



รายงานการวิจัยความก้าวหน้า (ฉบับแก้ไข)

เรื่อง

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทย
วิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

Developing the potential of caregivers of dependent elderly and bedridden
patients using traditional Thai Buddhist medicine: a case study of Tha Kham
Subdistrict Community, Hat Yai District, Songkhla Province.

โดย

พระครูประสูติโพธิคุณ, ดร.

ดร.กิตติพงศ์ สุวรรณวงศ์ และคณะ

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หน่วยวิทยบริการ จังหวัดสงขลา

พ.ศ. ๒๕๖๗

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

MCU RS 800767077



รายงานการวิจัยความก้าวหน้า (ฉบับแก้ไข)

เรื่อง

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทย
วิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

Developing the potential of caregivers of dependent elderly and bedridden
patients using traditional Thai Buddhist medicine: a case study of Tha Kham
Subdistrict Community, Hat Yai District, Songkhla Province.

โดย

พระครูประสูติโพธิคุณ, ดร.

ดร.กิตติพงศ์ สุวรรณวงศ์ และคณะ

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หน่วยวิทยบริการ จังหวัดสงขลา

พ.ศ. ๒๕๖๗

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

MCU RS 800767077

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



Research Report

Developing the potential of caregivers of dependent elderly and bedridden patients using traditional Thai Buddhist medicine: a case study of Tha Kham Subdistrict Community, Hat Yai District, Songkhla Province.

By

Phrakhrupra suti phothi khun, Dr.

Dr. Kittipong Suwannawong and team

Mahachulalongkornrajavidyalaya University Songkhla Province Academic Resources Unit

B.E. 2567

Research Project Funded by Mahachulalongkornrajavidyalaya University.

MCU RS 800767077

(Copyright Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

สารบัญ

สารบัญ	หน้า
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ ปัญหาการวิจัย	๓
๑.๓ วัตถุประสงค์การวิจัย	๓
๑.๔ ขอบเขตการวิจัย	๓
๑.๕ นิยามศัพท์ในการวิจัย	๔
๑.๖ สมมติฐาน (ถ้ามี/ปริมาณ)	๖
๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๖
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๗
๒.๑ แนวคิดทฤษฎีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	๗
๒.๒ การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ	๘
๒.๓ ปัญหาผู้สูงอายุ	๑๓
๒.๔ สภาพความต้องการของผู้สูงอายุ	๑๕
๒.๕ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง	๑๗
๒.๖ แนวคิดแพทย์แผนไทยกับพระพุทธศาสนา	๒๕
๒.๗ แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง	๒๗
๒.๘ หลักพรหมวิหาร ๔ (ธรรมเครื่องอยู่อย่างประเสริฐ)	๓๐
๒.๙ แนวคิดที่เกี่ยวกับหลักภavana ๔	๓๔
๒.๑๐ ภูมิปัญญาไทยเกี่ยวกับศาสตร์มณีเวช	๔๑
๒.๑๑ แนวคิดสมุนไพรรและลูกประคบสมุนไพรรแห่ง	๔๒
๒.๑๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๔๖
๒.๑๓ กรอบแนวคิดในการวิจัย	๖๕
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๖๖
๓.๑ รูปแบบการวิจัย	๖๖
๓.๒ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	๖๗
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๖๘
๓.๔ การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	๗๐

สารบัญ

บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย

๓.๕ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	๓๑
๓.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูล	๓๑
๓.๗ การวิเคราะห์ข้อมูล	๓๒
๓.๘ สรุปกระบวนการวิจัย	๓๒

บรรณานุกรม	๓๓
------------	----

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปรากฏการณ์ใหม่ในศตวรรษที่ ๒๑ ของประเทศไทย คือ การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจากข้อมูลพบว่า ขนาดหรือจำนวนของประชากรรวมและประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น มีการคาดการณ์ว่าอีก ๒๐ ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ซึ่งหมายถึง มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป หรืออาจกล่าวได้ว่าในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า พ.ศ. ๒๕๖๘ ประเทศจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ : Aged Society” จากนั้นอีกเพียง ๑๐ ปี ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด : Super-Aged Society” จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมาก ส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม โดยรวมอีกทั้งในปัจจุบันประชาชนคนไทยต้องปรับตัวให้ทันกับกระแสเศรษฐกิจ จึงทำให้วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ต้องรีบเร่งแก่งแย่งแข่งขันกันเพื่อให้ทันกับภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่สุขภาพ ละเลยต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มักจะถูกละเลย ขาดการเอาใจใส่ดูแลอย่างเต็มที่ คือ ผู้สูงวัย ดังนั้นการดูแลผู้สูงวัยจึงนับว่าเป็นภารกิจสำคัญของคนทุกคนในสังคม การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงวัยที่มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงวัยให้มีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ใน สังคมร่วมกับคนวัยอื่นได้ ไม่เป็นภาระพึ่งพา

ภาระในการดูแล เป็น ความเครียดที่ผู้ดูแลรับรู้จากการประเมินสถานการณ์ การดูแล ซึ่งแนวคิดของภาระในการดูแลหรือภาระของผู้ดูแลส่วนใหญ่พัฒนามาจากทฤษฎีความเครียด ทั้งนี้ตามแนวคิดเป็นการประเมินสถานการณ์ การดูแลว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล กับผู้รับ การดูแลที่อยู่ภายในสังคมและการดูแล จะก่อให้เกิดภาระซึ่งประกอบด้วย ภาระเชิงประนัย ซึ่งเป็น การเปลี่ยนแปลงในชีวิตผู้ดูแลที่เกิดจาก พฤติกรรมการดูแลและภาระเชิงอัตนัย ซึ่งเป็น ความรู้สึก และทัศนคติต่อสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ดูแล มอน โกเมอรีและคณะ ได้กล่าวถึงปัจจัยทำนาย ๓ กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ ทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยม และปัจจัยภายนอก เช่น ปัจจัยเชิงระบบวัฒนธรรม หรือ ทรัพยากรชุมชน ซึ่งปัจจัยด้านส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกนั้นเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ยากหรือไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ส่วนปัจจัยด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อการดูแลนั้น สามารถปรับเปลี่ยนได้ เนื่องจากปัจจัยกลุ่มนี้เป็น ปัจจัยที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์การดูแลในสถานการณ์การดูแลเดียวกัน หากบุคคลประเมินสถานการณ์เป็นด้านบวกจะทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลน้อยลง แต่หากประเมินสถานการณ์เป็น

ด้านลบจะเกิดการรับรู้ภาระในการดูแลมากขึ้น ดังนั้น การจะปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาระในการดูแล จึงต้องปรับเปลี่ยนการประเมินสถานการณ์การดูแล ให้เป็นไปในทางบวกมากขึ้น

สถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยคือ สถาบันครอบครัว และ บุตรหลาน หรือ ญาติที่ อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องจะรับหน้าที่ในการดูแลซึ่ง นิยม เรียกว่า ญาติผู้ดูแล ซึ่งนับว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ความสามารถในการดูแลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยรวมถึงปัจจัยทางสังคมทั้งด้านการศึกษาความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล และศักยภาพการดูแลในครอบครัว จากการเป็นผู้ดูแล ทำให้ได้รับผลกระทบทั้งด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านร่างกายและทางด้านสังคมเศรษฐกิจ

ตำบลท่าข้าม อ.หาดใหญ่ สงขลา มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี และพบผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ร้อย ละ ๒๑ ผู้เจ็บป่วยทุกรายต้องเผชิญกับปัญหาชีวิต ย่อมมีความกังวลเป็นธรรมดา กังวลและซึมเศร้า เป็นอาการที่ พบบ่อยที่สุด แต่การแสดงออกอาจไม่เท่ากัน ระยะเวลาที่มีอาการสั้นหรือยาว ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถในการ ปรับตัวของผู้ป่วย ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่และยากสำหรับแต่ละ ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องพึ่งพา ติดเตียง จะแบกรับและแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพราะ ปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ละ ครอบครัวมี ลูกน้อยลง แม่บ้านต้องไปทำงานประจำนอกบ้านมากขึ้น พ่อแม่พึ่งพาลูกได้น้อยลง คน รับใช้ในบ้านหายากมาก ขึ้นๆผู้ป่วยโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังมีปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมทุกรายไม่มากก็น้อย อาการแสดงที่สำคัญ และพบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนมากจะสามารถผ่านพ้นระยะต่าง ๆ ของการปรับตัวไปได้ด้วยตนเอง

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยติดเตียงในตำบลท่าข้าม โดยการสร้างโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ด้วยการแพทย์แผน ไทยวิถีพุทธ เพื่อจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ดูแล ได้พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองและผู้ป่วย สูงอายุติดเตียง ซึ่งเป็นต้นแบบให้ผู้วิจัยสามารถ ทราบถึงบทบาท หน้าที่ องค์ความรู้ที่มีอยู่ในการ จัดการ การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในตำบลท่าข้าม เพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มดังกล่าว ได้รับการดูแลด้วย การแพทย์แผนไทยวิถีพุทธที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนมีคุณภาพส่งผลให้ผู้ดูแล มีภาวะสุขภาพทางจิต ทางกายและสังคมที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิด โรคแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับภาวะโรค อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีการดำเนินงานในการสร้างเครือข่ายภาคีภายในชุมชน เยี่ยมติดตามที่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัครในชุมชน ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน โดยใช้คนภายในชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเผยแพร่ ให้ความรู้ บทบาท หน้าที่ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อไป

๑.๒ ปัญหาการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” มีปัญหาการวิจัยดังนี้

๑. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนตำบลท่าข้ามด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ อย่างไร

๒. ประเมินผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนตำบลท่าข้ามด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ อย่างไร

๑.๓ วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนตำบลท่าข้ามด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

๒. เพื่อประเมินผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนตำบลท่าข้ามด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

๑.๔ ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขต ดังนี้

๑. ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มเป้าหมาย เป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

๒. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาข้อมูล ได้แก่ คือ เอกสาร ตำรางานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

๓. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา คือ ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

๑.๕ นิยามศัพท์ในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” มีนิยามศัพท์ในการวิจัยดังนี้

๑.๕.๑ การพัฒนาศักยภาพ หมายถึง กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงที่มีการวางแผนไว้แล้วทำให้เจริญงอกงามยิ่งขึ้นไป

๑.๕.๒ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ในวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย ทางสมอง ทางอารมณ์

๑.๕.๓ การดูแลผู้ป่วย หมายถึง การเอาใจใส่ การปกป้องรักษา การปกครอง การช่วยเหลือ การให้คำแนะนำและคำปรึกษา กับผู้ที่ไม่สบายเพราะ โรคหรือความเจ็บไข้หรือเหตุอื่น, คนไข้ กี่ว่า และยังร่วมไปถึงผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงจนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

๑.๕.๔ ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไปที่มีภาวะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ในระดับลดลง จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องพึ่งพิงผู้อื่น อาจมีสาเหตุจากภาวะเสื่อมของร่างกายหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง จนในที่สุดต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย

๑.๕.๕ หลักพุทธธรรม

๑) หลักพรหมวิหาร ๔ หรือ พรหมวิหารธรรม เป็นหลักธรรมประจำใจเพื่อให้ตนดำรงชีวิตได้อย่างประเสริฐ และบริสุทธิ์ เป็นแนวธรรมปฏิบัติของผู้ดูแล และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ประกอบด้วย หลักปฏิบัติ ๔ ประการ ได้แก่ เมตตา เป็นหลักธรรมที่ต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข กรุณา เป็นหลักธรรม ที่ทำให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ มุทิตา เป็นหลักธรรมที่ทำให้แสดงความยินดีเมื่อผู้อื่นมีความเจริญรุ่งเรืองอุเบกขา เป็นหลักธรรมที่ทำให้วางใจเป็นกลาง พิจารณาด้วยปัญญา

๒) หลักภาวนา ๔ กระบวนการสร้างหรือทำให้เกิดให้มีขึ้น ส่วนบุคคลหรือทรัพยากรมนุษย์ที่ผ่านการขัดเกลาพัฒนาแล้ว คือผู้ที่ผ่านขบวนการพัฒนา ได้แก่

กายภาวนา หมายถึง การพัฒนากาย ฝึกอบรมกาย ให้รู้จักติดต่อสัมพันธ์กับโลก กายนอกทั้งด้ายกายภาพ และชีวภาพด้วยดี มิให้เกิดโทษ มิประโยชน์แก่ตนเอง และสังคมบำเพ็ญตนให้เกิดประโยชน์ มิให้กุศลเกิด

สีลาภานา หมายถึง การพัฒนา พฤติกรรมของปัจเจกบุคคล การพัฒนาความประพฤติ การฝึกรบธรรมสีก ให้ถูกต้องสอดคล้อง กับระเบียบวินัย กฎเกณฑ์กติกากของสังคมตลอดถึง ขนบธรรมเนียมและมารยาท สากลนิยมมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ ประกอบ อาชีพที่สุจริต ใช้ชีวิตถูกต้อง และขยันหมั่นเพียร สร้างผลผลิต ให้เพิ่มขึ้นโดยสุจริต ในการประกอบอาชีพ รู้จักฉลาดค้อม ออม ทรัพย์สินที่หามาได้ ด้วยมาตรการต่าง ๆ

จิตภานา หมายถึง การพัฒนาจิตการฝึกรบมจิตการข่มอารมณ์ความรู้สึกให้ได้ มีความเจริญงอกงามทางอารมณ์ การที่จิตที่ฝึกรบมแล้วนำความสุขมาให้จิตที่มี คุณภาพประกอบด้วย คุณธรรมตามหลักศาสนามีสมาธิมั่นคงใช้งาน ได้ดีเป็นสุขผ่องใส เป็นต้น

ปัญญาภานา หมายถึง การพัฒนา ปัญญา การฝึกรบมปัญญา ให้รู้เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง รู้เท่าทันเข้าใจโลก และชีวิตตามสภาวะเป็นการไตร่ตรองวินิจฉัยเหตุการณ์ ตามความเป็นจริงเป็นอิสระไม่ตามกิเลส รู้และเข้าใจอะไรตามความเป็นจริง

๑.๕.๖ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปมีความจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในการเคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัว เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน มีภาวะหง่อม/ประบาง ไม่สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมด้วยตนเองได้ มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น ๔ กลุ่มประกอบด้วย

กลุ่ม ๑ คะแนน ADL ๕-๑๑ คะแนน สามารถเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่ม ๒ คะแนน ADL ๕-๑๑ คะแนน สามารถเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่ม ๓ คะแนน ADL ๐-๔ คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่ม ๔ คะแนน ADL ๐-๔ คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

๑.๕.๗ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง สมาชิกของครอบครัวผู้สูงอายุหรือบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบคลุมถึงการจัดการให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างเหมาะสม ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ให้ความเวลาในการดูแลมากกว่าผู้อื่นอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ขึ้นไปหรืออาจเรียกว่าเป็นผู้ดูแลหลัก

๑.๕๘ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ หมายถึงหลักสูตรพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ที่นำหลักพุทธธรรมพรหมวิหาร ๔ และหลักภavana ๔ มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ให้สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักพุทธธรรมบูรณาการกับการแพทย์แผนไทย

๑.๖ สมมติฐาน (ถ้ามี) -ไม่มี-

๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอบางบาล จังหวัดสงขลา” มีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดังนี้

๑.๗.๑ ได้พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนตำบลท่าข้ามด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

๑.๗.๒ ได้ประเมินผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนตำบลท่าข้ามด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ แนวคิดทฤษฎีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๒.๑.๑ ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติซึ่งได้จัดสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๕ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป องค์การอนามัยโลกให้นิยามผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีหรือมากกว่าขึ้นไป พระราชบัญญัติผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๖ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลผู้มีอายุเกินกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ^๑ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง น่าจะ หมายถึง คนที่มีอายุมาก

วิไลวรรณ ทองเจริญ^๒ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ความ สูงอายุเป็นกระบวนการสากลที่เริ่มตั้งแต่เกิดความสูงอายุที่กำหนดโดยจำนวนปี (Chronological Age) นิยมใช้ในการกำหนดการเกษียณอายุหรือหยุดจากงานในประเทศไทยใช้อายุ ๖๐ ปี ส่วนบาง ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาคำหนดโดยใช้อายุ ๖๕ ปี การแบ่งช่วงของความสูงอายุแบ่งได้เป็น ๓ ช่วง ดังนี้คือ วัยสูงอายุดอนต้น (Youngold) อายุ ๖๐-๖๕ ปี วัยสูงอายุดอนกลาง (Medium-old) อายุ ๖๐- ๗๕ ปีและวัยสูงอายุดอนปลาย (Oldold) อายุ ๘๐ ปีหรือมากกว่า

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย^๓ ประชากรสูงอายุไทย หมายถึง ผู้ที่มี สัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

^๑ รศรินทร์ เกรย์และคณะ. (๒๕๕๖). มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. นครปฐม : บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.

^๒ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (๒๕๕๔). การพยาบาลผู้สูงอายุ. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

^๓ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (๒๕๕๓). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. นครปฐม: พรินเตอร์.

