ. (2542). บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. *วารสารพยาบาล*, 48(1), 13-22.
- จันทร์เพ็ญ สอยแก้ว, จำนงค์ อธิวัฒน์สิทธิ์ และเอก ศรีเชลียง. (2554). *การศึกษาความต้องการในการได้รับสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอโยธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี.
- ชฎานิส ลือวานิช, รัตนา ลือวานิช และโสภรัตน์ บัณฑิตเลิศรักษ์. (2554). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุจังหวัดภูเก็ตต่อบริการสุขภาพ*

ที่พึงประสงค์เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

ฐานา ธรรมคุณ และสุรรัตน์ เกตุตรง. (2548). มุมมองของผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเมืองจังหวัดพิษณุโลก. *พุทธชินราชเวชสาร*, 22(1), 9-19.

ทัศนาศูววรรณปะกรณ์, ลินจง โปธิบาล และจิตตวดี เจริญทอง. (2551). การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา. *พยาบาลสาร*, 35(1), 36-45.

นภา สุทธะตั้ง. (2547). ความต้องการของผู้รับบริการในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งยั้ง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นภาพร ชโยวรรณ. (2542). ประชากรสูงอายุไทย. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, มัทนา พนานิรามัย, เล็กสมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริวรรณ ศิริบุญ, สิรินทร จันทสิริ กาญจน และคณะ, *ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย* (หน้า 34-37). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพพล ประโมทยกุล. (2553). การหกล้มในผู้สูงอายุ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 10(2), 212-218.

บรรลุ ศิริพานิช. (2552). กระบวนทัศน์ ทิศทาง การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. ใน สายศิริ ด่านวัฒนะ (บรรณาธิการ), *รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ เรื่อง การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ* (หน้า 18-21). กรุงเทพมหานคร: สหพัฒน์ไพศาล.

บรรลุ ศิริพานิช. (2550). *คู่มือผู้สูงอายุ: ฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ (เตรียมตัวก่อนเกษียณการทำงาน)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ปรารธนา มะลิไทย, คทาร์ตัน เฮงตระกูล และเกียรติพงษ์ มีเพียร. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารอีสานศึกษา ความหลากหลายทางวัฒนธรรม*, 7(18), 101-113.

ประไพวรรณ ศรีเมธาวรรณ, ขนิษฐา นาคะ และประนอม หนูเพชร. (2553). กิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชนบทภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(1), 112-120.

ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปานบดี เอกะจัมปะกะ และนิธิต วัฒนมะโน. (2553). สถานการณ์สุขภาพไทย. *สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข*, 4(2), 1-32.

- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง. เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง พ.ศ.2553. อุตรธานี: โรงพยาบาลอุตรธานี.
- พจนา ธรรมรัตน์พฤกษ์ และลดาพรรณ สินไชย. (2551). คู่มือการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พระครูสิงห์แก้ว วชิรธมโม. (2554). บทบาทของผู้สูงอายุในการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา: ศึกษา เฉพาะกรณีตำบลหลายยาว อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พิศิษฐ์ พิริยาพรรณ. (2552). พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 1(2), 13-21.
- เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์, พัชรียา ไชยลังกา และเอมอร แซ่จิว. (2553). รูปแบบการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มาลินี วัฒนากุล. (2553). การดูแลผู้สูงอายุ ด้านการป้องกันการติดเชื้อ. พยาบาลสาร, 37(4), 1-6.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทีคิวพี.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. (2549). เวทีนโยบายสาธารณะ: เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ บทบาทท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เปนไท่ พับลิชชิง.
- ลัดดา เทียมวงศ์ และเรวดี เพชรศิระสิงห์. (2552). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ที่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล, 24(1), 77-87.
- เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกาค์ ศักดาพร. (2554). โครงการวิจัย เรื่อง “ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย”. สำนักมาตรฐานการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กรุงเทพมหานคร.

- ขงยุทธ แก้วเต็ม. (2552). *กระบวนการดำเนินงานของชุมชนในการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมชนอำเภอเมืองลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ*. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ (บรรณาธิการ), *การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550* (หน้า 33). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทีคิวพี.
- วันดี โภคะกุล. (2548). *มาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ*. ในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. *มาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุ (2)*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วันชัย ชูประดิษฐ์. (2555). *การศึกษาความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี.
- วิชัย เอกพลากร, เขารัตน์ ปกปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า และกนิษฐา ไทยเกล้า. (2551). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ, วรรณภา ศรีชัยรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, ประเสริฐ อัสสันตชัย, วรเวศม์ สุวรรณระดา, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). ใน ชื่นตา วิชชาวุธ (บรรณาธิการ), *การทบทวนและการสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทีคิวพี.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2552). *ประชากรไทย*. ใน สมศักดิ์ ชุมทรัพย์ (บรรณาธิการ), *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552* (หน้า 8-25). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทีคิวพี.
- วีระชัย สิทธิปิยะสกุล, ลินดา สิทธิภูบาล และสุภาวดี แก้วพินิจ. (2553). *ยุทธศาสตร์การดำเนินงานผู้สูงอายุ เขตตรวจราชการ ที่ 17: กระทรวงสาธารณสุข*. เชียงใหม่: เกวลีการพิมพ์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพ็ชช และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2551). *การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ท้อปปี (ประเทศไทย).
- ศรินยา สุริยะฉาย. (2552). *การประเมินผลความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในตำบลบางไทรป่า อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2537). *ภาวะสุขภาพและอนามัยผู้สูงอายุ*. เอกสารประกอบการสอน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2543). *การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพบูรณ์ และเพ็ญศิริ แต่สุวรรณ. (2554). *การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยภายใต้ The Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) 2010*. กรุงเทพมหานคร. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2553). *ที่ระลึกครบรอบ 17 ปีและทำเนียบสมาชิก*. สงขลา: บรรณการพิมพ์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2554. *สารประชากร*, 20(1), 1-4.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550 “หอมกลิ่นลำดวน” เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. ใน *วรรณภา ศรีชัยรัตน์, และลัดดา ดำริการเลิศ (บรรณาธิการ)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคไทย*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *สิ่งแวดล้อมกับทฤษฎีการพยาบาลของฟอเรนซ์ไนติงเกล*. ใน *สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ)*. *พยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติการพยาบาล* (หน้า 101-108). กรุงเทพมหานคร: หจก. วี. เจ. พริ้นติ้ง.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที คิว พี.
- สิรินทร นันศิริกาญจน. (2552). *สถานการณ์องค์ความรู้เกี่ยวกับการทำงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการ*. ใน *สายศิริ ด่านวัฒนะ (บรรณาธิการ)*, *รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ เรื่อง การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ* (หน้า 24-27). กรุงเทพมหานคร: สหพัฒนาไพศาล.