สุรพงษ์ มาลี^๔ สำหรับประเทศไทยเพื่อไม่ให้เป็นที่ถกเถียงกันมาก ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ มาตรา ๓ ได้บัญญัติว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” ซึ่งผมคิดว่าเราควรยึดความหมายตามที่กฎหมายบัญญัติไว้เป็นหลัก นอกจากนี้ตามภาษาปากอาจมีผู้ใช้คำว่า “ผู้สูงวัย” อยู่บ้าง ซึ่งนักปราชญ์ผู้สันตัดเรื่องภาษาก็ให้ความเห็นว่า ควรใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” แทน “ผู้สูงวัย” เพราะ “วัย” ตามภาษาพระท่านสอนนัยยะว่า เป็น “ความเสื่อมหรือความโทรม”

องค์การอนามัยโลกได้ยึดความยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์ โดยได้กำหนดวัย ผู้สูงอายุ มีอายุอยู่ในช่วง ๖๐-๗๔ ปี วัยชราจะเป็นกลุ่มอายุ ๗๕ ปีขึ้นไป แต่ในการประชุมสมัชชาโลก กำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก และได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๕ – ๑๑ คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๐ – ๔ คะแนน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๔ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ ๓ กลุ่ม คือ

๑) ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๕ ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้

๒) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๖๐-๗๕ ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

๓) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๗๖ ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพอาจมีภาวะทพพลภาพ

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ซึ่งมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย มีภูมิในการต้านทานโรคน้อยลง และสามารถเจ็บป่วยได้ง่าย ส่วนสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและการจำแนกผู้สูงอายุในการท วิจัยครั้งนี้ แบ่งผู้สูงอายุในการดำเนินงาน เป็น ๓ กลุ่ม

^๔ สุรพงษ์ มาลี. (๒๕๖๑). รู้จักสังคมสูงอายุและสถานการณ์ผู้สูงอายุ(ในประเทศไทย). นนทบุรี: สำนักงาน

ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ส่วนกลุ่มที่เลือกเข้าร่วมในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

๒.๒ การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการ เปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุมนุษย์ทุกคนย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ในวัยสูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญคือ กรรมพันธุ์ โรค หรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เช่น ดิน ฟ้า อากาศ อาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ ซึ่งปัจจัย ๒ประการหลัง ถ้าหากผู้สูงอายุดูแลสุขภาพ ร่างกายและปฏิบัติตนอย่างถูกต้องแล้ว ก็จะสามารถลดปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้

ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังเหี่ยว และมีรอยข่น ไชมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้ จึงเกิดอาการลมแดดได้ง่ายในเวลาอากาศร้อนจัด ต่อมไชมัน ทงานน้อยลง ผิวหนังแห้งและแตกง่าย สีของผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลง ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาลทั่วไป ผมหงอกและขนทั่วไปสีจางลงหรือเป็นสีขาว และจำนวนลดลง การรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สี เล็บเข้มขึ้น

ระบบประสาทและประสาทสัมผัสขนาดของสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลง จำนวน เซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลงประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิบัติการตอบสนอง ต่อสิ่งต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความจำเสื่อม โดยเฉพาะ เรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

การมองเห็นไม่ดี รูม่านตาเล็กลง ปฏิบัติการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง ผนังตาตก แก้วตาเริ่มขุ่นมัว เกิดต่อกระจกกรอบๆ กระจกตาจะมีไชมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือ เทา ลาน สายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตายาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี ต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อ บุตาได้ง่าย

การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้ว หูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อ กล้องเสียงและสายเสียงบางลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว มีผลทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว

การดมกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไป ต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลง โดยทั่วไปการรับรสนานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขมหรือรสเค็ม เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง กาลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ไม่คล่องตัว กระดูกมีน้ำหนักลดลงเพราะ แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ความยาวของกระดูกสันหลัง ลดลง หมอนรองกระดูกบางลง หลังค่อมมากขึ้น ความสูงลดลงประมาณ ๓-๕ นิ้ว น้ำไขข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อมมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการตึงแข็ง อักเสบและติดเชือดีได้ง่าย ข้อที่เกิดความเสื่อมได้มากคือ ข้อเข่า ข้อสะโพกและข้อกระดูกสันหลัง

ระบบการไหลเวียนเลือด ขนาดของหัวใจอาจโตขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น แคลเซียมเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพ การทำงานของหัวใจลดลง กาลังการหดตัวและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจาก หัวใจในเวลา ๑ นาทีลดลงประมาณ ๑% ต่อปี กำลังสำรองของหัวใจลดลงจึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบการนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจไม่ดี เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเกิดการปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าของหัวใจอย่างสมบูรณ์ได้

หลอดเลือดเกิดภาวะเสื่อม ผนังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น มีแคลเซียมและไขมันเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดฝอยไม่ สมบูรณ์ เพราะและเกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง เป็นผลให้เกิดการ ตายและการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ได้ จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ระบบ ภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ทำให้เกิดอาการได้ง่ายและอาจเกิดโรคแพ้ตนเองมากขึ้น

ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ ช่วยในการหายใจลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น ขยายตัวได้น้อยลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง การขยายและการ หดตัวของปอดลดลง ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ง่ายจำนวนถุงลมลดลงแต่ขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุง ลมแตกง่าย จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมไม่ดี ทำให้การแลกเปลี่ยน

ก๊าซภายในปอดลดลง ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลงสำหรับทางเดินหายใจ การทำงานของ เซลล์ชั้นตลอดทางเดินหายใจลดลง การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงมีความไวลดลง รีเฟล็กซ์การขย้อนและรีเฟล็กซ์การไอลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่ดี จึงเกิดการสำลักและติดเชื้อใน ทางเดินหายใจได้ง่าย

ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุมักไม่ค่อยดี เคลือบฟันจะมีสีคล้ำขึ้นและบาง ลงแตกง่าย เหงือกที่หุ้มคอพินร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยมี ฟัน ต้องใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ทำให้เกิด ภาวะขาดอาหาร ต่อมน์น้ำลายทำงานน้อยลง การผลิตน้ำลายและเอนไซม์ลดลง การกระหายน้ำลดลง ทำให้ลิ้นและปากแห้ง เกิดการติดเชื้อทางปากได้

การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลงและหลอดอาหารกว้างขึ้น ทำให้ระยะเวลาที่ อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานลดลง ทำให้อาหารและน้ำย่อยไหลย้อนกลับจากกระเพาะเข้าสู่หลอดลมได้ จึงทำให้เกิดอาการแสบร้อน บริเวณหน้าอกและเกิดอาการสำลักได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ใน กระเพาะอาหารนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง ถ้าใส่เล็กและใส่ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลง เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย

การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เชื้อบุทางเดินอาหารเสื่อม ทำให้การ ดูดซึมอาหารลดลง เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักหย่อนตัวทำให้เกิดภาวะ กลั้นอุจจาระไม่ได้ ขนาดของตับเล็กลง ประสิทธิภาพในการท างานของตับลดลง ปริมาณน้ำดีรวม ลดลง แต่ระดับคลอเลสเตอรอลและความหนืดของน้ำดีมากขึ้น จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ น้ำหนักและ ขนาดของตับอ่อนลดลงการผลิตเอนไซม์ลดลง ทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่ยังมีเพียงพอแก่ความต้องการ

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ น้ำหนักและขนาดของไตลดลง การ ไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อ ของกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ดังนั้นหลังถ่ายปัสสาวะจึงมีปริมาณปัสสาวะค้างในกระเพาะ ปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ในผู้ชายต่อมลูกหมากโตเป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะ ลำบากได้ ลูกอัณฑะเหี่ยว และมีขนาดเล็กลงผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิ เปลี่ยนแปลงความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ในผู้หญิงรังไข่จะฝ่อเล็ก ลงช่องคลอดแคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง ท าให้เกิดอาการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้เกิดภาวะกระบังลม หย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง ทำให้เกิดโรคของต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวานมากขึ้น^๕ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่

(๑) การเปลี่ยนแปลงทางด้าน สถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบ ๖๐ ปีต้องออกจากงาน การสูญเสีย บทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทหน้าที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว กลายเป็นสมาชิก คนหนึ่งในครอบครัว เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี

(๒) การถูกทอดทิ้ง สภาพปัจจุบันในสังคมชนบท คนหนุ่มสาวมักมีการย้ายถิ่นเพื่อมาหางานทำ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิม

(๓) ส่วนในสังคมเมืองผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้อง ไปทำงานนอกร้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาเอาใจใส่

(๔) การเสียการได้รับความเคารพ คนส่วนใหญ่มัก มองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพความสามารถน้อยลง และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ ผู้สูงอายุจากการที่เคยได้รับความเคารพนับถือในฐานะที่มีประสบการณ์เป็นการเสียการได้รับความเคารพแทน

(๕) การสูญเสียครอบครัว การเสียชีวิตของกลุ่มสมรสญาติคนใกล้ชิดหรือเพื่อน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ เปลี่ยนแปลงที่ง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตัวเอง สูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัว ได้เพราะมีปมด้อย บางรายมีนิสัยเปลี่ยนไป เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในบ้าน ไม่ นึกสนุกสนาน วิตกกังวล คิดระแวงสงสัย คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้อื่น ซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย^๖

สรุป มีหลายมุมมอง หลายแนวคิดเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ด้านร่างกายมีความเสื่อมไปในทุกระบบ ด้านจิตใจผู้สูงอายุยึดมั่นในการคิดของ ตนเอง ใจน้อยใจ หงุดหงิดง่าย การถูกทอดทิ้ง การเสียการได้รับความเคารพ การสูญเสียครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม

^๕ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (๒๕๕๔). การพยาบาลผู้สูงอายุ. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

^๖ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (๒๕๕๒). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพีจำกัด.

๒.๓ สภาพปัญหาผู้สูงอายุ

กณิกนันต์ หยกสกุล^๑ กล่าวถึง ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

๑) ความเสื่อมของสติปัญญา สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ภาวะสับสน สมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า การแยกหาสาเหตุจำเพาะเป็นสิ่งสำคัญ แต่บางครั้งทำได้ยากเนื่องจากมักจะพบ สาเหตุร่วมกันได้บ่อย ดังนั้น จึงต้องคอยสอดส่องและแก้ไขปัญหาทุกประการที่อาจเป็นสาเหตุ พฤติกรรมที่อันตราย เช่น การเปิดเตาแก๊สทิ้งไว้ การออกไปโดยไร้จุดหมายและหลงทาง ต้องได้รับการแก้ไขโดยการวางแผนการดูแลที่ดี แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาอาการเสื่อมของสมองอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การแก้ไขจุดบกพร่องและการลดยาที่ไม่จำเป็นทุกชนิดและการรักษาอาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้นใหม่ยังเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งแพทย์สามารถช่วยเหลือได้ การเสื่อมลงของสติปัญญาอย่าง เฉียบพลันจำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุเสมอ โดยเฉพาะการใช้ยาหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นใหม่ อาการ เจ็บปวดที่ดูจะไม่รุนแรงในคนทั่วไปมีผลกระทบต่อสมองของผู้ป่วยสูงอายุได้มาก เช่น ไข้ได้เสิบนิ้วเท้า ช่องคลอดอักเสบหรือแผลกดทับ หรือแม้แต่การใช้ขนาดผิดปกติและยาอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ความ ผิดปกติของเกลือแร่ในเลือด ระดับน้ำตาล ฮอร์โมนไทรอยด์และการขาดออกซิเจน การขาดอาหาร ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมก็ล้วนมีผลเช่นกัน จึงต้องควรมอง หาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วย

๒) อาการซึมเศร้า เกิดได้ร้อยละ ๕-๑๐ ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย เช่น อัมพาต ผู้สูงอายุที่ไม่มีใครดูแลและเข้าอยู่ในบ้านพักคนชรา การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าต้องพบว่า มีอารมณ์เศร้าไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการหลายอย่างต่อไปนี้ ได้แก่ ความผิดปกติของการนอน ขาดความสนใจ รู้สึกผิด ขาดพลังงาน ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร อาการกระวนกระวายหรือนิ่งเฉย ต้องการฆ่าตัวตาย

๓) อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชั่วคราวพบได้บ่อย เนื่องจาก การจับปัสสาวะต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเคลื่อนไหว ความรู้สึกตัว ความต้องการจะ ปัสสาวะ และการปัสสาวะ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบภายนอก ได้แก่ การอักเสบของทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอด หรือทางเดินปัสสาวะฝ่อและอักเสบ และผลข้างเคียงของการใช้ยารักษาหลายโรค เช่น ยา คลายเครียด ยารักษาอาการซึมเศร้าหรือยารักษาความดันบางชนิด ยาขับปัสสาวะเองทำให้ปัสสาวะมาก ก็อาจทำให้

^๑ กณิกนันต์ หยกสกุล. (๒๕๕๑). การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปัสสาวะไม่ทันได้ นอกจากนี้ยังมีภาวะปัสสาวะไม่สะดวกเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งต้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

๔) การหกล้มเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยโดยเฉพาะเพศหญิง อัตราการหกล้มสูงถึง ร้อยละ ๓๐ ในแต่ละปีและสัดส่วนจะสูงขึ้นตามอายุการทรงตัว การลุกเดินต้องอาศัยการประสานงาน กันของความรู้สึกร่างกาย ระบบประสาทและกล้ามเนื้อการไหลเวียนของโลหิตและการปรับตัวต่อ สิ่งแวดล้อม การทรงตัวจะเสียไปและทำให้เซได้ง่ายในผู้สูงอายุทำให้หกล้มได้ง่าย ภาวะใดก็ตามที่มี ผลกระทบของระบบทำงานดังกล่าว ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มได้ เช่น ปวดบวม หัวใจขาด เลือด การเปลี่ยน สิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น เป็นต้น ยาและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุเสริมที่พบได้บ่อย ยัง พบว่า อาจเกิดจาก ภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการรับประทานอาหาร ๓๐-๖๐ นาที (ซึ่งไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน) นอนไม่หลับ ปัสสาวะไม่ทัน ปัญหาของเท้าและอาการบวมก็เป็นปัญหาได้ สาเหตุสำคัญ ที่สุดคือ การเสียการทรงตัวและกล้ามเนื้อจะหกล้ม การทรงตัวที่ผิดปกติอาจมีสาเหตุจากความเสื่อมตาม อายุโรคของระบบประสาท เช่น อัมพาต ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม เบาหวาน แอลกอฮอล์ภาวะทุพโภชนาการ และ โรคของสมองส่วนที่ควบคุมการทรงตัว ความดันโลหิต ตกเมื่อเปลี่ยนท่า จากการใช้ยาบางชนิดหรือเกิดภายหลังการนอนที่นานเกินไป ภาวะทางจิต เช่น ความเครียด หรือซึมเศร้าก็อาจมีส่วนเช่นกัน การที่ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวน้อยลงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด การอุดตันของเส้นเลือดดำและกระจายไปที่ปอดได้ ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกาย การที่พื้นตัวจะใช้ระยะเวลา นานกว่าปกติ ดังนั้นการป้องกันการนอนบนเตียงที่นานเกินไป จำเป็นจึงมีความสำคัญมากและเน้นการเคลื่อนไหวให้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด

๕) การเคลื่อนไหวลำบาก อันเนื่องมาจากอาการปวด อ่อนแอ การเสียการทรงตัวและ ปัญหาทางจิต ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนอยู่เฉยๆ อาการอ่อนแออาจมีสาเหตุจาก โรคของกล้ามเนื้อ ภาวะทุพโภชนาการ ความผิดปกติของเกลือแร่ โลหิตจาง ความผิดปกติของระบบประสาทหรือ กล้ามเนื้อ นอกจากนี้อาจมีสาเหตุร่วมจาก โรคทางข้อ เช่น รูมาตอยด์ เก๊าท์ โรคพาร์กินสัน และยา รักษาโรคจิต อาการเจ็บปวดจากสาเหตุหลายประการทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากเคลื่อนไหวได้

๖) ผลกระทบจากการใช้ยาด้วยเหตุผลหลายประการ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสจะได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าคนทั่วไป ๒-๓ เท่า การกำจัดของในร่างกายช้าลงมาก เนื่องจากการ ท างานของไตและตับเสื่อมลง การตอบสนองต่อยาก็ต่างจากคนทั่วไป เช่น จะไวต่อยาตระกูลฝิ่นและ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด แต่จะตอบสนองต่อยาต้านบีต้าลดลงกว่าปกติ ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีภาวะผิดปกติหลายอย่างจึงมีโอกาสได้รับยาหลายขนานทั้งที่แพทย์สั่งและซื้อกินเอง โอกาสเกิดผลข้างเคียง

จึงมากขึ้น ดังนั้นการเลือกใช้ยาเท่าที่จำเป็นและอย่างเหมาะสมจึงจำเป็นมากเพื่อหลีกเลี่ยงผลเสียดังกล่าว จะเห็นว่าผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่างๆ มากมายทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่านิยมชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

สรุป ผู้สูงอายุมีภาวะสับสน หลงลืม ซึมเศร้า มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย อดนอน ที่ถูกต้อง เหมาะสมกับวัย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม ปวดกล้ามเนื้อกระดูก

๒.๔ สภาพความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุโดยทั่วไปมีดังนี้

กฤษยา ดันติผลาชีวะ^๔ ได้เน้นถึงความ ต้องการของผู้สูงอายุโดยยึดแนวคิดของคลาร์ก (Clark) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการในสิ่งต่อไปนี้

- ๑) ต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
- ๒) ต้องการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชุมชน
- ๓) ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
- ๔) ต้องการเข้าร่วมสนุกกับเพื่อนตามปกติ
- ๕) ต้องการการยอมรับนับถือ
- ๖) ต้องการแสดงออกในผลสำเร็จของตน

หิรัญญา เดชอุดม^๕ แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

๑. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่โดด เดี่ยว จะขาดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจรวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจาก บุคคลหรือองค์กรสังคม สงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัวของตนเองควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่ม อาสาสมัคร ทั้งองค์การภาครัฐและ องค์การภาคเอกชน

^๔ ธีรราช ดวงแก้ว. (๒๕๕๐). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. รายงานการวิจัย. นครปฐม: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครปฐม.