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

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โสภิตติก พับลิชชิ่ง.

สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, พัชรียา ไชยลังกา, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และสาวิตรี ถิมชัยอรุณเรือง.

(2547). ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อบริการ

สุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 5(1), 9-17.

สุริยาภรณ์ อินทรภิรมย์, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และทัศนาศูววรรณะปกณ์. (2551). การดูแล

ตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี, *พยาบาลสาร*, 35(4), 46-56.

สุรางค์ จันทวานิช. (2546). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553). *คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรเตรียมความพร้อมบุคคลากร*

เข้าสู่วัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิสย์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. ค้น

เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2553 จาก <http://www.udh.go.th/news/upload/25673/11132.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐*. ค้นเมื่อ

วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2553 จาก http://www.moph.go.th/ops/minister_06/Office2/

[สุขภาพแห่งชาติ.pdf](#)

อรรวรรณ คุหา และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2552). *การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความ*

เปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: ซีจี ทูล.

อรอำพร บุรานนท์, กัมปนาท บริบูรณ์ และวัฒน์ย์ โรจน์สัมฤทธิ์. (2554). แนวทางการส่งเสริมการ

เรียนรู้ตลอดชีวิตตามความต้องการของผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุคืนแดง สังกัด

กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 8(1), 32-

39.

อรอำไพ บุรานนท์. (2554). *แนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตตามความต้องการของ*

ผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุคืนแดง สังกัดกรุงเทพมหานคร. ปรินญาการศึกษา

มหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

อาชญญา รัตนอุบล, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, สาริพันธ์ สุภวรรณ, วรรัตน์ อภินันท์กุล,

ณัฐธลักษณ์ ศรีมิชัย และสุวิธิดา จรุงเกียรติกุล. (2552). *การศึกษาสภาพ ปัญหา ความ*

ต้องการ และรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อ

ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, กรุงเทพมหานคร.

- อาทิตยา ทะวงส์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ตำบลวังเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- อุทัยทิพย์ รักจรยาบรรณ, ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ วิชัย เอกพราก. (2552). ภาวะทุพพลภาพและปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุไทย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 15(1), 111-126.
- ADZNAM, A., SHAHAR, S., RAHMAD, A. S., YUSOF, N. A. M., ARSHAD, F., & YASSIN, Z., (2008). An Action Research Promotion of Health and Risk Reduction of Chronic Disease: A Need Assessment Study Among Rural Elderly Malay, Care Giver and Health Professionals. *Journal of Nutrition & Aging*, 13(10), 925-930.
- Cambell, J., & Aday, R, H. (2001). Benefits of a nurse-managed wellness program: a senior center model. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(3), 34-43.
- Dossey, B. M. (2001). Holistic nursing: taking your practice to the next level. *Nursing clinics of north America*, 36(1), 1-14.
- Heine, C. (1992). Community issue in the holistic care of the elderly. *Holistic Nurse Practice*, 7(1), 53-60.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (2005). *Critical care nursing a holistic approach*. Philadelphia: Lipincott.
- Johson, M. B. (1990). The Holistic paradigm in nursing: the diffusion of an innovation. *Research in nursing and health*, 13(1), 129-139.
- Kim, H. S., Harada, K., Miyashita, M., Lee, E. A., Park, J. K., & Nakamura, Y. (2001). Use of senior center and the health-related quality of life in korean older adults. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 44 (4), 149-156.
- Mabuza, E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2010). Perceived basic need and resources for the elderly in the Peri-Urban and Rural Communities in the Hhohho Region in Swaziland. *Department of Community Health*, 33(1), 23-32.
- Mui, A, C., & Domanski, M, D. (1999). A community needs assessment among asian American elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14(1), 77-99.

- Olano, C. F., Hidalgo, J. L. T., Díaz, R. C., Gallego, R. M., Castaño, C. S., & Cascales, L. U. (2006). Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health policy*, 75(1), 131-139.
- Tsukada, N., & Saito, Y. (2007). Factors that affect older japans people's reluctance to use home help care and adult day care sevices. *Journal cross culture gerontol*, 21(1), 121-137.
- World Health Organization . (2002). *Active ageing a policy framework*. Geneva: World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ประวัติของสมาชิกผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลประวัติของผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์เกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ แหล่งรายได้ อาชีพในปัจจุบัน ระยะเวลาการเป็นสมาชิกศูนย์ฯ ภาวะสุขภาพ และการประเมินสุขภาพของตนเอง ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

ป้าหนึ่ง อายุ 78 ปี เพศหญิง ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกิน มีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคต้อหิน จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากบุตร ปัจจุบันมีอาชีพเกษตรกร เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว 17 ปี มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับพอใช้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

ป้าสอง เพศหญิง อายุ 86 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกิน มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากตนเองและบุตร ปัจจุบันมีอาชีพเป็นข้าราชการบำนาญ เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว 19 ปี มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับพอใช้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

ป้าสาม เพศหญิง อายุ 82 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ มีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากบุตร ปัจจุบันไม่ประกอบอาชีพแล้ว เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว 10 ปี มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

ป้าสี่ เพศหญิง อายุ 87 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคกระดูกพรุน การศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากบุตร ปัจจุบันไม่ประกอบอาชีพแล้ว เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว 10 ปี มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

ป้าห้า เพศหญิง อายุ 83 ปี ศาสนาพุทธคริสต์ สถานภาพหม้าย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ มีโรคประจำตัว คือ โรคข้อเสื่อม/ไขข้ออักเสบ และโรคกระดูกพรุน จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากตนเอง (มรดกค้ายางพารา) ปัจจุบันไม่ประกอบอาชีพแล้ว เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว 19 ปี มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

ลุงหก เพศชาย อายุ 77 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ อยู่ด้วยกัน มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ มีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อม/ไขข้ออักเสบ และโรคต่อกระจก จบการศึกษาในระดับปริญญาโท มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากตนเอง ปัจจุบันมีอาชีพเป็นข้าราชการบำนาญ เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว 14 ปี มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

ป้าเจ็ด เพศหญิง อายุ 80 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกิน ไม่มีโรคประจำตัว จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากตนเองและบุตร ปัจจุบันมีอาชีพเกษตรกร เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว 15 ปี ไม่มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดี

กรณีศึกษารายที่ 8

ป้าแปด เพศหญิง อายุ 82 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกิน มีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากบุตร ปัจจุบันไม่ประกอบอาชีพแล้ว เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว

15 ปี มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับพอใช้ ป้าแก้ว เพศชาย อายุ 82 ปี

ศ
ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

ป้าแก้ว เพศชาย อายุ 82 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกิน มีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากบุตร ปัจจุบันไม่ประกอบอาชีพแล้ว เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว 19 ปี มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับดี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10

ป้าลิบ เพศหญิง อายุ 69 ปี ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกิน มีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย รายได้มาจากตนเอง ปัจจุบันมีอาชีพเป็นข้าราชการบำนาญ เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว 9 ปี มีปัญหาสุขภาพ และประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี

ภาคผนวก ข
ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดิฉัน นางสาวเจ๊ะยารีเยาะ เจ๊ะ โഴ๊ะ เป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องความต้องการบริการสุขภาพ
และแบบแผนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาล
ศาสตร์ และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จึงขอรบกวนเวลาของ
ท่านเพื่อตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป ปัญหาสุขภาพของท่าน

การวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการจัดบริการด้านสุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุที่ศูนย์
คณะพยาบาลศาสตร์ การเข้าร่วมวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะให้ข้อมูลใน
การวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด หากท่านให้ข้อมูลแล้วเกิดเปลี่ยนใจ
ก็มีสิทธิ์จะถอนตัวได้โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยใน
ภาพรวม

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ดิฉันยินดีตอบข้อชี้แจง โดยท่านสามารถติดต่อโดยตรงได้ที่
เบอร์โทรศัพท์หมายเลข 084-1950761 ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2554

ลงชื่อ.....
(นางสาวเจ๊ะยารีเยาะ เจ๊ะ โซ๊ะ)
ผู้วิจัย

ภาคผนวก ก
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) (Grant & Davis, 1997 อ้างใน
ขงยุทธ, 2552)

$$= \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นด้วยตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

วิธีคำนวณ

ความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และ 2 = 29/30 เท่ากับ 0.96

ความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และ 3 = 29/30 เท่ากับ 0.96

ความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 และ 3 = 28/30 เท่ากับ 0.93

จาก CVI (เฉลี่ย) = CVI (1) + CVI (2) + CVI (3) = (0.96 + 0.96 + 0.93)/3 = 0.95

ดังนั้นค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.95

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

() 1 ชาย () 2 หญิง

2. อายุ.....ปี

3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

4. ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/ตารางเมตร.

5. สถานภาพ

() 1 โสด () 2 คู่ อยู่ด้วยกัน
() 3 คู่ แยกกันอยู่ () 4 หย่า () 5 หม้าย

6. โรคประจำตัว

() 1 ไม่มี () 2 มี ระบุ (โรค)

.....1 โรคเบาหวาน2 โรคความดันโลหิตสูง
.....3 โรคหัวใจ4 โรคต่อกระจก
.....5 โรคมะเร็ง6 โรคข้อเสื่อม/ไขข้ออักเสบ
.....7 โรคไขมันในเลือด8 โรคต่อเนื้อ
.....9 โรคกระดูกพรุน10 อื่นๆ

7. ศาสนา

() 1 พุทธ () 2 อิสลาม
() 3 คริสต์ () 4 อื่นๆ.....