^๕ ธีรราช ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (๒๕๕๐). งานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบล โพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม.: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

๒. ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคม ประเภท ประกันชราภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้วจะได้รับบำนาญชราภาพ เพื่อช่วยให้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายชีวิต ไม่เป็น ภาระแก่บุตรหลานและสังคม

๓. ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบาง ประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรม ในการรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

๔. ความต้องการที่ลดการพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยผู้สูงอายุ ให้รู้จักพึ่งพาตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายชีวิต

๕. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

- ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มสังคม
- ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว และสังคม
- ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มของชุมชนและของสังคม
- ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายในครอบครัว ชุมชนและสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้
- ความต้องการมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนปรารถนา

๖. ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิต มนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัย ๔ ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคง ปลอดภัย โดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย คลายจากความวิตกกังวลและความ หวาดกลัว ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิก ของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการ โอกาสก้าวหน้า โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของการ ทำงานในบั้นปลายชีวิต

๗. ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตร หลานเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพเพื่อเป็นการเพิ่มพูน รายได้ ทั้งนี้เพื่อตนจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจช่วยให้ตนพ้นจากภาวะบีบคั้นของเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

สรุปได้ว่า ความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวัย สูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความต้องการและการปรับตัว ของผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ เอกชน โดยการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นการลดปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการ

๒.๕ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ปัจจุบันในประเทศไทยมีระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นหลากหลาย ดังนี้

(๑) โรงพยาบาลบาง แห่งเปิดแผนกบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงขึ้นเป็นการเฉพาะ

(๒) มีสถานรับเลี้ยงผู้สูงอายุร่วมกับ ผู้ป่วย ติดเตียงอื่น (Nursing Home)

(๓) มีบริการส่งพนักงาน ไปดูแลประจำตามบ้าน เป็นต้น บริการเหล่านี้ยัง ต้องมีการพัฒนา มาตรฐาน ระบบการกำกับดูแล และระบบการสนับสนุนอีกมาก โดยบริการเหล่านี้มี ค่าใช้จ่ายสูงทั้งสิ้น รวมทั้งที่แต่ละบ้าน ใช้ญาติดูแลกันเอง โดยบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแล และ จำนวนมากที่จ้าง แรงงานต่างชาติมาช่วยดูแล ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่และยากสำหรับแต่ละครอบครัวจะ แบกรับและ แก้ปัญหาด้วยตนเอง เพราะปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็น ครอบครัว เดียวมากขึ้น แต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง แม่บ้านต้องไปทำงานประจำนอกบ้านมากขึ้น พ่อแม่ พี่พาลูกได้น้อยลง คนรับใช้ในบ้านหายากมากขึ้น ๆ ผู้สูงอายุ ที่ต้องอยู่ตามลำพังมีราว ๖-๗ แสนคน

จากการที่ได้ทำงานเรื่องนี้มาพอสมควร โดยเฉพาะในหลายโครงการของ สสส. ได้มีโอกาส ศึกษาและพัฒนาระบบงานหลาย โครงการในประเทศ ได้ศึกษางานวิจัยของสถาบันการศึกษาและ สถาบันวิจัย และสนับสนุน โครงการวิจัยปฏิบัติการหลายโครงการ ได้ศึกษา และไปดูงานในพื้นที่และ ใน ญี่ปุ่นมาบ้าง ระหว่างการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว สปสช. ได้จัดประชุมกลุ่มงาน เชิญผู้เชี่ยวชาญ จาก หลายประเทศ โดยเฉพาะจากญี่ปุ่น ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่สูงที่สุดในโลก และมีนโยบายที่ออกเป็น กฎหมายเรื่อง "การประกันการดูแลระยะยาว" มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ มาเล่าประสบการณ์ ในที่สุดเรา ตัดสินใจแก้ปัญหาโดย

(๑) มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน

(๒) เพื่อให้เสีย ค่าใช้จ่ายโดยประหยัดและไม่สร้างภาระที่เกินกำลังในระยะยาว

ประเทศไทยกำหนดนิยามผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุเกินกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป (ขณะที่ประเทศเจริญแล้วส่วนมากกำหนดที่อายุเกินกว่า ๖๕ ปีขึ้นไป หรือ

มากกว่านั้น) ทั้งนี้มีการแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ คือ วัยต้นอายุ ๖๐-๖๕ ปี วัยกลางอายุ ๗๐-๗๕ ปี และวัยปลายอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุวัยปลายย่อมมีโอกาส "ติดบ้านติดเตียง" สูงกว่าวัย

ต้นและวัยกลางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแบ่งกว้าง ๆ เป็น ๔ ระดับ คือ (๑) การดูแลรักษาใน โรงพยาบาล (Hospital Care) (๒) การดูแลในสถานดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Institutional care) (๓) การดูแลในชุมชน (Community-based care) และ (๔) การดูแลที่บ้าน (Home-based care)

การดูแลในชุมชนและที่บ้านจะต้องมีการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุน ได้แก่ (๑) การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลด้านการพยาบาล (Home-visit nursing) (๒) การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทั่วไป (Home-visit care) (๓) สถานดูแลกลางวัน (Day Care) (๔) การบริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient Rehabilitation) และ (๕) การดูแลระยะสั้น (Short term care)

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

ภาวะพึ่งพิง (dependence) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงการต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือความต้องการพื้นฐานในการมีชีวิตอยู่

พรพิมล มาตสกุลพรรณและคณะ, ได้ทำวิจัยเรื่อง แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค หลอดเลือดสมอง พบว่า จากการใช้กระบวนการรักษาตามหลักเวชปฏิบัติผู้วิจัย ได้พบปัญหาทาง กาย จากการรักษาทางกายบำบัดจึงแยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น กลุ่มดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสารและการเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ดี ทำตามคำสั่งได้ ๑ ขั้นตอนจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนโดยญาติต้องเรียนรู้และเข้าใจโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดทำทาง (ทำนอน) การบริหารข้อต่อแบบผู้อื่นทำให้ทั้งแขนและขา (Passive Range of Motion) การจับนั่ง ทั้งนี้ต้องกระทำทุกวัน วันละ ๒ รอบ (เช้าและเย็น) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ญาติต้องดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย ญาติช่วยเหลือทุกอย่างในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า แปรงฟัน หวีผม ทานอาหาร เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะไม่ถ้อยคินัก จะไม่มีเวลามาใส่ใจการดูแล ผู้ป่วยเต็มที่ ปัญหาที่พบตามมาคือผู้ป่วย จะมีภาวะแทรกซ้อนเช่น ข้อติด แผลกดทับ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น จนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

๒. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสารได้ การเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ดี ทำตามคำสั่งได้ ๒ ขั้นตอน แต่ไม่สามารถเกร็งเหยียดข้อเขาได้ (กำลังกล้ามเนื้อในการเหยียดเข่าเท่ากับ ศูนย์) หมายถึงผู้ป่วยกำลังขา อ่อนแรงในระดับที่ไม่สามารถเกร็งเหยียดขาได้แต่แขนจะมีแรงหรือไม่ก็ตาม ถึงแม้จะได้รับการฝึก ต่อเนื่อง

มานานกว่า ๖ เดือนยังมีความพิการหลงเหลืออยู่มาก ญาติหรือผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้การ บริหารแขนขา การนั่งทรงตัว การเคลื่อนย้ายตนเองจากเก้าอี้ หรือเตียงไปกลับ รถเข็นได้ ไม่สามารถ เดินได้ด้วยตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือ เช่น การหิวผม การ เคลื่อนย้ายตนเอง การเข้า ห้องน้ำ การทานอาหาร เป็นต้น

๓. ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับดี การเรียนรู้และการรับรู้เป็นปกติ สื่อสารได้ ๒ ชั้นตอน สามารถ เกร็งเหยียดเข้าได้ (กำลังกล้ามเนื้อในการเหยียดเข้ามากกว่าหรือเท่ากับ Fair) จะสามารถเดินได้จะใช้ หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบเท่าคนปกติ แต่อย่างไรก็ตามก็ ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากสมองมีรอยโรค ความผิดปกติหรือความพิการที่ยังคงมีอยู่ เช่น เดินได้แต่แขนใช้งานไม่ได้ไม่เท่าปกติ เดินได้แต่เดินผิดปกติ เช่น ข้อเท้าตก เดินจังหวะผิดปกติ เดินยก สะโพก กางขา เป็นต้น^{๑๑}

แนวคิดเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๑. ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล (Carer) คือ ใครบางคนที่ทำให้การดูแลญาติหรือเพื่อที่ เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้ โดยปราศจาก การช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ จะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล

สำนักพัฒนามาตรฐานและทดสอบฝีมือแรงงาน ได้ให้ความหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Older person caregiver) ว่าหมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และมีคุณธรรม ในการท าหน้าที่ช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุ ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตที่ดี ที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมากที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้^{๑๒}

๑. มติการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น หมายถึง ผู้ให้การสนับสนุนดูแลและดำเนินการสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น

๒. มติการดำเนินการให้ความช่วยเหลือ บุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น หมายถึง ผู้ที่ดูแลเอาใจ ใส่ผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนหรือญาติที่มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือพิการ และต้องการความช่วยเหลือ

^{๑๑} พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ, แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, (กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส, ๒๕๕๔)

^{๑๒} กรมอนามัย. (๒๕๕๔).การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย.

๓. มิตติความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

๔. มิตติความรับผิดชอบต่องานดูแล แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๔.๑ ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักปฏิบัติกิจกรรม การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดบาดแผล ช่วยการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

๔.๒ ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่าย การดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง หรืออาจปฏิบัติกิจกรรม การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาดูแลน้อยกว่า

๒. มิติรูปแบบการดูแล แบ่งได้เป็น

๒.๑ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีใช้ญาติหรือเพื่อน เพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพิง โดยได้รับค่าตอบแทน หรือผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาล หรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน และได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากร ทาง การแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการดูแลที่บ้าน (Health care assistant)

๒.๒ ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) บางครั้งเรียกว่า ผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม หรือญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน การดูแลอาจนานถึง ๒๔ ชั่วโมงต่อวัน ทั้งนี้อาจไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่ให้การดูแลเนื่องจากสำนึกในบุญคุณ

๓. บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๓.๑ ให้การดูแล ซึ่งได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย

๓.๒ ให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

๓.๓ ให้การประคับประคอง เช่น การประคับประคองทางด้านร่างกาย และจิตใจ

๓.๔ ให้การสนับสนุน เช่น สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรม ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองตามความสามารถที่มีอยู่ ให้คำชมเชย ยกย่อง เป็นต้น

๓.๕ เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างบุตรหลานและญาติมิตรกับผู้สูงอายุ

๔. จริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีดังนี้

๔.๑ ความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ

๔.๒ ความซื่อสัตย์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติอย่างตรงไปตรงมาทั้งทางกาย วาจา และใจ

๔.๓ ความกตัญญูกตเวที หมายถึง การรู้จักคุณ และตอบแทนคุณต่อผู้สูงอายุ และผู้ว่าจ้าง เคารพ

ในสิทธิของผู้สูงอายุ

๔.๔ ความมีระเบียบวินัย เป็นการควบคุมความประพฤติ การกระทำให้ถูกต้อง เหมาะสม

๔.๕ ความเสียสละ หมายถึง การละความเห็นแก่ตัว รู้จักแบ่งปันให้ผู้อื่นเท่าที่จะทำได้ ตามความสามารถ

๔.๖ ความอดสาหัส หมายถึง ความพยายามอย่างเต็มกำลัง เพื่อให้งานสำเร็จด้วยดี มีความขยัน อดทน ไม่ท้อแท้

๔.๗ ความเมตตา กรุณา ซึ่งหมายถึง การมีความจริงใจ มีความรัก ความสงสาร ความเห็นอกเห็นใจ ปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ^{๑๒}

๕. องค์ประกอบทางจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ

๕.๑ ตระหนักถึงคุณค่าของความสูงอายุ เพื่อดำรงความมีศักดิ์ศรี และความภาคภูมิใจ โดยให้ความเคารพยกย่อง คำนึงถึงคุณค่าของความสูงอายุ ยอมรับความสูงอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวงจรชีวิตของมนุษย์ ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล ดำรงรักษาความสามารถ ของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด โดยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ยอมรับความ คิดเห็นหรือความต้องการ ของผู้สูงอายุ ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในฐานะบุคคลคนหนึ่งที่มีสิทธิที่จะได้รับ บริการด้านสุขภาพอนามัยที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับบุคคลวัยอื่น ๆ (กรมอนามัย, ๒๕๕๖)

๕.๒ ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีหลักธรรมประจำใจ ได้แก่

๕.๒.๑ เมตตา คือ ความรัก ปรารถนาให้เขามีความสุข

๕.๒.๒ กรุณา คือ ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือให้เขาพ้นทุกข์ ช่วยเหลือเขาจากความเจ็บปวด ทรมาน

๕.๒.๓ มุทิตา คือ ความรู้สึกพลอยยินดี เมื่อมีอาการดีขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุสบายยินดี

^{๑๒} กรมอนามัย. (๒๕๕๖).คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย.

๕.๒.๔ อุเบกขา คือ การรู้จักวางเฉย ไม่ล่วงล้ำเกินไป จนทำให้รู้สึกอึดอัด หรือเป็นการก้าวท้าวสิทธิส่วนบุคคล

๕.๒.๕ ศึกษาหาความรู้ และติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ ทั้งด้านที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ด้านจริยธรรมและด้านอื่น ๆ

๕.๒.๖ รักและศรัทธาในอาชีพ เห็นคุณค่าของอาชีพว่าเป็นอาชีพที่มีประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์

๕.๒.๗ ตระหนักถึงความสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพ และรับผิดชอบต่อข้อบัญญัติในจรรยาบรรณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพบริการการดูแลผู้สูงอายุ^{๑๑}

๖. บทบาทและข้อควรคำนึงเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ต้องการความอบอุ่นใจมาก ต้องการการให้กำลังใจการสนับสนุน และคำชมเชย การดูแลช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดและผู้ดูแล การหลงลืมทำอะไรผิดพลาด จนมีพฤติกรรมหรืออาการต่าง ๆ ที่ทำให้ญาติ ผู้ดูแลอาจรู้สึกรำคาญ ถูกดูถูกดูแคลน หรือขบขัน พุดจา ไม่ระวังปาก ต่อไปนี้เป็นข้อควรคำนึงเบื้องต้น

๖.๑ อาการต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ เกิดจากโรคทางสมอง มิใช่การแกล้งทำหรือความตั้งใจจะทำ

๖.๒ ผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะมีสติปัญญาลดลง จึงไม่ควรคาดหวังที่จะให้เขาเรียนรู้ในสิ่งที่ สอนไป

๖.๓ ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนและกำลังใจ ทนไม่ได้กับสายตาที่ดูถูกดูแคลน หรือ ขบขัน การปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสงบและใจเย็น โดยบอกให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทีละอย่าง พร้อมทั้ง อธิบายไปด้วยอย่างช้า ๆ

๖.๔ ผู้ป่วยต้องการศักดิ์ศรี ไม่ต้องการให้ใครมาปฏิบัติต่อตนเหมือนเป็นเด็กที่ต้อง ฟังพาคคนอื่น การใช้คำพูดที่ไพเราะ สุภาพต่อผู้ป่วย จะทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีและเป็นมิตรระหว่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแล

๖.๕ หลักการดูแลที่ไม่เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย การที่พิจารณาแล้วว่าไม่เป็นอันตราย แม้จะดูเปลี่ยนแปลง ก็ควรผ่อนปรนให้ผู้ผู้ป่วยยอมให้ทำได้

๖.๖ การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องแนะนำตัวอย่างชัดเจนกับผู้ป่วย บอกรายละเอียดว่าจะมาเมื่อใด กลับเวลาไหน (กรณีไป-กลับ) ควรใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วย ให้เกิด บรรยากาศ

^{๑๑} กรมอนามัย. (๒๕๕๖).คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย.

ความไว้วางใจ เนื้อหาที่คุยที่จะพูดคุยเป็นเรื่องชีวิตประจำวันธรรมดา ๆ เช่น ดินฟ้า อากาศ วัน เดือน ปี เรื่องธรรมชาติ ดอกไม้ ต้นไม้ พืชเรื่องเก่า ๆ อ่านหนังสือพิมพ์ให้ฟัง เป็นต้น

๖.๗ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ควรจะรีบเตือนตัวเองและพาดน ออกจากผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่เข้าใจว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกอย่างไร เพราะการรับรู้ของเขาลดลง อยากรู้ก็ตาม ผู้ป่วยยังคงรับรู้ความไม่พอใจที่เกิดขึ้นและอาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจ เป็นการรบกวนคนรอบข้างมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความหงุดหงิดมากขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลควรรีบออก จากผู้ป่วย และหาทางผ่อนคลาย และอาจขอคำแนะนำ ปรีกษาจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาทาง ช่วยเหลือ

๖.๘ การจัดสิ่งแวดลอม ควรเรียบ สงบ อย่าให้มีสิ่งรบกวน จัดสิ่งของให้เหมือนเดิม อย่า เคลื่อนย้ายสิ่งของ ผู้ป่วยจะไม่คุ้นเคย

๖.๙ ผู้ดูแลควรสังเกตพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือพฤติกรรมแปลก ๆ ที่เพิ่มมากขึ้นอาจมีสาเหตุ เสี่ยงที่ดังกินไปรบกวนผู้ป่วย ความสามารถในการสื่อสารน้อยลงหรือสื่อสารได้ยากลำบากขึ้นทักษะ ต่าง ๆ น้อยลงความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมความไม่สบายทางกายผู้ดูแลต้องเอาใจใส่และให้การ ช่วยเหลือ^{๑๔}

ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Care assistant) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ซึ่ง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ดังนั้น การดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง

กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

๑๐.๑ สังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคที่เป็นและรายงานให้สมาชิกใน ครอบครัวทราบ

๑๐.๒ ช่วยทำแผล

๑๐.๓ ดูแลเรื่องการนอน

๑๐.๔ อยู่เป็นเพื่อน

๑๐.๕ ดูแลความสะอาดร่างกาย เช่น การอาบน้ำ สระผม

๑๐.๖ ดูแลเพื่อป้องกันการหกล้ม

๑๐.๗ ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

๑๐.๘ พยายามให้เกิดความเพลิดเพลิน

^{๑๔} กรมอนามัย. (๒๕๕๔).คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย.