8. ระดับการศึกษา

- () 1 ไม่ได้รับการศึกษา () 2 ประถมศึกษา
 () 3 มัธยมศึกษา () 4 ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
 () 5 ปริญญา () 6 อื่นๆ ระบุ.....

9. ความเพียงพอของรายได้

- () 1 เพียงพอ () 2 ไม่เพียงพอ

10. รายได้/ เดือน

- () 1 ไม่มีรายได้ () 2 น้อยกว่า 1,000 บาท
 () 3 1,000-3,000 บาท () 4 3,001-5,000 บาท
 () 5 5,001-10,000 บาท () 6 มากกว่า 10,000 บาท

11. ท่านมีค่าใช้จ่ายวันต่อวันที่มารับบริการที่ศูนย์เป็นเท่าไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1 ค่ารถ ไป-กลับ.....บาท
 () 2 ค่าอาหาร.....บาท
 () 3 อื่น ๆ.....

12. อาชีพปัจจุบัน

- () 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2 รับจ้าง
 () 3 ค้าขาย () 4 เกษตรกรรม
 () 5 ข้าราชการบำนาญ () 5 อื่นๆ ระบุ.....

13. แหล่งรายได้

- () 1 บุตร () 2 ตนเอง
 () 3 คู่สมรส () 4 อื่น ๆ ระบุ.....

14. ลักษณะครอบครัว

- () 1 เดี่ยว () 2 ขยาย

15. ลักษณะที่อยู่อาศัย

- () 1 มีบ้านเป็นของตนเอง () 2 อาศัยบุตรหลาน
 () 3 บ้านเช่า () 4 อื่น ๆ ระบุ.....

16. เป็นสมาชิกศูนย์ฯ มาแล้ว.....ปี.....เดือน

17. อุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดคือ

- () 1 เจ็บป่วย () 2 มีปัญหาเรื่องการเดินทาง
 () 3 ไม่มีบุตรรับ-ส่ง () 4 อื่น ๆ.....

18. ท่านต้องการให้ทางศูนย์ฯ ขยายเวลาการบริการหรือไม่

- () 1 ไม่ต้องการ () 2 ต้องการ ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อที่ตรงกับความต้องการ

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

.....3 ขยายวันให้บริการเป็น.....วัน4 ขยายช่วงเวลาให้บริการเป็น.....ชั่วโมง

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

19. เมื่อเปรียบเทียบกับวัยเดียวกันท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- () 1 ดีมาก () 2 ดี () 3 พอใช้

- () 4 ไม่ดี () 5 ไม่ดีมาก ๆ

20. ท่านมีปัญหาการได้ยินหรือไม่

- () 1 ไม่มี () 2 มี ระบุ.....

21. ท่านมีปัญหาเรื่องการมองเห็นหรือไม่

- () 1 ไม่มี () 2 มี ระบุ ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อที่ตรงความเป็นจริง

.....3 มองไม่เห็น4 มองเห็นไม่ชัด

.....5 มองเห็นภาพซ้อน6 อื่น ๆ ระบุ.....

22. ท่านมีจำนวนพื้นที่ใช้งานจำนวนกี่ซี่

- () 1 น้อยกว่า 20 ซี่ () 2 มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่

23. ท่านรับประทานยาหรือไม่ ก็ชนิด

- () 1 ไม่มี () 2 มี ระบุ.....

จำนวน (ก็ชนิด).....ชนิด

24. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาเคยมีประวัติหกล้ม

- () 1 ไม่มี () 2 มี ระบุ.....

ถ้าเคยระบุจำนวน (กี่ครั้ง).....ครั้ง

25. ท่านมีปัญหาในการปีสสาวะหรือไม่

- () 1 ไม่มี () 2 มี ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อที่ตรงความเป็นจริง

.....3 ปีสสาวะรอบคิก4 ปีสสาวะบ่อย

.....5 เจ็บเวลาปีสสาวะ6 กลั้นปีสสาวะไม่อยู่

.....7 อื่น ๆ ระบุ.....

26. ท่านมีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระหรือไม่

- () 1 ไม่มี () 2 มี ระบุ.....

27. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- () 1 ไม่สูบบุหรี่ () 2 สูบบุหรี่ (ปริมาณ)...../วัน

28. ท่านดื่มสุราหรือไม่

- () 1 ไม่ดื่ม () 2 ดื่ม สุรา (ปริมาณ).....มล./วัน

29. เมื่อเจ็บป่วยท่านมีผู้ดูแลหรือไม่

- () ไม่มี () มี ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อที่ตรงความเป็นจริง

.....1 บุตรหลาน

.....2 คู่สมรส

.....3 พี่น้อง

.....4 ลูกสะใภ้

.....5 เพื่อนบ้าน

.....6 อื่น ๆ.....

30. ท่านสวดมนต์หรือไม่

- () 1 ไม่สวดมนต์ () 2 สวดมนต์ ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อที่ตรงความเป็นจริง

.....3 ทุกวัน

.....4 ทุกวันพระ

.....5 2-3 วัน/ครั้ง

.....6 นาน ๆ ครั้ง

.....7 อื่น ๆ ระบุ.....

31. ท่านต้องการผู้มาดูแลท่านหรือไม่

- () 1 ไม่ต้องการ () 2 ต้องการ ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อที่ตรงความเป็นจริง

.....3 บุตรหลาน

.....4 คู่สมรส

.....5 พี่น้อง

.....6 ลูกสะใภ้

.....7 เพื่อนบ้าน

.....8 อื่น ๆ.....