- ๑๐.๘ เปิดโทรทัศน์ให้ดู อ่านหนังสือให้ฟัง
- ๑๐.๑๐ ช่วยเหลือเรื่องการใช้น้ำ
- ๑๐.๑๑ ช่วยเหลือเรื่องการเดิน
- ๑๐.๑๒ ดูแลเรื่องการขับถ่าย
- ๑๐.๑๓ ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร
- ๑๐.๑๔ ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุชาย โดยใช้ถุงพลาสติก
- ๑๐.๑๕ เปิดเพลงให้ฟัง
- ๑๐.๑๖ ดูแลความสะอาดช่องปาก
- ๑๐.๑๗ เตรียมอาหารผสมเพื่อให้ทางสายยาง
- ๑๐.๑๘ ให้อาหารทางสาย Nasogastric tube
- ๑๐.๑๙ บันทึกการรับประทานอาหารและการขับถ่าย
- ๑๐.๒๐ เกาะปอด
- ๑๐.๒๑ ดูแลเกี่ยวกับการให้ออกซิเจน
- ๑๐.๒๒ ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุชาย โดยใช้ถุงยาง
- ๑๐.๒๓ ดูแลผู้สูงอายุที่ใส่หลอดคอ
- ๑๐.๒๔ ดูแลเรื่องการใส่ยาพ่นขยายหลอดลม
- ๑๐.๒๕ ดูแลดูดเสมหะทางหลอดคอ
- ๑๐.๒๖ ดูแลเรื่องการใช้หม้อถ่ายอุจจาระ
- ๑๐.๒๗ ดูแลให้อาหารทางสายยางผ่านกระเพาะอาหาร
- ๑๐.๒๘ แลผู้ป่วยที่ใส่สายยางระบายปัสสาวะ
- ๑๐.๒๙ ทำการสวนปัสสาวะ
- ๑๐.๓๐ ดูแลเรื่องภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง
- ๑๐.๓๑ ดูแลเรื่องการจัดทำทั้งการนอน นั่ง หรือการลุกจากเตียง
- ๑๐.๓๒ ดูแลพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ๑๐.๓๓ ดูแลเรื่องการรับประทานยา
- ๑๐.๓๔ นีดิอินซูลิน

จากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้างต้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นการดูแลที่เฉพาะเจาะจง และบางกิจกรรมอาจก้าวล่วงวิชาชีพทางการพยาบาล ซึ่งในขณะนี้องค์กรด้านสุขภาพของรัฐ ยังไม่มีการรับรองการปฏิบัติแต่อย่างใด ดังนั้น หากมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลดังกล่าว รัฐน่าจะมีบทบาทผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นองค์กรทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็น บทบัญญัติด้านสุขภาพ

๒.๖ แนวคิดแพทย์แผนไทยกับพระพุทธศาสนา

พุทธพจน์บ่งชี้ว่า “อาหารเป็นพาหะนำโรค หมดอาหารก็หมดโรค”

อาหาร ตามศาสตร์และศิลปะในปรัชญาทางพุทธศาสนาถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดสัตว์ถ้าทุกประเภทย่อมจะต้องอาศัยอาหาร ชีพดำรงอยู่ได้ก็เพราะอาหาร ขึ้นตอนในการศึกษาคุณโทษของอาหาร จำเป็นจะต้องพิจารณาศึกษาไปตามขึ้นตอน ถ้าศึกษาข้ามขึ้นตอน หรือไปยึดติดเพียงบางส่วนจะทำให้ “ชีพ” ต้องผจญกับ โรคร่ำไป ผู้เขียนขอลำดับขึ้นตอนดังนี้

๑. มโนสัญเจตนาอาหาร

อาหารอันดับแรกที่สำคัญในชีวิตคือ “เจตนา” หมายถึง อาหารที่เกิดขึ้นกับจิต ชีวิตเริ่มมาจาก “จิต” การจงใจเจตนาเริ่มมาจาก “จิต” จิตที่จงใจเจตนาย่อมนำไปสู่ “กรรม” คือ ภาควิจิและกาย ความดีและความชั่ว บุญและบาป สุจริตและทุจริต สวรรค์และนรก ปุถุชนและอริยชน ทุกกระบวนการย่อมมาจาก “จิต” คือความจงใจเจตนา นั่นเอง อาหารประเภทนี้มีอำนาจเหนืออำนาจใดๆ ในชีพ

๒. ผัสสาหาร

อาหารอันดับที่สองรองลงมา คือ การสัมผัสถูกต้อง การสัมผัสถูกต้องจะต้องรู้ทันในขณะที่กำลังถูกสัมผัสหรือ กระทบสติความระลึกได้ และความรู้สึกตัวเป็นตัวควบคุมผัสสะ ไม่ควรเผลอเผลอในขณะที่ กระทบจะต้องควบคุมรูป รส กลิ่น เสียง ผัสสะ เพราะอาหารประเภทนี้สามารถก่อชนวนให้เกิดอารมณ์ที่พอใจ และอารมณ์ที่เสียใจได้อย่างร้ายแรงที่สุด

๓. วิญญาณาหาร

อาหารอันดับที่สาม คือ วิถีประสาทรับรู้แจ้งเห็นจริงตามทวารต่างๆ ที่เกิดผัสสะขึ้น เช่น มองเห็นสี ได้ ฟังเสียง ได้กลิ่น รู้รส และสัมผัสต่างๆ อาหารประเภทนี้ ที่แท้จริง คือ ประสาทตื่น แต่ปัญญาและพิจารณาต้องคอยปรับปรุงให้ถูกไม่ขัดต่อศีลธรรมและกฎหมาย

๔. กวฬิงการอาหาร

อาหาร คือ การบริโภคคัมภีร กิน เคี้ยวกิน ให้ลวงล้าคองลง ไปสู่กระเพาะอาหารในเวลาเช้าถึงเที่ยง (ยามกาลิก) หรือถนอมอาหารไว้ได้ในช่วงสัปดาห์ บางสิ่งที่เป็นยาจึงจัดเป็นอาหารประเภทตลอดชีพ อาหารประเภทนี้ชาวโลกและสถาบันการศึกษาทั่วโลกมองเห็นความสำคัญจึงได้เป็นกระบวนการวิชาการ โภชนาการในรูปแบบ “อาหารหลัก ๕ หมู่” เป็นระบบการแพทย์ตะวันตก ขอมรับเป็นทฤษฎีที่ต้องศึกษา แต่มามองอีกมุมหนึ่ง เฉพาะการแพทย์แผนไทย เรายึดอุดมการณ์ระดับความสำคัญของอาหารต่างกัน ดังที่ได้นำเสนอมาแล้วข้างต้นตามลำดับนี้คือ ส่วนหนึ่งขององค์ประกอบการแพทย์แผนไทยที่ได้สืบสานถ่ายทอดสืบกันมาจนถึงปัจจุบัน

หลักพระพุทธศาสนาชี้ให้เห็น คือ ความไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ

โรค หมายถึง สภาวะและอาการที่ทึ่มแวง ทำลาย ชัดขวาง ย่ำยี เบียดเบียน และเป็นอุปสรรคของ “ชีวิต” ทำให้ชีวิตได้รับทุกข์เวทนา ปราศจากสันติสุข และพบแต่สิ่งที่ไม่น่าปรารถนา (อนิฏฐารมณ์) อยู่ร่ำไป โรคมีอยู่ ๒ ประเภทคือ ๑. โรคทางจิต คือโรคที่ทำลายสันติและก่อให้เกิดพาหะนำไปข้ามภพข้ามชาติได้ และ ๒. โรคทางกาย คือโรคที่ทำลายรูปธรรมให้พบแต่ความชำรุด คร่ำคร่าจนเกิดเวทนาอย่างแรงกล้า โรคจิต เป็นโรคที่น่ากลัวกว่าโรคใด ๆ ในโลก และเป็นภัยอย่างมหันต์ในชีวิต โรคทางจิตย่อมได้รับเชื้อมาจากอาหารอันดับแรกคือ มโนสัญเจตนาหาร หมายถึง เจตจำนง เจตนา ที่แรงกล้า เจตนาเป็นตัวบ่งชี้บุญบาปหรือสวรรค์นรกเจตนา เป็นมโนกรรมที่นำข้ามภพข้ามชาติ เปลี่ยนชีพรูปธรรมให้ปรากฏเป็นไปต่าง ๆ นานา ตาม “กรรม” ที่เจตนาบ่งชี้ให้เกิดขึ้น เช่น การแบ่งแยกมนุษย์ในรูปแบบมนุษย์ โส, มนุษย์เทโว, มนุษย์เปโต, มนุษย์เด็จริจจาโน และมนุษย์นริยโก ในสภาพที่อยู่อาศัยคือ “ภพ ๓” หรือ สภาพอำนาจจิต “ภูมิ ๔” เป็นต้น โรคจิตที่ได้รับจาก “เจตนา” ที่แรงกล้า ก็ย่อมได้รับผลอันแรงกล้า เช่น บุคคลที่มีเจตนาฆ่าบิดามารดาผู้ให้กำเนิดแก่ตนเอง ผลของเจตนาที่แรงกล้าที่ได้รับก็คือจะต้องตกอยู่ภายใต้กรอกกฎบัตรกฎหมายของสังคม ก็จะต้องถูก “ประหารชีวิต” ให้ตายตกตามไปมองดูด้านศีลธรรมตามหลักพระพุทธศาสนาจะต้องได้รับโทษสถานเดียว คือ “ตกอเวจิมหานรก” เมื่อภายหลังจากชีวิตได้ถูกประหารจนสิ้นชีวิตไปแล้ว โรคจิต จึงเป็นโรคที่เรื้อรัง (โบราณโรค) รักษายากมากที่สุดคิด อันดับที่สุดกันว่าโรคนี เป็น “อดิไสยโรค” นั่นเอง โรคจิตจึงเป็นโรคที่การแพทย์แผนไทยถือว่าจำเป็นจะต้องรักษาอย่างรีบด่วน เพราะ โรคนีได้มาพร้อมกับชีวิต ถ้าชีวิตไม่มาถึงกำเนิดในภพ ๓ โรคนีแสดงว่าไม่ต้องรักษาหาคไปเอง แต่ถ้ามนุษย์ยังวนเวียนถือกำเนิดอยู่ในภพ ๓ โรคนีจำเป็นจะต้องรีบรักษาพยาบาลโดยรีบด่วน

กล่าวได้ว่า ในวงการสาธารณสุขระดับโลก โรคนี้ไม่ใช่โรคติดต่อแต่สามารถทำลายระบบนิเวศและสังคมได้อย่างรุนแรง โรคกายเกิดขึ้นยังมีส่วนอื่นๆ คงเหลืออยู่แต่โรคจิตบังเกิดขึ้นแล้วย่อมทำลายหมดทุกอย่าง เริ่มต้นจากชีวิตตัวเอง ทรัพย์สิน ยศ บริวาร ชื่อเสียง ย่อมหมดไปทุกประการ โรคจิตจึงเป็นโรคที่ร้ายแรงในสังคมและสัตว์โลกทั่วโลก การแพทย์แผนไทยย่อมตระหนักถึงโรคนี้ และมองเห็นภัยเกี่ยวกับโรคนี้จึงยกขึ้นมาเสนอให้สังคมชาวโลก ได้ช่วยกันพิจารณาและหาวิธีการรักษาโรคจิตเป็นอันดับแรก ส่วนสภาพและอาการของโรคทางกายไม่น่าจะเป็นห่วงและกลัวให้มากไปกว่าโรคจิต เพราะโรคกายคือโรคขั้นพื้นฐานที่ง่าย รักษาก็หาย ไม่รักษาก็หาย รักษาก็ตาย ไม่รักษาก็ตาย มีอยู่ประเภทเดียว คือถ้าไม่รักษาตาย นี่คือ กระบวนการพิชิตโรคในระบบการแพทย์แผนไทย

ใจเพชร กล้าจน (๒๕๖๕) ได้ศึกษาวิจัย พบว่า ศาสตร์การแพทย์วิถีธรรมของ ดร.ใจเพชร กล้าจน เป็นศาสตร์การแพทย์แผนใหม่ของโลก มีจุดกำเนิดในประเทศไทย มีแนวคิดหลัก คือ การฝึกฝนปฏิบัติเพื่อเข้าถึงสภาวะของความสุกอันสูงสุด คือ นิโรธ วิมุตติ นิพพาน ไปเป็นลำดับ ซึ่งตรงกับเป้าหมายสูงสุดของพระพุทธศาสนา โดยมีแนวคิดย่อยตามหลักพุทธธรรม คือ (๑) ใจเป็นประธานของสิ่งทั้งปวง (๒) ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน (๓) เหตุแห่งทุกข์คือตัณหา (ดับทุกข์ต้องดับที่ตัณหา) (๔) ประหยัดเรียบง่าย (๕) มีประโยชน์ ไม่มีโทษ (๖) พิสูจน์ได้ด้วยตนเอง (๗) เป็นจริงตลอดกาล (๘) อนุเคราะห์เกื้อกูลโลก มีการอธิบายกลไกการเกิดการหายของโรคตามหลักพุทธศาสตร์ เป็นวิทยาศาสตร์เชิงนามธรรม (Abstract Science) ที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับหลักวิทยาศาสตร์เชิงรูปธรรม (Physical Science) บูรณาการออกมาเป็นหลักปฏิบัติ ๕ ข้อสู่สภาวะแห่งพุทธะ หรือยา ๕ เม็ดของแพทย์วิถีธรรม ซึ่งผู้ป่วยจะต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง มีสโลแกน คือ "หมอที่ดีที่สุดในโลกคือตัวเราเอง" "ลดกิเลส รักษาโรค" "ศูนย์บำบัดรักษาทุกโรค" ผลของการปฏิบัติ คือ สามารถรักษาโรคได้จริง แม้แต่โรคที่หมดทางรักษาแล้ว (ผลขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของบุคคลนั้นๆ) และส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ดีขึ้นอย่างเป็นองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญา เศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตโดยรวม และด้านการพึ่งตน (ดับทุกข์ในตน, ดับตัณหาในตน) และช่วยคนให้พ้นทุกข์ (ภาวะแห่งพุทธะ) เป็นการก่อเกิดของสังคมแห่งพุทธะหรือสังคมอริยะ

ปรีชา แก้วพิมล และอุไรรัตน์ หน้าใหญ่ (๒๕๖๒) ได้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพในสังคมพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้: การประยุกต์ วิถีพุทธสำหรับผู้รับบริการ โดยรับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งในคู่มือจะระบุว่า

องค์ประกอบด้านผู้รับบริการ ประชาชนในเขตบริการของโรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องได้รับการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพวิถีพุทธผ่าน

กิจกรรมทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างกิจกรรมประชาสัมพันธ์เช่น แจกผ่านชมรม สุขภาพ การประชุมของหน่วยงาน การติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้รับบริการทราบและมีความมั่นใจว่า หากเข้าใช้บริการ ระบบโรงพยาบาลสามารถสื่อสารบอกความต้องการได้

องค์ประกอบด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการควรมีการเตรียมความพร้อมด้านทัศนคติ ความรู้ และ ทักษะเพื่อให้สามารถเอื้ออำนวยให้ความร่วมมือตาม บทบาทหน้าที่ เนื้อหาหลักสูตรเพื่อพัฒนา สมรรถนะบุคลากร บุคลากรทั่วไป โดย ๑. สามารถอาราธนาสืด กล่าวคำถวายสังฆทาน แผ่เมตตา สวด มนต์บทที่จำเป็น ๒. มีจิตอาสา พร้อมอำนวยความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการพื้นที่ ๓. มีความรู้ คำสอน พุทธศาสนา แพทย์/พยาบาล ๑. ผ่านการอบรม การแพทย์วิถีพุทธ ปรัชญาพุทธร่วมสมัย สำหรับ ประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสภาพ ด้านความรู้ ๑) คุณค่าของการเกิด ๒) ไตรลักษณ์ ๓) อริยสัจสี่ ๔) มรรคมีองค์ ๘ ๕) พุทธศาสนากับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่/ วิทยาศาสตร์สมอง ๖) มงคล ๓๘ ด้านทักษะจำเป็น ๑) สมานิพื้นฐาน พลังบำบัด โยคะ ฯลฯ ๒) การดูแลระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล มี ๒ รูปแบบ คือ ระบบทีมให้คำปรึกษา (Consultation team) เป็น บริการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเฉพาะ ผู้ให้บริการหลัก ที่ส าคัญ อย่างน้อยควรประกอบไปด้วยแพทย์และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบ ประคับประคอง อาจ ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เกษัชกร นักจิตวิทยา จิตอาสา พระภิกษุ ฯลฯ และ หน่วยเฉพาะ/หอผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Inpatient palliative care unit ward) เป็นการดูแลแบบประคับประคองที่อาจจัดขึ้นเป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะ หรืออาจจัดมุมหนึ่งหรือบางพื้นที่ในหอผู้ป่วยส สำหรับผู้ป่วย แบบ ประคับประคอง มักเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ มีอาการที่ยากต่อการควบคุม ครอบครัวยังมีความทุกข์มากต้องการการสนับสนุนดูแลที่มากกว่าปกติ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย เป้าหมายของการดูแลเปลี่ยนจากการรักษา เป็นการดูแลเพื่อความสุขสบายบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว มีการจัด ๕ สิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว เงียบ สงบ และให้ครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการเป็น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ จิตอาสา หรือพระสงฆ์ ผู้ซึ่งได้รับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจ และ ทักษะในการดูแล ประคับประคอง (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, ๒๕๕๕: ๔๖) ๓) ทักษะการใช้วิถีพุทธ กับผู้ป่วยเฉพาะ (NCD CA HT DM, MCH, เด็กวัยรุ่น เยาวชน, ผู้สูงอายุ, เยียวยา – จิตเวช, ญาติ) และ ๔) ทักษะการฟื้นฟูด้านจิตใจความขัดแย้งทางจิต

สรุปได้ว่า พุทธธรรม สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วย ภาวะติดเตียงได้ โดยการประยุกต์และออกแบบหลักสูตรหรือ โปรแกรมที่เหมาะสม

๒.๗ แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง

ประเทศไทยเข้าสู่ "สังคมสูงอายุ" มาแล้ว ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ โดยเกณฑ์ ที่สหประชาชาติกำหนด คือมีสัดส่วนของผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๑๐ หรือมีผู้มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๗ ถึง ปี ๒๕๖๐ สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยเกินกว่าร้อยละ ๑๗ แล้ว กล่าวคือมีผู้สูงอายุมากกว่า ๑๐ ล้าน คน จากประชากรของประเทศ ราว ๖๕ ล้านคน

ผู้สูงอายุกว่า ๑๐ ล้านคน นี้มีส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง (Dependent) จากความ เสื่อมสภาพของร่างกายและจากโรคร้ายไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือจากอุบัติเหตุต่าง ๆ จากการสำรวจเป็นระยะๆ พบผู้ สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราวร้อยละ ๑๐ หรือราว ๑ ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วน หรือเป็นประเภท "ติดบ้าน" ออกไปไหนไม่ได้ราวร้อยละ ๘๕ หรือราว ๘.๕ แสนคน และต้องพึ่งพิง ทั้งหมด หรือเป็นประเภท "ติดเตียง" ราวร้อยละ ๑๕ หรือราว ๑.๕ แสนคน จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติด เตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และจากสัดส่วนผู้สูงอายุ "วัย ปลาย " ที่มากขึ้นเพราะอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็นลำดับ

ปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงปัจจุบันเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ประเทศไทยให้ความสำคัญการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมานานแล้ว โดยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็น แผน ระยะยาว ๒๐ ปี ฉบับแรกมาตั้งแต่ปี ๒๕๒๕ ในสมัยรัฐบาล พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ปัจจุบัน เป็นแผน ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) และมีกฎหมายเฉพาะ คือ พ.ร.บ.ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ แต่ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง คือประเภทติดบ้าน ติดเตียงยังต้องการการ พัฒนาอีกมาก^๕

^๕ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์, "การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง", หนังสือพิมพ์โพสทูเดย์, (๗ มีนาคม ๒๕๖๐).

๒.๘ หลักพรหมวิหาร ๔ (ธรรมเครื่องอยู่อย่างประเสริฐ)

๑) ที่มาของหลักพรหมวิหาร ๔

หลังจากสมัยพุทธกาลหลักธรรมเรื่องพรหมวิหาร ๔ ยังคงเป็นหมวดธรรมหนึ่ง ซึ่งได้รับความสนใจอย่างมากจากนักปราชญ์ทางพระพุทธศาสนา ซึ่งจะเห็นได้จากการนำพรหมวิหาร ๔ มาเผยแพร่และอธิบายขยายความไว้ในคัมภีร์สำคัญทางพระพุทธศาสนาของพระอรหันตเจ้าจารย์ และ นักวิชาการร่วมสมัยต่าง ๆ เช่น ในอานาปานสติสูตร มัชฌิมนิคาย อุปริปัณณาสก์ พระพุทธเจ้าได้ตรัส ถึงพรหมวิหารธรรมว่า

(๑) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอัน เจริญเมตตาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่ฯ

(๒) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอัน เจริญกรุณาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่ฯ

(๓) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอัน เจริญมุทิตาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่ฯ

(๔) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอัน เจริญอุเบกขาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่ฯ

พุทธพจน์ดังกล่าวเป็นอรรถอธิบายบรรยายความพุทธจริยธรรมกล่าวคือ มัชฌิมาปฏิบัติทา หรือ ไตรสิกขาคือศีล สมาธิ ปัญญา

๒) ความหมายและองค์ประกอบหลักพรหมวิหาร ๔

พรหมวิหาร ๔ (Holy Abidings) หรือพรหมวิหารธรรม เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า อัปมัณฺญา เพราะแผ่สม่ำเสมอ โดยทั่วไปในมนุษย์สัตว์ทั้งหลายไม่มีประมาณ ไม่จำกัด เป็นหลักธรรมประจำใจ เพื่อให้ตนดำรงอยู่อย่างประเสริฐ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต)^{๑๖} กล่าวว่าพรหมวิหาร ๔ ประกอบด้วยเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา หมายถึงธรรมเครื่องอยู่อย่างประเสริฐ, ธรรมประจำใจอย่างประเสริฐ ความประพฤติที่ประเสริฐบริสุทธิ์ ธรรมที่ต้องมีไว้เป็นหลักใจและความประพฤติ จึงจะได้อำนาจดำเนินชีวิตหมดจดและปฏิบัติตนต่อมนุษย์และสัตว์ทั้งหลายโดยชอบหลักความประพฤติที่ ประเสริฐบริสุทธิ์ จึงจะได้อำนาจดำเนินชีวิตหมดจด และปฏิบัติตนต่อมนุษย์และสัตว์ทั้งหลายโดยชอบ บางครั้งแปลว่า ธรรม

^{๑๖} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมฉบับประมวลธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๑๗, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๑๖๑-๑๖๓.

ประจำใจ ที่ทำให้เป็นพรหมหรือทำให้เสมอด้วยพรหม หรือธรรมเครื่องอยู่ของท่านผู้มียุคยิ่งใหญ่ มีความหมายดังต่อไปนี้

๑. เมตตา (Loving - Kindness) เป็นความรักใคร่ปรารถนาดีอยากให้เขามีความสุข มีจิตอันแผ่ไมตรีและคิดทำประโยชน์แก่มนุษย์สัตว์ทั่วหน้าต่อสรรพสัตว์ทั่วไปไม่มีประมาณ แผ่ทั่วไปในมนุษย์และสัตว์ทั้งหลายอย่างไม่จำกัดขอบเขต คุณธรรมนี้เป็นพื้นฐานทำให้เกิดหลักธรรมอื่น ๆ ถ้าขาดเมตตาธรรมแล้วคุณธรรมอื่นก็ยากที่จะเกิดขึ้นในจิตใจได้เมตตาธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับผู้ให้การรักษาเพราะหมายถึงการเอาใจใส่ปรารถนาดีห่วงใยและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยอย่างไรก็ตามการปฏิบัติความเมตตาจะต้องมีความรู้เท่าทันสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ด้านโดยความเมตตานั้นต้องไม่นำไปสู่ปัญหาที่จะตามมา นั่นคือต้องมีความเมตตาด้วยเจตนาที่บริสุทธิ์ประกอบด้วยกุศลมูลแล้วใช้ปัญญาพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยรอบอย่างชัดเจนถ้าปฏิบัติได้เช่นนี้จะช่วยให้ผู้อื่นได้รับผลประโยชน์อย่างสูงสุด การแสดงความเมตตาสามารถแสดงออกได้ทั้งทางกาย วาจา ใจ จิตใจที่เมตตาย่อมทำให้ บุคคลนั้นเข้าใจถึงความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์รู้จักการช่วยเหลือและอภัยผู้อื่น ในอังคุตตรนิกายได้กล่าวถึงอานิสงส์ของการเจริญเมตตาไว้ ๑๑ ประการคือ

- ๑) กลับเป็นสุข
- ๒) ตื่นเป็นสุข
- ๓) ไม่ฝันลามก
- ๔) เป็นที่รักของมนุษย์ทั้งหลาย
- ๕) เป็นที่รักของอมมนุษย์ทั้งหลาย
- ๖) เทวดาทั้งหลายย่อมรักษา
- ๗) ไฟยาพิษหรือศาสตราภัก์กรายไม่ได้
- ๘) จิตตั้งมั่นโดยรวดเร็ว
- ๙) สีนัย่อมผ่องใส
- ๑๐) เป็นผู้ไม่หลงลืมสติตาย
- ๑๑) เมื่อยังไม่แทงตลอดคุณวิเศษอันยอดเยี่ยมย่อมเข้าถึงพรหมโลก

๒. กรุณา (Compassion) เป็นความสงสาร คิดช่วยให้พ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันจะปลดเปลื้องบำบัดความทุกข์เดือดร้อนของปวงสัตว์ ยกตัวอย่างเช่นผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานทางกายและใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน สภาวะเช่นนี้ย่อมต้องการความช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่ง อย่างน้อยช่วยทำให้เขาเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจที่จะรักษาโรคให้หาย เป็นปกติเหมือนเดิม

๓. มูทิตา (Sympathetic Joy) เป็นความยินดีในเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุขมีจิตผ่องใสบันเทิง กอปรด้วยอาการแช่มชื่นเบิกบานอยู่เสมอต่อสัตว์ทั้งหลายผู้ดำรงในปกติสุข พลอยยินดีด้วยเมื่อเขาได้ ดีมีสุขเจริญงอกงามยิ่งขึ้นไปหรือส่งเสริมให้กำลังใจเพื่อเขาจะได้ทำความดียิ่งขึ้นไป

๔. อุเบกขา (Neutrality, Equanimity) เป็นความวางใจเป็นกลาง อันจะให้ดำรงอยู่ในธรรมตามที่พิจารณาเห็นด้วยปัญญา คือ มีจิตเรียบตรงเที่ยงธรรมดุจตราขึง ไม่เอนเอียงด้วยรักและชัง พิจารณาเห็นกรรมที่สัตว์ทั้งหลายกระทำแล้ว อันควรได้รับผลดีหรือชั่วสมควรแก่เหตุอันตนประกอบพร้อมที่จะวินิจฉัยและปฏิบัติไปตามธรรม รวมทั้งรู้จักวางเฉยสงบใจมองดู ในเมื่อไม่มีกิจที่ควรทำเพราะเขาได้รับผลชอบตนได้ดีแล้ว เขาสมควรรับผลชอบตนเอง หรือเขาควรได้รับผลอันสมกับมารับผลชอบของตน คุณธรรมข้อนี้มีความสำคัญต่อการนำไปใช้แก้ปัญหาอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้ผู้ปฏิบัติละความยึดติดธรรมทั้งหลายและมองสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริงโดยไม่มีทางเลือกเขาเลือกเรา

ในการปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา พระธรรมปิฎกได้แสดงทัศนะว่า หลักธรรมในพระพุทธศาสนา พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นชุด เพราะเป็นระบบ (Holistic) คือระบบองค์รวม หมายความว่าต้องทำให้ครบชุด มีคุณภาพทั้ง ๔ ด้าน นั่นคือ หลักพรหมวิหาร ๔ นี้ต้องทำให้ ครบทุกด้าน ถูกต้องพอดีตามสถานการณ์ ดังนี้

๑. เมื่อเขาอยู่ภาวะปกติควรมีเมตตา หมายถึง ความรัก ความปรารถนาดี อยากให้ เขามีความสุขสบายต่อไป

๒. เมื่อเขาตกหล่นไปจากสภาพที่ปกติ มีความทุกข์ ควรมีกรุณา หมายถึงการพลอยมี ใจหว่านไหวเมื่อเห็นคนอื่นเดือดร้อนหรือมีความทุกข์ ต้องการจะปลดเปลื้องทุกข์เขาให้พ้นความทุกข์

๓. เมื่อเขาดีขึ้น ประสบความสำเร็จ มีความสุข ทำในสิ่งที่ถูกต้องดีงาม ควรมีมูทิตา หมายถึงพลอยยินดีด้วยคอยสนับสนุนส่งเสริม

๔. กรณีที่จะรักษาความถูกต้องชอบธรรม หลักการ กฎเกณฑ์ ควรมีอุเบกขาซึ่ง แปลว่าคอยดูอยู่ไกล ๆ วางใจเป็นกลาง พร้อมทั้งจะแก้ไขสถานการณ์แต่ไม่เข้าไปก้าวก่ายแทรกแซง เพื่อให้คนนั้นรับผลชอบต่อตัวธรรม หลักการ กฎเกณฑ์ ซึ่งต้องใช้ปัญญาในการพิจารณา ตามปกติผู้ที่ มีจิตใจประเสริฐจะต้องมีความเมตตากรุณา แต่ถ้การแสดง ความเมตตากรุณานั้นจะทำให้เสียความ ยุติธรรม ก็ต้องวางใจเป็นกลางคือตั้งในอุเบกขา ต้องเว้นจากอคติ ๔ ไม่ให้ใจลำเอียงเพราะความรัก ความชัง ความเขลาและความกลัว ใจจึงจะเป็นอุเบกขาได้ อุเบกขาเป็นธรรมที่มุ่งรักษาความเป็นธรรม ในสังคม แล้วช่วยให้ชีวิตคนพัฒนา เช่น พ่อแม่ไม่มีอุเบกขา เลี้ยงลูกแบบประคบประหงมไม่เปิด โอกาสให้ตัดสินใจทำอะไรเลย ลูกจะไม่โตทั้งทางจิตใจและปัญญาแต่การมีอุเบกขามากอย่างเดียว สังคมก็ไม่เป็นสุขเพราะ

ทุกคนต่างรับผิดชอบต่อหลักการอย่างเดียวกัน มีแต่แนวคิดที่คอยตรวจสอบกัน เช่น คุณทำถูกต้องตามหลักการและกฎหมายฉันไม่ว่าแต่ถ้าทำผิดหลักการและกฎหมายเมื่อไรฉัน จัดการทันทีไม่มีช่วยเหลือกัน ไม่มีน้ำใจต่อกัน ไม่มีเมตตาต่อกันซึ่งทำให้สังคมเสียความสมดุลบุคคลที่ อยู่ในสังคมก็มีแต่ความเครียด

๓) ประโยชน์ของหลักพรหมวิหาร ๔

ในเมตตาสูตที่ ๑ จตุกกนิบาต อังคุตตรนิกาย ได้ระบุถึงการผลการเจริญพรหมวิหาร ธรรมไว้ว่าเป็นบุคคลไม่มีเวร ไม่มีความเบียดเบียน เข้าถึงความเป็นสหายของเหล่าเทวดาเหล่าพรหม กายิกา ดังความตอนหนึ่งว่า “บุคคลบางคนในโลกนี้ มีใจประกอบด้วยกรุณา แผลไปตลอดทิศหนึ่งอยู่ ทิศที่สอง ที่สาม ที่สี่ก็เหมือนกัน ตามนัยนี้ ทั้งเบื้องบน เบื้องล่าง เบื้องขวา แผลไปตลอดโลกทั่วสัตว์ทุก เหล่า ในที่ทุกสถาน ด้วยใจประกอบด้วย กรุณาอันไพบุลย์ ถึงความเป็นใหญ่ หาประมาณมิได้ ไม่มีเวร ไม่มี ความเบียดเบียนอยู่ บุคคลนั้นพอใจ ชอบใจกรุณา ฆานนั้น และถึงความปลื้มใจด้วยกรุณาฆานนั้น ยับยั้งอยู่ในกรุณาฆานนั้น น้อมใจไปในกรุณาฆานนั้น อยู่จนคั่นด้วยกรุณาฆานนั้น ไม่เสื่อม เมื่อ กระทำกาละ ย่อมเข้าถึงความเป็นสหายของเทวดาเหล่าอภิสสระ คูกรภิกษุทั้งหลาย ๒ กัปเป็น ประมาณอายุของ เทวดาเหล่าอภิสสระ ปุณฺชนดำรงอยู่ในชั้นอภิสสระนั้น ครอบทั่วตลอดอายุ ยัง ประมาณอายุ ทั้งหมดของเทวดาเหล่านั้นให้สิ้น ไปแล้วย่อมเข้าถึงนรกบ้าง กำเนิดดิรัจฉานบ้าง เปรต วิสัยบ้าง ส่วนสาวกของ พระผู้มีพระภาค ดำรงอยู่ในชั้นอภิสสระนั้นครอบทั่วตลอดอายุ ยังประมาณ อายุทั้งหมดของเทวดา เหล่านั้นให้สิ้น ไปแล้ว ย่อมปรินิพพานในภพนั้นเอง คูกรภิกษุทั้งหลาย นี่เป็น ความพิเศษผิดแผกแตกต่างกัน ระหว่างอริยสาวกผู้ได้สดับกับปุณฺชนผู้ไม่ได้สดับ คือ ในเมื่อคติ อุบัติมี อยู่”

ในทิมนิกาย ปาฎิกวรรค ได้ระบุถึงประโยชน์ของพรหมวิหาร ๔ คือ เมตตา เป็นเครื่อง สลัดซึ่ง พยาบาท กรุณา เป็นเครื่องสลัดซึ่งวิหิงสา (ความคิดร้าย) มุทิตา เป็นเครื่องสลัดซึ่งอโรติ (ความ ไม่ยินดี) อุเบกขา เป็นเครื่องสลัดซึ่งราคะ กล่าวคือ เมตตาเป็นคุณธรรมที่ทำลายพยาบาท กรุณาเป็น คุณธรรมที่ ทำลายความเบียดเบียน มุทิตาเป็นคุณธรรมที่ทำลายความอิจฉา อุเบกขาเป็นคุณธรรมที่ ทำลายความ ลำเอียง

สรุปได้ว่า หลักพรหมวิหาร หมายถึง หลักคุณธรรม สำหรับบุคคลโดยการที่มีจิตแผ่ไมตรี และเป็น ประโยชน์ปรารถนาความสุขความเจริญแก่ผู้อื่น ใฝ่ใจอัน จะปลดเปลื้องความทุกข์ยากของผู้อื่น การ มีหลักธรรมประจำใจอันประเสริฐที่จะเหนี่ยวนำจิตใจให้มี การอยู่ร่วมกันในองค์กรทำให้มีความรัก ความสามัคคี รักใคร่ปรองดองซึ่งกันและกัน

๒.๕ แนวคิดที่เกี่ยวกับหลักภาวนา ๔

ความหมายเกี่ยวกับหลักภาวนา ๔

คำว่า “ภาวนา” ก่อนที่จะแปลว่าเจริญ ภาวนาถ้าแปลตามตัวอักษร แปลว่า “การทำให้ เป็นให้มี” หมายความว่า อันไหนที่ไม่เป็นก็ทำให้เป็นขึ้น อันไหนที่ไม่มีก็ทำให้มีขึ้นซึ่งหมายความว่า ไปว่าการทำให้เพิ่มพูนขึ้น ทำให้กล้าแข็งขึ้น จึงแปลกันอีกความหมายหนึ่งว่า “ฝึกอบรม” คำว่า “ฝึกอบรม” ก็ไปใกล้เคียงกับความหมายของคำว่าสิกขา เพราะฉะนั้น สิกขากับภาวนา จึงเป็นคำที่ใช้อย่าง ใกล้เคียงกัน ในการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา พระพุทธเจ้าตรัสในคำสอนของพระองค์เองเพื่อ ใช้เป็นคุณสมบัติของบุคคลท่านใช้ว่า ภาวิตกาโย ภาวิต สีโล ภาวิตจิตโต ภาวิตปัญญาญ คือคำว่า ภาวนา เวลาใช้เป็นคุณศัพท์เป็น ภาวิตะ ภาวิตกา โย ผู้มีกายที่เจริญแล้วหรือฝึกอบรมแล้ว ภาวิตสีโล ผู้มีศีลที่ ฝึกอบรมแล้วหรือเจริญแล้ว ภาวิตจิตโต ผู้มีจิตที่เจริญแล้วหรือมีจิตที่ฝึกอบรมแล้ว ภาวิตปัญญาญ ผู้มี ปัญญาที่เจริญแล้วหรือปัญญาที่ฝึกอบรมแล้ว ถ้าเป็นคำนาม ๔ อันนี้ก็คือ ๑) กายภาวนา คนเป็นภาวิตกาโย ตัวการกระทำเป็นกายภาวนา ๒) ศีลภาวนา คนเป็นภาวิตสีโล ตัวการกระทำเป็นจิตภาวนา ๓) จิตภาวนา คนเป็นภาวิตจิตโต ตัวการกระทำเป็นจิตภาวนา ๔) ปัญญาภาวนา คนเป็นภาวิตปัญญาญ ตัว การกระทำเป็นปัญญาภาวนา^{๑๑}

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) ได้กล่าวว่า ภาวนา เป็นคำในภาษาบาลี ที่มีรูปกิริยา ศัพท์ เป็น ภาวเต มีความหมายตรงกับคำว่า วฑฺฒติ ซึ่งก็คือ วัฒนาหรือการพัฒนา ที่ใช้ในภาษาไทย คำว่า ภาวนา ในคำสอนของ พระพุทธศาสนา หมายถึงการทำให้มีขึ้นเป็นขึ้น, การทำให้เกิดขึ้น, การเจริญ, การบำเพ็ญ, การฝึกอบรม, การพัฒนาเพื่อทำสิ่งที่ยังไม่มีให้มีขึ้น^{๑๒} โดยมีความหมายครอบคลุม ถึงการปฏิบัติตนทั้งหมดที่เป็น ไปเพื่อการพัฒนาคุณธรรมภายในตน^{๑๓} ภาวนา ๔ ที่ปรากฏในพระ ไตรปิฎก มักแสดงในรูปที่เป็นคุณสมบัติของบุคคลผู้ได้ เจริญกาย ศีล จิต และปัญญาแล้ว ดังข้อความ ตัวอย่างต่อไปนี้เป็น พระผู้มีพระภาคเจ้า ชื่อว่า ทรงอบรมพระองค์แล้วทรงเป็น ภาวิตัตต์หรือพระองค์ที่ ทรงเจริญ

^{๑๑} พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), *พุทธธรรมกับการพัฒนาชีวิต*, (กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา, ๒๕๔๐), หน้า ๕๑.

^{๑๒} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), *พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์*, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔), หน้า ๒๐๓.

^{๑๓} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), *หลักแม่บทของการพัฒนาตน*, พิมพ์ครั้งที่ ๑๕, (กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖), หน้า ๑๐-๑๕.