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง (IADL)

32. อาบน้ำ

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
 () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
 () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย

33. แต่งตัว / ใ้เสื้อผ้า

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
 () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
 () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย

34. ใช้ห้องสุขา

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
- () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
- () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่/ทำเองไม่ได้เลย

35. ลุกนั่ง/ลุกจากที่นอน

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
- () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
- () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย

36. การกลืนอุจจาระ/ปัสสาวะรด

- () 1 ไม่เคย
- () 2 ครั้งคราว
- () 3 ประจำ

37. กินอาหาร

- () 1 กินเองได้
- () 2 ต้องช่วยเหลือ
- () 3 ไม่สามารถกินเองได้ ต้องป้อน

38. ใช้โทรศัพท์ หมุนโทรศัพท์ รับสายโทรศัพท์ บอกกล่าวข้อความที่ส่งมาทางโทรศัพท์ได้

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
- () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
- () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย

39. ใช้รถ / การเดินทาง

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
- () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
- () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย

40. จับจ่ายซื้อของ

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
- () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
- () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่/ทำเองไม่ได้เลย

41. การหุงหาอาหาร ความสามารถในการทำกับข้าวเองหรืออุ่นอาหารที่ทำเสร็จแล้ว

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์

- () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
- () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย

42. การทำงานบ้าน ทำความสะอาดดูแลบ้านเรือน

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
- () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
- () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย

43. หยิบยากิน

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
- () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
- () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย

44. การใช้เงิน ทอนเงิน

- () 1 ทำได้เองโดยสมบูรณ์
- () 2 ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย
- () 3 ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ฯ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุ ให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงช่องว่างที่ตรงกับความต้องการการบริการด้านสุขภาพของท่าน

- มากที่สุด (4) หมายถึง ท่านมีระดับของความต้องการและบริการด้านสุขภาพมากที่สุด
- มาก (3) หมายถึง ท่านมีระดับของความต้องการและบริการด้านสุขภาพมาก
- ปานกลาง (2) หมายถึง ท่านมีระดับของความต้องการและบริการด้านสุขภาพปานกลาง
- น้อย (1) หมายถึง ท่านมีระดับของความต้องการและบริการด้านสุขภาพน้อย
- ไม่ต้องการ (0) หมายถึง ท่านไม่มีความต้องการและบริการด้านสุขภาพ

การบริการด้านสุขภาพ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ	ระดับความต้องการ					หมายเหตุ
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	ไม่ ต้องการ (0)	
ด้านร่างกาย						
1. การตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ ศูนย์ เช่น การชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ดัชนีมวลกายทุกวัน						
2. การตรวจสุขภาพช่องปากโดย ทันตแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง						
3. การบริการตรวจระดับน้ำตาลใน เลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง						
4. การบริการตรวจสมรรถภาพทาง กายปีละ 1 ครั้ง						
5. การบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรค ของผู้สูงอายุโดยแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง						
6. การจัดอาหารว่างที่เหมาะสมแก่ ผู้สูงอายุวันละ 1 อย่างทุกวัน						
7. การบรรยายเกี่ยวกับการใช้ยาโดย ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับยาปีละ 1 ครั้ง						
8. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยา อาหาร การออกกำลังกายและปัญหา สุขภาพ						
9. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก สำหรับผู้สูงอายุ						
10. มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุหลากหลาย เช่น การรำไทเก๊ก รำไม้พลอง รำ โนราบิก รำกระบอง ระบายผ้า						

การบริการด้านสุขภาพ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ	ระดับความต้องการ					หมายเหตุ
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	ไม่ ต้องการ (0)	
11. ห้องน้ำที่มีราวจับ มีแสงสว่าง และพื้นไม่ลื่นเพื่อความปลอดภัยของ ผู้สูงอายุ						
12. มีการแขวนปฏิทิน และนาฬิกา และมีมุมฝึกทักษะเพื่อการกระตุ้น ความจำ						
13. จัดกิจกรรมเฉพาะให้ผู้สูงอายุที่ อายุมาก ๆ (80 ปีขึ้นไป) ที่ไม่ สามารถออกกำลังกายเหมือนเพื่อนๆ ได้ เช่น การทำอาชีพบำบัด การเล่น ไพ่ การเล่นเกมมิโน						
14. จัดให้มีเจ้าหน้าที่เพื่อดูผู้สูงอายุที่ อายุมากๆ (80 ปีขึ้นไป) โดยเฉพาะ						
15. จัดให้มีมุมพักผ่อนให้ผู้สูงอายุที่ อายุมากๆ (80 ปีขึ้นไป)						
ด้านจิตใจ						
16. การบริการกิจกรรมทัศนศึกษาปี ละ 2 ครั้ง						
17. จัดกิจกรรมนันทนาการโดย นักศึกษา/เจ้าหน้าที่						
18. จัดกิจกรรมในวันพิเศษต่าง ๆ ตามเทศกาล เช่น วันเกิด เป็นต้น						
19. การบริการให้มีวิทยากรตามกลุ่ม ที่ผู้สูงอายุสนใจ เช่น กลุ่มรำไทเก๊ก กลุ่มวาดรูป และกลุ่มดนตรี เป็นต้น						

การบริการด้านสุขภาพ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ	ระดับความต้องการ					หมายเหตุ
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	ไม่ ต้องการ (0)	
20. ให้ผู้สูงอายุแสดงความสามารถพิเศษเดือนละ 1 ครั้ง						
21. จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุต่างวัย เช่น ร้องเพลง						
22. จัดกิจกรรมเล่นิทานสร้างสรรค์ให้ผู้สูงอายุหัวเราะคลายเครียด						
ด้านสังคม						
23. จัดกิจกรรมเยี่ยมเยียนสมาชิกศูนย์ฯ ที่เจ็บป่วย						
24. จัดให้มีกลุ่มจิตอาสา/บำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม						
25. จัดให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุสัมพันธ์ การรณรงค์ต่อต้านด้านอบายมุข เป็นต้น						
26. ประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุที่ควรจะได้รับปีละ 2 ครั้ง						
27. จัดห้องอ่านหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพ/หนังสือพิมพ์						
29. จัดกิจกรรมฝึกสมาธิ						
28. นิมนต์พระมาบรรยายธรรมเทศนา/ปฐกวีลีลา						
30. จัดกิจกรรมไว้อาลัยหรือสวดในพิธีศพของสมาชิก						

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเชิงคุณภาพ

1. ปัจจุบันศูนย์ฯ มีบริการสุขภาพอะไรบ้างที่ตรงกับความต้องการของท่าน ?
2. ท่านมีความต้องการให้เพิ่มบริการสุขภาพอะไรอีกบ้าง ?
3. เพราะเหตุใดท่านถึงต้องการให้เพิ่มบริการตามข้อ 2 ?
4. ท่านมีเรื่องอื่น ๆ อีกหรือไม่ที่จะเสนอให้ปรับปรุงเพิ่มคุณภาพการบริการที่ดีกว่านี้ ?

ภาคผนวก จ
ข้อมูลทั่วไปและความต้องการบริการสุขภาพ

จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	13	17.8
- หญิง	60	82.2
อายุ (ปี) (M=71.91 ปี, S.D.=7.07) (min= 62, max= 87)		
- 60-69 ปี	31	42.5
- 70-79 ปี	26	35.6
- 80 ปีขึ้นไป	16	21.9
ศาสนา		
- พุทธ	71	97.2
- อิสลาม	1	1.4
- คริสต์	1	1.4
สถานภาพ		
- คู่ อยู่ด้วยกัน	37	50.7
- หม้าย	25	34.2
- โสด	4	5.5
- คู่ แยกกันอยู่	4	5.5
- หย่า	3	4.1
ดัชนีมวลกาย		
- อ้วน	49	67.1
- ปกติ	24	32.9
โรคประจำตัว*		
- ไม่มี	12	16.4
- มี	61	83.6

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- โรคความดันโลหิตสูง	30	41.1
- โรคไขมันในเลือด	15	20.5
- โรคกระดูกพรุน	14	19.2
- โรคข้อเสื่อม/ไขข้ออักเสบ	12	16.4
- โรคต่อกระจก	10	13.7
- โรคเบาหวาน	9	12.3
- โรคหัวใจ	8	11.0
- โรคมะเร็ง	3	4.1
- โรคต่อหีน	3	4.1
- โรคไทรอยด์	2	2.7
- โรคหอบ	1	1.4
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.7
- ประถมศึกษา	17	23.3
- มัธยมศึกษา	21	28.8
- ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	10	13.7
- ปริญญาตรี	22	30.1
- ปริญญาโท/เอก	1	1.4
อาชีพปัจจุบัน		
- ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ	31	42.5
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	39.7
- ค้าขาย	6	8.2
- เกษตรกรรม	5	6.9
- รับจ้าง	2	2.7
แหล่งรายได้		
- ตนเอง	50	68.5
- บุตร	21	28.8
- คู่สมรส	2	2.7
รายได้/ เดือน		

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- มากกว่า 10,000 บาท	39	53.4
- 5,001-10,000 บาท	16	21.9
- 3,001-5,000 บาท	6	8.2
- ไม่มีรายได้	7	9.6
- 1,000-3,000 บาท	5	6.8
ความเพียงพอของรายได้		
- เพียงพอ	71	97.3
- ไม่เพียงพอ	2	2.7
ลักษณะครอบครัว		
- เดี่ยว	52	71.2
- ขยาย	21	28.8
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
- มีบ้านเป็นของตนเอง	62	84.9
- อาศัยบุตรหลาน	8	11.0
- อื่น ๆ	3	4.1
ระยะเวลาเป็นสมาชิกศูนย์ฯ		
- 0 - 5 ปี	26	35.6
- 5 - 10 ปี	19	26.0
- 15 - 20 ปี	17	23.3
- 10 - 15 ปี	11	15.1
ค่าใช้จ่ายวันต่อวันที่มารับบริการที่ศูนย์ฯ		
- ไม่มี	11	15.1
- มี	62	84.9
- ค่ารถ	53	72.6
- ค่าอาหาร	47	64.4
อุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด		
- ไม่มี	20	27.4
- มี	53	72.6
- เจ็บป่วย	30	41.1

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- มีปัญหาเรื่องการเดินทาง	8	11.0
- ต้องทำงาน	8	11.8
- ไม่มีบุตรรับ-ส่ง	7	9.6
- ต้องดูแลผู้อื่น	5	6.8
ต้องการให้ทางศูนย์ฯ ขยายเวลาการบริการ		
- ไม่ต้องการ	44	60.3
- ต้องการ	29	39.7
- ขยายวัน	28	38.4
- ขยายเวลา	5	6.8
ภาวะสุขภาพ		
- มีปัญหาสุขภาพ	69	94.5
- ไม่มีปัญหาสุขภาพ	4	5.5
การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง		
- ดีมาก	9	12.3
- ดี	47	64.4
- พอใช้	16	21.9
- ไม่ดี	1	1.4
ปัญหาการได้ยิน		
- ไม่มี	59	80.8
- มี	14	19.2
ปัญหาเรื่องการมองเห็น		
- ไม่มี	44	60.3
- มี*	29	39.7
- มองเห็นไม่ชัด	27	37.0
- มองเห็นภาพซ้อน	3	4.1
จำนวนพื้นที่ใช้งานจริง		
- มากกว่า 20 ไร่	41	56.6
- น้อยกว่า 20 ไร่	32	43.8