หรือพัฒนาแล้ว เป็นอย่างไร คือ พระผู้มีพระภาคเจ้าทรงอบรมพระวรกาย อบรมศีลอบรม จิตใจ อบรม ปัญญา (ขยายความต่อไปอีกว่าทรงเจริญโพธิปักขิยธรรม ๓๗ ประการแล้ว)^{๒๐}

ดังนั้น ความหมายของภาวนา ๔ คือ การเจริญการพัฒนาทั้งทางด้านสมถะและวิปัสสนา เพื่อให้มีผลปรากฏ เช่น มีบุคลิกภาพภาพลักษณ์ภายนอกและคุณธรรมภายในตนที่ดีขึ้นซึ่งใน ความหมายนี้ แบ่งผลที่ปรากฏออกเป็น ๔ ด้าน คือ

๑. ภาวนาหรือการพัฒนากาย คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทาง ภายนอก หรือทางวัตถุให้รู้จัก“กินอยู่ดูฟัง”เป็นสามารเสพลสิ่งเหล่านั้นในทางที่เป็นคุณมิให้โทษรู้จัก ควบคุม ไม่ให้เกิดความต้องการที่ฟุ่มเฟือยเกินความจ เป็น

๒. ศีลภาวนาหรือการพัฒนาศีล คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ มนุษย์ตั้งอยู่ในกฎระเบียบเพื่อให้เกิดการตอบสนองความต้องการของตนนั้น ไม่ไปเบียดเบียนหรือ ก่อ ความเดือดร้อนเสียหายกับผู้อื่นสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นและเกื้อกูลกันได้ด้วยดี

๓. จิตภาวนาหรือการพัฒนาจิต คือ การมีจิตที่สมบูรณ์ด้วยคุณธรรมความดีงามสมบูรณ์ ด้วย สมรรถภาพมีความเข้มแข็งมั่นคงและสมบูรณ์ด้วยสุขภาพมีความเบิกบานผ่อนคลายสงบสุข

๔. ปัญญาภาวนาหรือการพัฒนาปัญญา คือ การเสริมสร้างความรู้ความคิดความเข้าใจ อย่างเป็น นายความคิดและการหยั่งรู้ความจริงรู้เห็นเท่าทันโลกและชีวิตตามสภาวะจริง^{๒๑}

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้กล่าวไว้ว่า การพัฒนาตามความหมายของ พระพุทธศาสนา ก็คือ ภาวนา หมายถึง การทำให้เป็นให้มีขึ้น, การฝึกอบรม, การพัฒนา ซึ่งมีการพัฒนา อยู่ ๔ ประเภทคือ

๑. ภาวนา คือ การเจริญกาย พัฒนากาย การฝึกอบรม ให้รู้จักติดต่อกับสิ่ง ทั้งหลาย ภายนอกทางอินทรีย์ทั้งห้าด้วยดี และปฏิบัติต่อสิ่งเหล่านั้นในทางที่เป็นคุณ มิให้เกิดโทษให้ กุศลธรรม งอกงาม ให้กุศลธรรมเลื่อมสุญ การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

๒. ศีลภาวนา คือ การเจริญศีล พัฒนาความประพฤติ การฝึกอบรมศีล ให้ตั้งอยู่ในระเบียบ วินัย ไม่เบียดเบียนหรือก่อความเดือดร้อนเสียหาย อยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้ด้วยดีเกื้อกูลแก่กัน

^{๒๐} คุรยละเอียดใน พ.จ. (ไทย) ๓๐/๑๘/๑๑๕.

^{๒๑} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), **พุทธธรรม**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาจุฬาลง กรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๓๗๑.

๓. จิตภาวนา คือ การเจริญจิต พัฒนาจิต การฝึกอบรมจิตใจ ให้เข้มแข็งมั่นคงเจริญงอกงาม ด้วยคุณธรรมทั้งหลาย เช่น มีการเมตตา มีฉันทะ ขยันหมั่นเพียร อุตสาหะ มีสมาธิและสดชื่นเบิกบาน เป็นสุข ผ่องใส เป็นต้น

๔. ปัญญาภาวนา คือ การเจริญปัญญา พัฒนาปัญญา การฝึกอบรมปัญญา ให้รู้เข้าใจสิ่งทั้งหลาย ตามเป็นจริง รู้เท่าทันเห็นแจ้งโลกและชีวิตตามสภาวะ สามารถทำให้เป็นอิสระทำตนให้ บริสุทธิ์จากกิเลสและปลอดพ้นจากความทุกข์ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยปัญญาความหมายการ พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามแนวพระพุทธศาสนานั้นต้องพัฒนาร่วมกันหลายอย่างเช่น การพัฒนากาย การพัฒนาจิต การพัฒนาปัญญา เข้าด้วยกันจึงจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยไม่เน้นอย่างใดอย่างหนึ่ง^{๒๖}

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวนา ๔ (การเจริญ , การทำให้เป็น ให้มีขึ้น, การฝึกอบรม, การพัฒนา : cultivation; training; development)

๑) กายภาวนา การเจริญกาย, พัฒนากาย, การฝึกอบรมกาย ให้รู้จักติดต่อกันเกี่ยวข้องกับสิ่งทั้งหลายภายนอกทางอินทรีย์ทั้งห้าด้วยดี และปฏิบัติต่อสิ่งเหล่านั้นในทางที่เป็นคุณ มิให้เกิดโทษ ให้กุศลธรรมงอกงาม ให้กุศลธรรมเสื่อมสูญ, การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ : physical development

๒) สីลภาวนา การเจริญศีล, พัฒนาคามประพฤติ, การฝึกอบรมศีล ให้ตั้งอยู่ในระเบียบ วินัย ไม่เบียดเบียนหรือก่อความเดือดร้อนเสียหาย อยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้ด้วยดี เกื้อกูลแก่กัน : moral development

๓) จิตภาวนา การเจริญจิต, พัฒนาจิต, การฝึกอบรมจิตใจ ให้เข้มแข็งมั่นคงเจริญงอกงาม ด้วยคุณธรรมทั้งหลาย เช่น มีเมตตา กรุณา ขยันหมั่นเพียร อุตสาหะ มีสมาธิ และสดชื่นเบิกบาน เป็นสุข ผ่องใส เป็นต้น : cultivation of the heart; emotional development

๔) ปัญญาภาวนา การเจริญปัญญา, พัฒนาปัญญา, การฝึกอบรมปัญญา ให้รู้เข้าใจสิ่งทั้งหลาย ตามเป็นจริง รู้เท่าทันเห็นโลกและชีวิตตามสภาวะ สามารถทำจิตใจให้เป็นอิสระ ทำตนให้ บริสุทธิ์จากกิเลสและปลอดพ้นจากความทุกข์ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยปัญญา : cultivation of wisdom; intellectual development^{๒๗}

^{๒๖} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรมฉบับขยายความ, หน้า ๑๕๑.

^{๒๗} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๑), หน้า ๑๐.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้กล่าวไว้ว่า ภavana การทำให้มีขึ้นเป็นขึ้น, การทำให้เกิดขึ้น, การเจริญ, การบำเพ็ญ

๑. การฝึกอบรม ตามหลักพระพุทธศาสนา มีสองอย่างคือ

๑.๑ สมถภavana ฝึกอบรมให้เกิดความสงบ

๑.๒ วิปัสสนา ฝึกอบรมปัญญาให้เกิดความรู้เข้าใจเป็นจิตร, อีกนัยหนึ่งจัดเป็น สอง เหมือนกันคือ (๑) จิตภavana คือ การฝึกจิตใจให้เจริญงอกงาม ด้วยคุณธรรมความเข้มแข็ง มั่นคง เบิกบาน สงบสุข ผ่องใสด้วยความเพียร สติ และสมาธิ (๒) ปัญญาภavana คือ การฝึกอบรมเจริญปัญญา ให้รู้เท่าทันเข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง จนมีจิตใจเป็นอิสระ ไม่ถูกครอบงำด้วยกิเลสและความทุกข์

๒. การเจริญสมถกรรมฐานเพื่อให้เกิดสมาธิ มี ๓ ชั้น คือ^{๒๔}

๒.๑ บริกรรมภavana ภavanaชั้นเตรียม คือ กำหนดอารมณ์กรรมฐาน

๒.๒ อุปจารภavana ภavanaชั้นจวนเจียน คือ เกิดอุปจารสมาธิ

๒.๓ อัปนาภavana ภavanaชั้นแน่นแน่ว คือ เกิดอัปนาสมาธิ

ความสำคัญเกี่ยวกับหลักภavana ๔

ภิกษุผู้ไม่ได้เจริญการศีลจิตปัญญาจักไม่สามารถแนะนำผู้อื่นให้สามารถประพฤตินอศีล อธิจิต อธิปัญญา, ไม่สามารถแสดงธรรมอันเยี่ยมยอดที่สร้างความเป็นสิริมงคลแก่ผู้ฟังถ้อยคำได้แก่แสดงธรรมเพื่อการแข่งดีเพื่อกล่าวกระทบบุคคลอื่นหรือเพื่อหวังลาภสักการะ, ไม่ใส่ใจไม่ให้ความสำคัญในพระธรรมที่พระพุทธองค์ทรงแสดงไว้แต่กลับชื่นชมยินดีสนใจศึกษาในคำกล่าวของบุคคลนอกพระพุทธศาสนา, ประพฤติตนเป็นผู้มักมากเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้คนรุ่นหลังพากันทำตาม^{๒๕}

ภavana ๔ เป็นคุณสมบัติที่มีคุณค่าให้แก่บุคคลพระพุทธศาสนาให้ความสำคัญกับการพัฒนาตน จึงเชิดชูบุคคลผู้มีกาพัฒนาแล้วว่าเป็นบุคคลสูงสุด^{๒๖} เป็นผู้ควรค่าแก่การบูชา^{๒๗} ซึ่งยกย่องเช่นนั้นเกิดจากคุณของภavana ๔ ที่เป็นผลของการฝึกตนนั่นเอง^{๒๘}

^{๒๔} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), “พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์”, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส. อาร์. พรินเตอร์ แมส โปรดักส์ จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๑๗๒.

^{๒๕} คุรยละเอียดใน อัง.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๓๕/๑๔๕.

^{๒๖} คุรยละเอียดใน ขุ.ธ (ไทย) ๒๕/๓๒๑/๑๑๓.

^{๒๗} คุรยละเอียดใน อัง.จตุกก. (ไทย) ๒๑/๓๖/๕๕.

^{๒๘} คุรยละเอียดใน ขุ.ธ (ไทย) ๒๕/๑๐๖/๖๓.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้กล่าวไว้ว่าคือภavana ๔ ตอนปฏิบัติการศึกษาฝึกศึกษามี ๓ แต่ทำไมตอนวัดผลภavana มี ๔ ไม่เท่ากันทำไม (ในเวลาทำการฝึก) จัดจึงเป็นศึกษา ๓ และ (ในเวลาวัดผลคนที่ได้รับการฝึก) จึงจัดเป็นภavana ๔ อย่างไรก็ตามที่ชี้แจงแล้วว่าธรรมชาติของปฏิบัติการศึกษาต้องจัดให้ตรงสอดคล้องกับระบบความเป็นไปของธรรมชาติแต่ตอนวัดผลไม่ต้องจัดให้ตรงกันแล้วเพราะวัตถุประสงค์อยู่ที่มองดูผลที่เกิดขึ้นแล้วซึ่งมุ่งที่จะให้เห็นชัดเจนตอนนี้ถ้าแยกละเอียดออกไปก็จะมีดังนี้แหละคือเหตุผลที่ว่าหลักวัดผลคือภavana เพิ่มขึ้น ๔ ข้อให้ดูความหมายและหัวข้อของภavana ๔ นั้นก่อน “ภavana” แปลว่า ทำให้เจริญทำให้เป็นทำให้มีขึ้นหรือฝึกอบรมในภาษาบาลีท่านให้ความหมายว่า “วาทุณา” คือ วัฒนาหรือพัฒนานั่นเองภavana นี้เป็นคำหนึ่งที่มีความหมายใช้แทนกันได้กับ “ศึกษา” ภavana จัดเป็น ๔ อย่าง คือ

๑. กายภavana การพัฒนากาย คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หรือทางวัตถุ
๒. ศิลภavana การพัฒนาศีล คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมคือ เพื่อนมนุษย์
๓. จิตภavana การพัฒนาปัญญา คือ การเสริมสร้างความรู้ ความคิดความเข้าใจและการ หยั่งรู้ความจริง
๔. ปัญญาภavana การพัฒนาปัญญา คือ การเสริมสร้างความรู้ ความคิดความเข้าใจและ การหยั่งรู้ความจริง^{๒๕}

อย่างที่กล่าวแล้วว่าภavana ๔ นี้ใช้ในการวัดผลเพื่อดูว่าด้านต่าง ๆ ของการพัฒนาชีวิตของคนนั้นได้รับการพัฒนาครบถ้วนหรือไม่ดังนั้นเพื่อจะดูให้ชัดท่านได้แยกบางส่วนละเอียดออกไปอีก ส่วนที่แยกออกไปอีกนี่คือศึกษาข้อที่ ๑ (ศีล) ซึ่งในภavana แบ่งออกไปเป็นภavana ๒ ข้อคือ กายภavana และศีลภavana ทำไมจึงแบ่งศึกษาข้อศีลเป็นภavana ๒ ข้อที่จริงศึกษาด้านที่ ๑ คือศีลนั้นมี ๒ ส่วนอยู่แล้ว ในตัวเมื่อจัดเป็นภavana จึงแยกเป็น ๒ ได้ทันที คือ

๑. ศีลในส่วนที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกาย (ที่เรียกว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับวัตถุหรือโลกของวัตถุและธรรมชาติส่วนอื่นที่ไม่ใช่มนุษย์เช่นเรื่องปัจจัย ๔ สิ่งที่เราบริโภคใช้สอยทุกอย่างและธรรมชาติแวดล้อมทั่ว ๆ ไปส่วนนี้แหละที่แยกออกไปจัดเป็นกายภavana

^{๒๕} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรม, หน้า ๑๗๒.

๒. ศิลปินส่วนที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ บุคคลอื่นในสังคมมนุษย์ด้วยกันได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์อยู่ร่วมกันด้วยดีในหมู่มนุษย์ที่จะไม่เบียดเบียนกันแต่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันส่วนนี้ แยกออกไปจัดเป็นศิลปภาวนาในไตรสิกขาศีลครอบคลุมความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งทางวัตถุหรือทางกายภาพและทางสังคมรวมไว้ในข้อเดียวกันแต่เมื่อจัดเป็นภาวนาท่านแยกกันจัดออกเป็น ๒ ข้อ โดยยกเรื่องความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในโลกวัตถุแยกออกไปเป็นกายภาวนาส่วนเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ในสังคมจัดไว้ในข้อศิลปภาวนาทำไมตอนที่ เป็นสิกขาไม่แยกแต่ตอนเป็นภาวนาจึงแยกอย่าง ที่กล่าวแล้วว่าในเวลาฝึกหรือในกระบวนการฝึกศึกษาองค์ทั้ง๑๐อย่างของไตรสิกขาจะทำงาน ประสานไปด้วยกันในศิลปที่มี๒ส่วนคือความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพในโลกวัตถุและ ความสัมพันธ์กับมนุษย์ในสังคมนั้นส่วนที่สัมพันธ์แต่ละครั้งจะเป็นอันใดอันหนึ่งอย่างเดียวในกรณี หนึ่งๆ ศิลปินจะเป็นความสัมพันธ์ด้านที่ ๑ (กายภาพ) หรือด้านที่ ๒ (สังคม) ก็ได้แต่ต้องอย่างใดอย่าง หนึ่งดังนั้น ในกระบวนการฝึกศึกษาของไตรสิกขาที่มีองค์ประกอบทั้งสามอย่างทำงานประสานเป็นอัน เดียวกันนั้นจึงต้องรวมศิลปทั้ง๒ส่วนเป็นข้อเดียวทำให้สิกขามีเพียง๑คือศีลสมาธิปัญญาแต่ในภาวนา ไม่ มีเหตุบังคับอย่างนั้นจึงแยกศิลป ๒ ส่วนออกจากกันเป็นคนละข้ออย่างชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการ ตรวจสอบจะได้วัดผลดูจำเพาะให้ชัดไปทีละอย่างว่าในด้านซ้ายความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทาง วัตถุ เช่น การบริโภคน้ำจืด ๔ เป็นอย่างไรในด้านศีลความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์เป็นอย่างไร เป็นอันว่า หลักรัตนานิยมใช้ในเวลาวัดหรือแสดงผลแต่ในการฝึกศึกษาหรือตัวกระบวนการฝึกฝน พัฒนาจะใช้ เป็นไตรสิกขา เนื่องจากภาวนาท่านนิยมใช้ในการวัดผลของการศึกษาหรือการพัฒนา บุคคลรูปศัพท์ที่ พบจึงมักเป็นคำแสดงคุณสมบัติของบุคคลคือแทนที่จะเป็นภาวนา ๔ (กายภาวนาศีล ภาวนาจิตภาวนา และปัญญาภาวนา) ก็เปลี่ยนเป็นภาวิต ๔ คือ

๑. ภาวิตกายมีกายที่พัฒนาแล้ว (การมีกายภาวนา) คือมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพในทางที่เกื้อกูลและได้ผลดีเริ่มแต่รู้จักใช้อินทรีย์เช่นตาหูตึงเป็นต้นอย่างมีสติเป็นฟังเป็นให้ได้ปัญญาบริโภคน้ำจืด๔และสิ่งของเครื่องใช้ตลอดจนเทคโนโลยีอย่างฉลาดได้ผลตรงเต็มตามคุณค่า

๒. ภาวิตศีลมีศีลที่พัฒนาแล้ว (การมีศีลภาวนา) คือมีพฤติกรรมทางสังคมที่พัฒนาแล้วไม่ เบียดเบียนก่อความเดือดร้อนเวรภัยตั้งอยู่ในวินัยและมีอาชีพะที่สุจริตมีความสัมพันธ์ทางสังคมใน ลักษณะที่เกื้อกูลสร้างสรรค์และส่งเสริมสันติสุข

๓. ภาวิตจิตมีจิตที่พัฒนาแล้ว (การมีจิตภาวนา) คือมีจิตในที่ฝึกอบรมดีแล้วสมบูรณ์ด้วย คุณภาพจิตคือประกอบด้วยคุณธรรมเช่นมีเมตตากรุณาเอื้ออาริมีมูทิตามีความเคารพอ่อนโยนชื่อศักดิ์ กตัญญูเป็นต้นสมบูรณ์ด้วยสมรรถภาพจิตคือมีจิตใจเข้มแข็งมั่นคงมีความเพียรพยายามกล้าหาญ อดทน

รับผิดชอบมีสติมีสมาธิเป็นต้นและสมบูรณ์ด้วยสุขภาพจิตคือมีจิตใจที่ร่าเริงเบิกบานสดชื่นเอิบ อิ่มผ่อนคลายและสงบเป็นสุข

๔. ภาวิตปัญญาที่มีปัญญาที่พัฒนาแล้ว (การมีปัญญาภวานา) คือรู้จักคิดรู้จักพิจารณา รู้จัก วินิจฉัย รู้จักแก้ปัญหาและรู้จักจัดทำดำเนินการต่าง ๆ ด้วยปัญญาที่บริสุทธิ์ซึ่งมองดูเข้าใจเหตุปัจจัย มองเห็นสิ่งทั้งหลายตามเป็นจริงหรือตามที่มันเป็นปราศจากอคติและแรงจูงใจแอบแฝงเป็นผู้ที่กิเลส ครอบงำบัญชาไม่ได้เป็นอยู่ด้วยปัญญารู้เท่าทัน โลกและชีวิตเป็นอิสระ ไร้ทุกข์ผู้มีภวานาครบทั้ง ๔ อย่างเป็นภาวิตทั้ง ๔ ด้านนี้แล้วโดยสมบูรณ์เรียกว่า“ภาวิตตะ”แปลว่าผู้ได้พัฒนาตนแล้วได้แก่พระอรหันต์

กระบวนการเกี่ยวกับหลักภวานา ๔

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) กล่าวว่าไว้ว่าภวานา ๔ (การเจริญ, การทำให้ ให้มีขึ้น, การฝึกอบรม, การพัฒนา : cultivation; training; development)

๑) กายภวานาการเจริญกาย, พัฒนากาย, การฝึกอบรมกายให้รู้จักติดต่อกันเกี่ยวข้องกับสิ่งทั้งหลายภายนอกทางอินทรีย์ทั้งห้าด้วยดีและปฏิบัติต่อสิ่งเหล่านั้นในทางที่เป็นคุณมิให้เกิดโทษให้กุศลธรรมงอกงามให้อกุศลธรรมเสื่อมสูญ, การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ : physical development

๒) ศีลภวานาการเจริญศีล, พัฒนาความประพฤติ, การฝึกอบรมศีลให้ตั้งอยู่ในระเบียบ วินัยไม่เบียดเบียนหรือก่อความเดือดร้อนเสียหายอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้ด้วยดีเกื้อกูลแก่กัน : moral development

๓) จิตภวานาการเจริญจิต, พัฒนาจิต, การฝึกอบรมจิตใจให้เข้มแข็งมั่นคงเจริญงอกงาม ด้วยคุณธรรมทั้งหลายเช่นมีเมตตากรุณาขยันหมั่นเพียรอดทนมีสมาธิและสดชื่นเบิกบานเป็นสุขผ่อนคลาย เป็นต้น : cultivation of the heart; emotional development

๔) ปัญญาภวานาการเจริญปัญญา, พัฒนาปัญญา, การฝึกอบรมปัญญาให้รู้เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามเป็นจริงรู้เท่าทันเห็น โลกและชีวิตตามสภาวะสามารถทำจิตใจให้เป็นอิสระทำตนให้ บริสุทธิ์จากกิเลสและปลอดพ้นจากความทุกข์แก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยปัญญา

๒.๑๐ ภูมิปัญญาไทยเกี่ยวกับศาสตร์มณีเวช

มณีเวชเป็นวิชาที่คิดค้นขึ้นโดยอาจารย์ประสิทธิ์มณีจิระปรากฏ เดิมใช้คำว่า ภูมิปัญญาไทย การจัด กระดูก ต่อมาบรรดาลูกศิษย์ร่วมกันตั้งชื่อว่า มณีเวช เพื่อประกาศเกียรติคุณให้กับอาจารย์ซึ่งเป็น อัจฉริยะทาง การแพทย์แผนโบราณ โดยท่านอาจารย์มีปณิธานที่จะขอมอบวิชาแพทย์คืนให้กับแผ่นดิน ไทย ให้กับคนไทย เนื้อหาของมณีเวชประกอบด้วย ๑) สอนเรื่องสมดุลของโครงสร้างร่างกาย ๒) แนะนำการใช้ชีวิตอย่างสมดุล เพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดโรค ๓) ทำการบริหารเพื่อรักษา สมดุลของร่างกาย และ ๔) การจัดกระดูก เพื่อการรักษา โดยร่างกายของมนุษย์เปรียบเป็นตาชั่งชนิด ตาชั่งหมุน ๒ ชั้น โดยมีกระดูกรวมทั้งหมด ๒๐๖ ชิ้น จัดเรียงอย่างสมดุลสามารถแบ่งโครงสร้างร่างกาย ออกเป็น ๓ ส่วน (นภคค นิงสานนท และสุรภา หังสพญ, ๒๕๖๑) ดังรายละเอียดดังนี้ ๑. ตาชั่งบน คือ โครงสร้างเหนือระดับเอวขึ้นไป มีจานตาชั่งและลูกตุ้ม คือ แขนทั้ง ๒ ข้าง ตั้งแต่ นิ้วมือ ฝ่ามือ ข้อมือ ข้อศอกถึงต้นแขน (มีกระดูก ๓๐ ชิ้น รวม ๒ ข้าง มี ๖๐ ชิ้น) มีแกนเป็นแกนนอนบน (upper X-axis) คือ สะบัก ๒ ชิ้น ไหล่ลาว่า ๒ ชิ้น รวมกระดูกตาชั่งบนเป็น ๖๔ ชิ้น ๒. ตาชั่งล่าง คือ โครงสร้างเหนือระดับ เอวลงมา มีจานตาชั่งและลูกตุ้ม คือ ขาทั้ง ๒ ข้าง ตั้งแต่ นิ้วเท้า ฝ่าเท้า ข้อเท้า ข้อเข่าถึงต้นขา (มีกระดูก ๓๐ ชิ้น รวม ๒ ข้าง มี ๖๐ ชิ้น) มีแกนเป็นแกนนอนบน (สนไพร X-axis) คือ เขิงกราน ๒ ชิ้น รวม กระดูกตาชั่งล่างเป็น ๖๒ ชิ้น ๓. เข็มตาชั่ง เป็นอันเดียวกัน คือ แกนกลางลำตัวเป็นแกนตั้ง (Y-axis) ได้แก่ ศีรษะ (มี กะโหลก ๒๑ ชิ้น ขากรรไกร ๑ ชิ้น) แนวหน้าจากลำคอถึงหน้าอก (Hyoid bone ๑ ชิ้น กระดูกหน้าอก ๒ ชิ้นกระดูกซี่โครง ๒๔ ชิ้น) และแนวหลังจากลำคอถึงก้นกบ มีกระดูกสันหลังตลอด แนว (C๗ + T๑๒ + L๕ + Scrum๕ + Cocyx ๒ = ๓๑ชิ้น) รวมเป็น ๘๐ ชิ้น

ประเด็นที่สำคัญ คือ โครงสร้างร่างกายมนุษย์เป็น ตาชั่งหมุน ๒ ชั้นที่มีชีวิต กระดูกจึงไม่อยู่กับที่ ต้องเคลื่อนที่ แม้ว่าจะจัดปรับไม่นานก็เคลื่อนไหวอีก จึงต้องจัดและปรับการตลอดเวลาเพราะ กระดูกทั้ง ๒๐๖ ชิ้น มีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ โดยการหมุนเข็มตาชั่งทิศทางต่างๆ นั้นสามารถบิดไป บิดมาในทิศทางต่างๆ ได้ตามแกนนอนบน ล่าง และแกนตั้ง ซึ่งมีตำแหน่งที่สามารถเคลื่อนไปใน ทิศทางต่างๆ ได้มากที่สุด ๒ แห่ง คือ คอดและเอว ทำให้เกิดการเสียสมดุลได้ง่าย ดังนี้

การก้ม-เงยหน้า คือ การโยกปลายเข็มตาชั่งไปหน้าหรือหลัง มีผลต่อการเสียสมดุลตาชั่งบน การหันหน้า คือ การบิดยอดเข็มตาชั่งไปทางซ้ายหรือขวา มีผลต่อการเสียสมดุลตาชั่ง ๒ ชั้น การก้ม-แอ่นหลัง คือ การพับเข็มตาชั่งหน้าหรือหลัง มีผลต่อการเสียสมดุลตาชั่ง ๒ ชั้น การหมุนเอว คือ การบิดโคนเข็มตาชั่งไปทางซ้ายหรือขวา มีผลต่อการเสียสมดุลตาชั่ง ๒ ชั้น การเอนซ้าย-ขวา คือ การเอียงคอหรือเอวไปซ้ายหรือขวา มีผลต่อการเสียสมดุลตาชั่ง ๒ ชั้น

สรุปได้ว่า ศาสตร์र्मณีเวชเป็นการศาสตร์ที่แนะนำเรื่องสมดุลของโครงสร้างร่างกาย การใช้ชีวิตอย่าง สมดุลเพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกัน ไม่ให้เกิดโรค กายบริหารเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย และการจัดกระดูกเพื่อ การรักษา โดยสามารถนำมาประยุกต์ให้กับบุคคลทุกช่วงวัยตามความเหมาะสมในการส่งเสริมและป้องกัน อาการรบกวนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ

๒.๑๑ แนวคิดสมุนไพรและลูกประคบสมุนไพรแห้ง

๑.๑ สมุนไพร

สมุนไพร หมายถึง พืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืช หรือสัตว์ที่ใช้ หรือแปรสภาพหรือผสมหรือปรุงเป็นยาหรืออาหารเพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ และให้หมายความรวมถึงถิ่นกำเนิดหรือถิ่นที่อยู่ของสิ่งดังกล่าวด้วย

๑.๒ ลูกประคบสมุนไพรแห้ง

ลูกประคบสมุนไพร มี ๒ ชนิดคือ ลูกประคบสมุนไพรสดหรือกึ่งสด และลูกประคบสมุนไพรแห้ง ลูกประคบสมุนไพรสดจะประกอบด้วยวัตถุดิบที่เป็นสมุนไพรสดทั้งหมด ส่วนลูกประคบสมุนไพรกึ่งสด จะประกอบด้วย สมุนไพรสดและสมุนไพรแห้งรวมกัน ลูกประคบสมุนไพรแห้งประกอบด้วยวัตถุดิบที่เป็นสมุนไพรแห้งทั้งหมดลูกประคบสมุนไพรสดมีข้อจำกัดในการเก็บรักษาได้ประมาณ ๓ วัน จึงไม่เป็นที่นิยมในการผลิตและจัดจำหน่าย ลูกประคบสมุนไพรที่ผลิตส่วนใหญ่ จึงเป็นลูกประคบสมุนไพรแห้งซึ่งสามารถเก็บรักษาได้นานประมาณ ๒ ปี

ลูกประคบสมุนไพรแห้ง หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการนำสมุนไพร หลายชนิดมาผ่านกระบวนการทำความสะอาดแล้ว มาหั่นหรือสับให้เป็นชิ้นตามขนาดที่ต้องการ ทำให้แห้ง แล้วนำมาห่อหรือบรรจุรวมกันในผ้าให้ได้รูปทรงตามต้องการ สำหรับใช้นาบหรือกด ประคบตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อทำให้ผ่อนคลาย โดยก่อนใช้ต้องนำมาพรมน้ำ แล้วทำให้ร้อนด้วยการนึ่งหรือใส่ในเตาไมโครเวฟ

ผลจากการประคบสมุนไพรในการใช้ลูกประคบสมุนไพรผู้ใช้จะต้องนำลูกประคบไปนึ่งหรือพรมน้ำก่อนเข้าไมโครเวฟ จึงนำมาประคบตามกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย จากขั้นตอนในการประคบสมุนไพร ผิวหนังของผู้ถูกประคบจะได้รับความร้อน และความร้อนจะกระจายไปสู่โครงสร้างที่อยู่ในระดับลึกลงไป โดยความร้อนสูงสุดจะอยู่ที่บริเวณผิวหนัง หากสัมผัสกับความร้อนนาน ๑๕-๓๐ นาที จะทำให้กล้ามเนื้อที่ระดับลึกจากผิวหนังประมาณ ๑-๒ เซนติเมตร มีอุณหภูมิเพิ่มขึ้นได้

นอกจากนั้นเมื่อสมุนไพรถูกความร้อน ตัวยาและน้ำมันหอมระเหยจะออกจาก ตัวสมุนไพรแล้วสามารถ ซึมผ่านผิวหนังได้ ผลจากการประคบสมุนไพรต่อร่างกาย มี ๓ ลักษณะ ได้แก่ ผลจากความร้อน ผลจากสมุนไพร และผลจากการคลึงกล้ามเนื้อ^{๓๐} ดังนี้

๑) ผลจากความร้อน เมื่อผิวหนังถูกประคบประมาณ ๓๐ นาที ผิวหนังของผู้ถูกประคบจะมี อุณหภูมิเพิ่มขึ้นประมาณ ๔๐-๔๕ องศาเซลเซียส ทำให้ลดความเจ็บปวด การไหลเวียน เลือดเพิ่มขึ้น ลดการอักเสบ ลดการตึงตัวของข้อ

๒) ผลจากสมุนไพร ที่มีต่อร่างกาย ๒ ลักษณะ ดังนี้ คือผลจากการประคบผิวหนัง เมื่อสัมผัส ประมาณ ๒๐-๖๐ นาที น้ำมันหอมระเหยจะซึมผ่านผิวหนัง เข้าสู่ระบบการไหลเวียน เลือดและ น้ำเหลือง ต่อมาเนื้อเยื่อคอลลาเจน และการหมุนเวียนทั่วร่างกาย ดังนั้นบริเวณที่ได้รับ การคลึงด้วย ลูกประคบสมุนไพรจะได้รับผลจากตัวยาสมุนไพรและน้ำมันหอมระเหยที่มีคุณสมบัติ ในการลดอาการ ปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก และการอักเสบได้ ส่วนผลจากการสูดดมกลิ่นหอมของ สมุนไพรที่ถูกความร้อน จะเกิดน้ำมันหอมระเหยจากน้ำมันหอมระเหยของไพล ขมิ้นชัน ผิวและใบ มะกรูด รวมทั้งการบูรจะ ช่วยลดอาการปวดอักเสบ พร้อมทำให้ร่างกายผ่อนคลายนอนหลับสบาย

๓) ผลจากการคลึงกล้ามเนื้อ จะทำให้เซลล์ที่ตายหลุดลอกออก ช่วยให้ต่อมเหงื่อ ต่อมใต้ ผิวหนัง และรูขุมขนไม่อุดตัน และสามารถทำงานได้ดีขึ้น และบริเวณที่คลึงมีลักษณะที่แดงขึ้น แสดงว่า มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้นทำให้การคั่งของสารที่ทำให้เกิดอาการปวดบริเวณนั้นลดลงและการคลึง บริเวณผิวหนังยังช่วยกระตุ้นใยประสาทใหญ่ ส่งผลให้เกิดการนำกระแสประสาททางใยประสาทที่มีผล ยับยั้งกระแสประสาทเกี่ยวกับอาการปวดจากใยประสาทขนาดเล็ก ทำให้มีกระแสประสาทไปกระตุ้น การทำงานของเซลล์ที่ลดลง เกิดการส่งกระแสประสาทเข้าสู่สมองส่วนรับรู้อาการปวดลดลง

ข้อห้ามและข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร การนึ่งลูกประคบครั้งหนึ่ง ใช้เวลานาน ประมาณ ๑๕-๒๐ นาที ก่อนนำมาประคบควรมีการทดสอบที่บริเวณท้องแขนหรือหลังมือ ก่อนในช่วงแรกต้องประคบด้วยความเร็วเนื่องจากลูกประคบยังร้อนอยู่ เมื่อลูกประคบคลายความร้อนก็ประคบ แบบกดคลึงได้ เมื่อลูกประคบเย็นจึงนำลูกประคบไปทำการนึ่งใหม่อีกครั้ง โดยทั่วไปจะนึ่งพร้อมกัน ๒ ลูก เพื่อไม่ให้เสียเวลาในการรอนึ่ง

^{๓๐} มุกดา ดันชัย และอภิชาติ ลิ้มดิยะโยธิน (๒๕๔๗) “วิทยาศาสตร์ในการนวดและการประคบ” ใน เอกสาร การสอนชุดวิชาวิทยาศาสตร์ ในการแพทย์แผนไทย หน่วยที่ ๑๔ หน้า ๑๘๑-๑๘๓ นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

๑) ข้อห้าม

(๑) ห้ามประกบบริเวณที่มีบาดแผล

(๒) ห้ามประกบเมื่อเกิดการอักเสบเฉียบพลัน เช่น ข้อเท้าแพลง หรือมีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อน ในช่วง ๒๔ ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะทำให้มีอาการอักเสบมากขึ้น และอาจ มีเลือดออกมากตามมาได้ โดยควรประกบหลังเกิดอาการ ๒๔ ชั่วโมง

๒) ข้อควรระวัง

(๑) ไม่ควรใช้ถุงประกบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เคย เป็นแผลก่อน หรือบริเวณที่มีกระดูกยื่น และต้องระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัมพาต เด็ก และ ผู้สูงอายุ เพราะมักมีความรู้สึกในการรับรู้และตอบสนองช้า อาจทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย

(๒) หลังจากประกบสมุนไพรมีเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะเป็นการล้างตัวยา จากผิวหนัง และร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวได้ทัน (จากร้อนเป็นเย็นทันทีทันใด) อาจเป็นไข้ ได้

(๓) ควรระวังการใช้กับผู้ที่แพ้ส่วนประกอบของยาประกบ

สูตรตำรับยาประกบสมุนไพรมะพร้าวและสรรพคุณ

ตำรับยาประกบสมุนไพรมะพร้าวมีหลายสูตรหลายตำรับ โดยผู้ผลิตแต่ละรายอาจมีการ ผสมตัวยาคือ เพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ทางการบำบัดรักษา เช่น กรณีมีอาการปวดเมื่อยอาจเพิ่มเถาเอ็นอ่อน และ เถาวัลย์เปรียง ในหญิงหลังคลอดอาจเพิ่มตัวเหง้าไพลในปริมาณมากกว่าปกติเพื่อลดการฟกช้ำ

ตำรับยา ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖

ยาประกบสมุนไพรมะพร้าวแห้ง ในยา ๑๓๐ กรัม ประกอบด้วย

๑) เหง้าไพล ๕๐ กรัม ใบมะขาม ๓๐ กรัม ผิวมะกรูด ๒๐ กรัม เหง้าขมิ้นชัน ๑๐ กรัม ตะไคร้ (ลำต้น) ๑๐ กรัม ใบส้มป่อย ๑๐ กรัม

๒) เปลือกเม็ด ๑ ช้อนโต๊ะ การบูร ๒ ช้อนโต๊ะ

สรรพคุณ

สรรพคุณของสมุนไพรมะพร้าวไว้ดังนี้

๑) เหง้าไพล สรรพคุณ บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการอักเสบ