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานยา		
- มี	61	83.6
- ไม่มี	12	16.4
ประวัติหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา		
- ไม่มี	64	87.7
- มี	9	12.7
ปัญหาการปีสสาวะ		
- ไม่มี	35	47.9
- มี*	38	52.1
- ปีสสาวะรอบคึก	18	24.7
- ปีสสาวะบ่อย	18	24.7
- กลั้นปีสสาวะไม่อยู่	12	16.4
- เจ็บเวลาปีสสาวะ	1	1.4
ปัญหาการขับถ่าย		
- ไม่มี	56	76.7
- มี	17	23.3
สูบบุหรี่		
- ไม่มี	73	100
ดื่มสุรา		
- ไม่มี	69	94.5
- มี	4	5.5
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
- ไม่มี	4	5.5
- มี*	69	94.5
- บุตรหลาน	43	58.9
- คู่สมรส	30	41.1
- พี่น้อง	5	6.8
- ลูกสะใภ้	5	6.8
- เพื่อนบ้าน	4	5.5

* หมายถึง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การสวมมนต์		
- ไม่สวมมนต์	8	11.0
- สวมมนต์*	65	89.0
- ทุกวัน	31	42.5
- ทุกวันพระ	16	21.9
- นาน ๆ ครั้ง	11	15.1
- 2-3 วัน/ครั้ง	8	11.0
ความต้องการผู้ดูแล		
- ไม่ต้องการ	38	52.1
- ต้องการ*	35	47.9
- บุตรหลาน	21	28.8
- คู่สมรส	14	19.2
- พี่น้อง	2	2.7
- ลูกสะใภ้	2	2.7
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง		
- พึ่งพาตนเองได้	72	98.6
- ต้องการการพึ่งพาบางส่วน	1	1.4
กิจกรรมที่มีปัญหา		
- การกลืนอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้	9	12.33
- การใช้รถ/การเดินทาง	6	8.22
- การทำงานบ้าน ทำความสะอาดดูแลบ้านเรือน	6	8.22
- การหุงอาหาร ความสามารถในการทำกับข้าว	5	6.85
เองหรืออุ่นอาหารที่ทำเสร็จแล้ว		
- การหยิบยากิน	2	2.74
- การใช้โทรศัพท์ หมุนโทรศัพท์ รับสายโทรศัพท์	2	2.74
บอกกล่าวข้อความที่ส่งมาทางโทรศัพท์ได้		
- การจับจ่ายซื้อของ	3	4.10

* หมายถึง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จำนวน และร้อยละของความต้องการบริการสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การบริการด้านสุขภาพ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด (4) จำนวน (ร้อยละ)	มาก (3) จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง (2) จำนวน (ร้อยละ)	น้อย (1) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ต้องการ(0) จำนวน (ร้อยละ)
ด้านร่างกาย					
1. การตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ ศูนย์ เช่น การชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ดัชนีมวลกายทุก วัน	18 (24.7)	25 (34.2)	24 (32.9)	6 (8.2)	-
2. การตรวจสุขภาพช่องปากโดย ทันตแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง	20 (27.4)	26 (35.6)	20 (27.4)	6 (8.2)	1 (1.4)
3. การบริการตรวจระดับน้ำตาล ในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	24 (32.9)	28 (38.4)	16 (21.9)	3 (4.1)	2 (2.7)
4. การบริการตรวจสมรรถภาพ ทางกายปีละ 1 ครั้ง	23 (31.5)	25 (34.2)	18 (24.7)	5 (6.8)	2 (2.7)
5. การบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรค ของผู้สูงอายุโดยแพทย์อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง	24 (32.9)	26 (35.6)	18 (24.7)	4 (5.5)	1 (1.4)
6. การจัดอาหารว่างที่เหมาะสม แก่ผู้สูงอายุวันละ 1 อย่างทุกวัน	18 (24.7)	25 (34.2)	27 (37.0)	3 (4.1)	-
7. การบรรยายเกี่ยวกับการใช้ยา โดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับยาปีละ 1 ครั้ง	18 (24.7)	32 (43.8)	20 (27.4)	2 (2.7)	1 (1.4)
8. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่อง ยา อาหาร การออกกำลังกายและ ปัญหาสุขภาพ	22 (30.1)	30 (41.1)	14 (19.2)	4 (5.5)	3 (4.1)

การบริการด้านสุขภาพ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด (4) จำนวน (ร้อยละ)	มาก (3) จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง (2) จำนวน (ร้อยละ)	น้อย (1) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ต้องการ(0) จำนวน (ร้อยละ)
9. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก สำหรับผู้สูงอายุ	13 (17.8)	24 (32.9)	21 (28.8)	10 (13.7)	5 (6.8)
10. มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุหลากหลาย (นอกจากแอโรบิกสำหรับ ผู้สูงอายุ) เช่น การรำไทเก๊ก (มวย จีน) รำไม้พลอง รำโนราบิก รำ กระบอง ระบายผ้า	31 (42.5)	34 (46.6)	8 (11.0)	-	-
11. ห้องน้ำที่มีราวจับ มีแสงสว่าง และพื้นไม่ลื่นเพื่อความปลอดภัย ของผู้สูงอายุ	37 (50.7)	28 (38.4)	7 (9.6)	1 (1.4)	-
12. มีการแขวนปฏิทิน และ นาฬิกา และมีมุมฝึกทักษะเพื่อ การกระตุ้นความจำ	30 (41.1)	26 (35.6)	14 (19.2)	2 (2.7)	1 (1.4)
13. จัดกิจกรรมเฉพาะให้ผู้สูงอายุ ที่อายุมาก ๆ (80 ปีขึ้นไป) ที่ไม่ สามารถออกกำลังกายเหมือน เพื่อนๆ ได้ เช่น การทำอาชีพ บำบัด การเล่นไพ่ การเล่นเกม	16 (21.9)	23 (31.5)	17 (23.3)	10 (13.7)	7 (9.6)
14. จัดให้มีเจ้าหน้าที่เพื่อดู ผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ (80 ปีขึ้นไป) โดยเฉพาะ	18 (24.7)	27 (37.0)	20 (27.4)	5 (6.8)	3 (4.1)
15. จัดให้มีมุมพักผ่อนให้ผู้สูงอายุ ที่อายุมาก ๆ (80 ปีขึ้นไป)	18 (24.7)	31 (42.5)	18 (24.7)	4 (5.5)	2 (2.7)

การบริการด้านสุขภาพ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด (4) จำนวน (ร้อยละ)	มาก (3) จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง (2) จำนวน (ร้อยละ)	น้อย (1) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ต้องการ(0) จำนวน (ร้อยละ)
ด้านจิตใจ					
16. การบริการกิจกรรมทัศนศึกษาปีละ 2 ครั้ง	25 (34.2)	22 (30.1)	21 (28.8)	4 (5.5)	1 (1.4)
17. จัดกิจกรรมนันทนาการโดยนักศึกษา/เจ้าหน้าที่	17 (23.3)	31 (42.5)	23 (31.5)	2 (2.7)	-
18. จัดกิจกรรมในวันพิเศษต่าง ๆ ตามเทศกาล เช่น วันเกิด เป็นต้น	22 (30.1)	23 (31.5)	25 (34.2)	3 (4.1)	-
19. การบริการให้มีวิทยากรตามกลุ่มที่ผู้สูงอายุสนใจ เช่น กลุ่มรำไทเก๊ก กลุ่มวาดรูป และกลุ่มดนตรี เป็นต้น	19 (26.0)	33 (45.2)	18 (24.7)	3 (4.1)	-
20. ให้ผู้สูงอายุแสดงความสามารถพิเศษเดือนละ 1 ครั้ง	11 (15.1)	29 (39.7)	29 (39.7)	2 (2.7)	2 (2.7)
21. จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุต่างวัย เช่น ร้องเพลง	18 (24.7)	26 (35.6)	23 (31.5)	5 (6.8)	1 (1.4)
22. จัดกิจกรรมเล่านิทานสร้างสรรค์ให้ผู้สูงอายุหัวเราะคลายเครียด	20 (27.4)	31 (42.5)	17 (23.3)	4 (5.5)	1 (1.4)
ด้านสังคม					
23. จัดกิจกรรมเยี่ยมเยียนสมาชิกศูนย์ฯ ที่เจ็บป่วย	20 (27.4)	30 (41.1)	20 (27.4)	2 (2.7)	1 (1.4)
24. จัดให้มีกลุ่มจิตอาสา/บำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม	9 (12.3)	31 (42.5)	31 (42.5)	2 (2.7)	-
25. จัดให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุสัมพันธ์ การรณรงค์ต่อต้านด้านอบายมุข	11 (15.1)	25 (34.2)	30 (41.1)	6 (8.2)	1 (1.4)

การบริการด้านสุขภาพ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด (4) จำนวน (ร้อยละ)	มาก (3) จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง (2) จำนวน (ร้อยละ)	น้อย (1) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ต้องการ(0) จำนวน (ร้อยละ)
26. ประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิของ ผู้สูงอายุที่ควรจะได้รับปีละ 2 ครั้ง	18 (24.7)	27 (37.0)	24 (32.9)	3 (4.1)	1 (1.4)
27. จัดห้องอ่านหนังสือเกี่ยวกับ สุขภาพ/หนังสือพิมพ์	19 (26.0)	28 (38.4)	19 (26.0)	7 (9.6)	-
ด้านจิตวิญญาณ					
28. นิมนต์พระมาบรรยายธรรม เทศนา/ปฐกฐาวิสาขนา	10 (13.7)	25 (34.2)	25 (34.2)	8 (11.0)	5 (6.8)
29. จัดกิจกรรมฝึกสมาธิ	12 (16.4)	21 (28.8)	27 (37.0)	11 (15.1)	2 (2.7)
30. จัดกิจกรรมไหว้อาลัยหรือสวด ในพิธีศพของสมาชิก	15 (20.5)	24 (32.9)	24 (32.9)	7 (9.6)	3 (4.1)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวเจ๊ะยารีเย๊ะ เจ๊ะ โഴ๊ะ		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5310420025		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	2549	

ประสบการณ์การนำเสนอผลงาน

เจ๊ะยารีเย๊ะ เจ๊ะ โซ๊ะ, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. แบบแผนการบริการสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์. ในการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ครั้งที่ 4 ในวันที่ 12 – 13 กรกฎาคม 2555 อาคาร โลจิสติกส์. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.