๒) ใบมะขาม สรรพคุณ บรรเทาอาการคันตามร่างกาย บำรุงผิว

๓) ผิวมะกรูด สรรพคุณ มีน้ำมันหอมระเหย แก้อาการวิงเวียน

- ๔) เหย้าขม้นชั้น สรรพคุณ ช่วยลดการอักเสบที่ผิวหนัง ลดเม็ดผดผื่นคัน
- ๕) ตะไคร้ (ลำต้น) สรรพคุณ แต่งกลิ่น และลดอาการอักเสบ
- ๖) ใบส้มป่อย สรรพคุณ ช่วยบำรุงผิว แก่โรคผิวหนัง
- ๗) เปลือกเม็ด สรรพคุณ ช่วยลดความร้อนและช่วยพาด้วยยาซึมผ่านผิวหนัง
- ๘) การบูร สรรพคุณ แต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ แก่พุพอง

การผลิตลูกประคบสมุนไพรแห้ง

วัตถุดิบที่สำคัญในการผลิตลูกประคบสมุนไพรแห้ง

ผ้าดิบขนาดพอเหมาะสำหรับห่อลูกประคบ เชือกด้ายดิบ สมุนไพรต่างๆ ตามที่กำหนด ได้แก่ เหย้าไฟล ใบมะขาม ผิวมะกรูด เหย้าขม้นชั้น ตะไคร้ ใบส้มป่อย เปลือกเม็ดและ การบูร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖

ขั้นตอนการผลิตลูกประคบสมุนไพรแห้ง

- ๑) ทำความสะอาดวัตถุดิบด้วยการล้างน้ำแล้วผึ่งให้สะเด็ดน้ำ
- ๒) นำวัตถุดิบมาหั่นหรือสับตามขนาดที่ต้องการ
- ๓) นำวัตถุดิบมาทำให้แห้งด้วยวิธีการผึ่งลมหรือผึ่งแดด หรืออบด้วยเตาไฟฟ้าหรือใช้รังสีแกมมา เพื่อนำเชื้อโรค
- ๔) นำวัตถุดิบมาบดหยาบ ๆ คลุกเคล้าให้เข้ากัน ใส่เกลือและการบูรตามสูตร
- ๕) นำวัตถุดิบใส่ห่อผ้าที่เตรียมไว้ จัดเป็นรูปทรงกลม มัดเชือกให้แน่น
- ๖) ได้เป็นลูกประคบแห้ง

ขนาดของลูกประคบสมุนไพรแห้ง สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ได้กำหนดน้ำหนักไม่น้อยกว่า ๒๐๐ กรัมต่อหนึ่งลูก

สรุปได้ว่า การทำลูกประคบสมุนไพรแห้ง มีขั้นตอนการทำตามกระบวนการโดยมุ่งเน้นรักษาผู้ป่วยให้มีสุขภาพดีขึ้น

๒.๑๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัชรา เสถียรพัทธ์ และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ดิเดียง โดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือ ต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล พบว่า หลังเข้ารับการอบรมให้ความรู้โดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือ ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยดิเดียงและมีจำนวนผู้ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .๐๑$) นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบวิธีการและเนื้อหาของการอบรมในระดับ มากขึ้น ไป ($mean = ๔.๒๘ - ๔.๔๓$, $SD = .๕๔.๖๒$) ผลการวิจัยแสดงถึงประสิทธิภาพของการอบรมให้ ความรู้ โดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ บุคลากรสาธารณสุขควรนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการให้ความรู้แก่ ผู้ดูแล กลุ่มอื่น ๆ เพื่อลดระยะเวลา ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเข้ารับการอบรม อีกทั้งผู้ดูแล สามารถเปิด แอปพลิเคชันเพื่อทบทวนเนื้อหาให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น^{๓๐}

พิศสมัย บุญเลิศ ได้ทำวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ดิเดียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โลก อำเภอ เกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านดิเดียง มีการพัฒนา แนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่ และทีมสหวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อ และเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ดิเดียงโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านดงมัน แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และ ทักษะการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านดิเดียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ระยะที่ ๒ ฝึกปฏิบัติจริง ในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ ๓ สรุปและประเมินหลัง การปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมี ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านดิเดียง โดยรวม คิดเป็น ร้อยละ ๘๘.๖ ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จคือ การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านดิเดียงในครั้งนี้เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูล

^{๓๐} พัชรา เสถียรพัทธ์ และคณะ, “ประสิทธิผลของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุดิเดียงโดยใช้สื่อ แอปพลิเคชันบนมือถือต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล”, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, ปีที่ ๓๐, ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๓): ๔๗-๕๖.

พื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบท^{๓๒}

ยุวดี รอดจากภัยและคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัว ต้นแบบเพื่อดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อ ดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดปราจีนบุรี ที่เป็นระบบและมีประสิทธิผล ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดแนวในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ การเปรียบเทียบ Benchmarking Community based service และเศรษฐกิจพอเพียง การดำเนินงานตามแผน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดปราจีนบุรีและประเมินผลการดำเนินงาน เมื่อวัดผลผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อประเมินผลการดำเนินงานในผู้ดูแลในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลและพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และพฤติกรรมการ ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)^{๓๓}

ชนิกานต์ ส่วยนุ และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนมาดูแลผู้ป่วยติดเตียงและมีอาการพอ ๆ เดิมกับช่วงก่อนมาดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยทางกายและยังมี ภาวะเครียดเกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งภาวะเครียดส่วนใหญ่เกิดจากการมีข้อจำกัดต่าง ๆ ส่วนความต้องการมากที่สุดในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการ ดังนี้ ข้อมูลในเรื่องการ ดูแลผิวหนังของผู้ป่วยติดเตียง, ต้องการให้คนในครอบครัวรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น, ต้องการได้รับการดูแล

^{๓๒} พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ, “การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โลก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด” สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น, ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๕): ๗๕-๗๗.

^{๓๓} ยุวดี รอดจากภัย, ดร. และคณะ, “รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ”, รายงานการวิจัย, (มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๖), บทคัดย่อ.

รักษาเมื่อตนเองเจ็บป่วยขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียง, ต้องการได้รับการให้อภัยจากผู้ป่วย, ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงแทนต้องการการสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย, ต้องการมีเวลาพักผ่อน สรุป: ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น และมีความต้องการให้ช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ขณะให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง^{๓๔}

พิศมัย บุติมาลัย และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน โดยได้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การดูแลสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภานิติเวชสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย แบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ พัฒนาแนวปฏิบัติ มี ๕ ขั้นตอน คือ ๑) การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา ๒) การกำหนดวัตถุประสงค์และ กลุ่มเป้าหมาย ๓) การกำหนดผลลัพธ์ทางด้าน สุขภาพ ๔) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และ ๕) การยกร่างแนวปฏิบัติ ทางพยาบาล และ ระยะที่ ๒ ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ มี ๒ ขั้นตอน คือ ๑) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และ ๒) การตรวจสอบความเที่ยงของแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มี ๔ องค์ประกอบ คือ ๑) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ๒)การวางแผนการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ๓) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกัน การ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงที่บ้าน โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ ความรู้ตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม และ ๔) การประเมินติดตามผลโดยมีคู่มือให้ผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางใน การปฏิบัติและบันทึกกิจกรรมการดูแลซึ่งจำแนก ตามภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ๕ ประเภท (แผลกดทับ ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจการติดเชื้อใน ระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า) ผลการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ ๑.๐ และการตรวจสอบความเที่ยงโดยพยาบาล ๒ ราย ที่ได้ใช้แนวปฏิบัติในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านรายเดียวกัน จำนวน ๕ ราย ได้ค่าร้อยละของความสอดคล้องในการนำไปใช้ของพยาบาลทั้งสองเท่ากับ ๘๘.๒ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนผู้ดูแลในการป้องกัน

^{๓๔} ชนิกานต์ ส่วยนุค, ภูมิ ชมพูศรี, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์, “การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย และทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัด เชียงราย”, *TJPHS Thai Journal*, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๒): ๖๒-๖๕.

ภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านได้ อย่างไรก็ตาม ควรทำการศึกษาประสิทธิภาพในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านไปใช้ต่อไป^{๓๕}

โอกาส อศวโรจน์พงษ์ ได้ทำวิจัยเรื่อง ความชุกของปัญหาภาวะดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอท่าม่วง จังหวัด พบว่ามีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวน ๔๕ คน (ร้อยละ ๔๔.๑) มีปัญหาภาวะดูแล ส่วนเฉลี่ยปัญหาภาวะดูแลของผู้เข้ารับการศึกษาทั้งหมดจากแบบประเมินปัญหาภาวะดูแล Zarit Burden Interview เท่ากับ ๒๑.๒๔ (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๑.๓๔) ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าร้อยละ ๔๒.๕ มีสถานภาพทางการเงินของครอบครัวไม่เพียงพอ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีอาการปวดเมื่อยจากการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ประเมินภาระมากกว่าและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.๐๕$) ปัจจัยด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับกำลังใจบ้างหรือไม่มีเลย มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาระมากกว่าและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.๐๑$) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการใช้คำพูดไม่ดี คำหยาบหรือว่ากล่าว มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาระมากกว่าและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.๐๕$) ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม การสูบบุหรี่การใช้จ่ายแก่เครือข่ายหรือยานอนหลับ การมีปัญหาทางการเงินของครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยความรู้สึกว่าได้พบผู้คน ลดลงหลังจากต้องดูแลผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัวที่สับสนหรือไม่ดีของผู้ป่วย และอารมณ์เศร้าเสียใจ ของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาระไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.๐๕$) สรุป : มีความชุกของปัญหาภาวะดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ร้อยละ ๔๔.๑ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ อาการปวดเมื่อย การได้รับกำลังใจ และการใช้คำพูดไม่ดีคำหยาบว่ากล่าว^{๓๖}

กัญวานไทย ออกตลาด ได้ทำวิจัยเรื่อง ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ดูแลทั้งกลุ่มอาสาสมัครและสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ ๗๐.๘ และ ๗๕.๕ อายุเฉลี่ย ๔๒ และ ๕๑ ปี ตามลำดับ มีศักยภาพด้าน บทบาท

^{๓๕} พิศมัย บุติมาลย์ แสงอรุณ อิศระมาลย์ เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์, “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน”, วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๑): ๗๕-๘๑.

^{๓๖} โอกาส อศวโรจน์พงษ์, “ความชุกของปัญหาภาวะดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี”, วารสารแพทย์เขต เขต ๔-๕, ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๓): ๓๕-๔๕.

โดยรวมคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย ๓๙.๕๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๑.๒๘, ๔๔.๐๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๑.๒๘), คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ๒๙.๒๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๘.๗, ๒๗.๒๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘), คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ๙๓.๓๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๒.๐, ๘๕.๐๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๖.๘) จำแนกเป็น ด้านร่างกาย (ค่าเฉลี่ย ๒๕.๒๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐, ๒๔.๗๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘) ด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ย ๒๗.๗๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐, ๒๒.๑๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘) ด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย ๑๐.๙๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐, ๑๐.๒๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘) และด้านสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย ๒๙.๕๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐, ๒๗.๖๖ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘), ความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๗.๕ และ ๘๗.๐ ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๖.๗ และ ๖๘.๕ ตามลำดับ และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๘๗.๓ และ ๗๙.๖ ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนของนักการแพทย์แผนไทย (adj.OR = ๑๙.๑๘, ๙๕% CI: ๐.๒๕-๐.๓๖) การสนับสนุนของพยาบาลวิชาชีพ (adj.OR: ๒.๘๒, ๙๕% CI: ๐.๓๘-๐.๙๒) ศักยภาพตามบทบาท (adj.OR: ๒.๕๐, ๙๕% CI: ๐.๖๕-๐.๙๐) เพศ (adj.OR: ๑.๘๘, ๙๕% CI: ๐.๔๕-๐.๘๖) ความวิตกกังวลระดับ ปานกลาง (adj.OR: ๑.๘๕, ๙๕% CI: ๐.๓๒-๐.๕๔) และอายุของผู้ดูแล (adj.OR: ๑.๐๘, ๙๕% CI: ๐.๓๐-๐.๓๕) สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ การไม่ได้ทำงาน (adj.OR: ๐.๒๕, ๙๕% CI: ๐.๑๔-๐.๓๗) ศักยภาพการดูแลผู้ป่วย (adj.OR: ๐.๖๕, ๙๕% CI: ๐.๑๘-๐.๓๑) และภาวะซึมเศร้า (adj.OR: ๐.๓๔, ๙๕% CI: ๐.๐๑-๐.๐๕) และพบว่าความต้องการของผู้ดูแลมี ๕ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบริการสังคม ๒) ระดับจังหวัด มีการสนับสนุนให้ประชาชน เตรียมพร้อมทางการเงินก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ๓) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและ เป็นที่ปรึกษา ๔) มีการส่งเสริมสุขภาพ จัดให้มีค่าตอบแทนเบี้ยยังชีพและการพัฒนาศักยภาพ สนับสนุนความก้าวหน้า และ ๕) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน มีการตั้งชมรม ช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงสรุป ผลการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงเป็นการเพิ่มศักยภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{๓๗}

^{๓๗} กังวาน ไทย ออกตลาด, “ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยแก้ว

ทัศนาศูววรรณปะกรณ์ ได้ทำวิจัยเรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย : หลักการพยาบาลแบบองค์รวมและการพยาบาลที่เป็นจริง พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุประกอบด้วยมโนทัศน์ ๕ ด้าน คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามความเป็นจริง การดูแลของครอบครัว ความคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ ความตึงเครียด การติดต่อสื่อสารโดยแต่ละมโนทัศน์มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และมีการปรับการพยาบาลผู้สูงอายุให้มีความเป็นองค์รวมมากขึ้นลดการพยาบาลตามหลักชีว การแพทย์ลงไป และพยาบาลควรมีเจตคติต่อผู้สูงอายุในทางบวก นอกจากนี้ควรมีการเรียนและทำ วิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ให้มากขึ้นและชัดเจนกว่านี้^{๓๔}

รุ่งภพ คงฤทธิระจัน ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาตัวแบบการนํานโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุ ไปปฏิบัติเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก พบว่า ๑. การกำหนดนโยบายสวัสดิการยังไม่สามารถดำเนินการกระจายความช่วยเหลือไปให้แก่ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ มีสาเหตุจาก โครงสร้างระบบราชการไม่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสวัสดิการผู้สูงอายุในพื้นที่ทั่วประเทศ ๒. โดย ผลการวิจัยได้นำเสนอตัวแบบการพัฒนาการนํานโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุไปปฏิบัติที่เรียกว่า “Collaboration model” ที่แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (Inter-Organization) และการสร้างความเป็นเอกภาพของหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อการนํานโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ๓. รัฐบาลควรหันมาสนใจในการกำหนดสวัสดิการผู้สูงอายุที่ควรมีการกำหนดสวัสดิการใน หลายประเภททั้งนี้เพื่อให้เกิดการครอบคลุมต่อความต้องการของผู้สูงอายุ^{๓๕}

ปารัยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์ ได้ทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver) มี ๔ ประเด็น คือ ๑) การตัดสินใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ๒) การประเมินตนเองและเศรษฐกิจของผู้ดูแล ๓) การ จัดการตนเองเพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพเศรษฐกิจ และบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของตนเอง ๔) ผลตอบแทนที่ตนเองได้รับจากการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก องค์ประกอบที่ ๒ การปรับตัวและ

จังหวัดอุดรธานี”, วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๐): ๒๓๑-๒๔๐.

^{๓๔} ทัศนาศูววรรณปะกรณ์, “การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลที่เป็นจริง”, วารสารสภาพการพยาบาล, ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๔ (๒๕๔๔): ๕๒-๕๗.

^{๓๕} รุ่งภพ คงฤทธิระจัน, “การพัฒนาตัวแบบการนํานโยบายสวัสดิการผู้ สูงอายุไปปฏิบัติ”, วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต, ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑ (๒๐๑๖): ๗-๑๗.

การพัฒนาของผู้ดูแลหลัก (Adjustment and development) ในด้านการเรียนรู้การลงมือ ปฏิบัติการ ปรับปรุงพัฒนา และการประเมินผล เพื่อให้เกิดกระบวนการ ดูแลที่ดี มี ๓ ระยะคือ ระยะ ที่ ๑ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านหลังจากพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลระยะที่ ๒ การดูแลที่บ้าน ระยะที่ ๓ การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง องค์กรประกอบที่ ๓ การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community) ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน ทีมสุขภาพในชุมชน (ทีมหมอ ครอบครัว อสม. ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ) องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนเพื่อให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน^{๔๐}

เบญจมาศ นาควิจิตร ได้ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดการแพทย์กรุงเทพมหานครฯ พบว่า การที่ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองจากและบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข^{๔๑}

จันทนา สารแสง ได้ทำวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน ผู้สูงอายุมีระดับ คุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ในโรงเรียน ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใน โรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงยกเว้นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในส่วน การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0001, 0.0002, \geq 0.0001$ และ 0.0002 ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดแตกต่างกัน อย่างมี

^{๔๐} ปาร์ชชญาน์ วงษ์ไตรรงค์, “รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว”, **คุณกัญนิพนธ์ปรัชญาคุณกัญนิพนธ์ิต** สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๖๑), บทคัดย่อ.

^{๔๑} เบญจมาศ นาควิจิตร, “ทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร”, **วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์ประยุกต์**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๑), บทคัดย่อ.

นัยสำคัญทางสถิติ (p-value = ≥ 0.0001 , 0.002 , ≥ 0.0001 , 0.001 , ≥ 0.0001 และ ≥ 0.0001 ตามลำดับ^{๔๒}

คุณฉวี เจริญสุข ได้ทำวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน พบว่า การดูแลผู้สูงอายุ ต้องร่วมมือกันหลายองค์กร การมีสุขภาพดีของผู้สูงประกอบด้วย ระบบทางการแพทย์และ สาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจและรายได้ ระบบการช่วยเหลือที่มั่นคง การมีที่อยู่อาศัยและระบบ คมนาคมที่ดี มีการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดระบบการช่วยเหลือตนเองและพึ่งพิงที่สมดุล^{๔๓}

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ ได้ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๘.๕ มีแรงสนับสนุนมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการ บริโภค มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean= ๑๗.๕๔, SD = ๓.๑๒) ในขณะที่ พฤติกรรมการพักผ่อน มีคะแนนต่ำสุด (Mean = ๑๐.๓๑, SD= ๑.๕๐) ทั้งนี้ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ตามลำดับ ดังนี้ คือ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทาง สังคม การเป็นสมาชิกชมรม และการมีโรคประจำตัว ซึ่งสามารถทำนาย ได้ร้อยละ ๓๑.๒ ($R^2 = 0.๓๑๒$) และมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพ = $๓๑.๐๗๕ + ๓.๐๕๒$ (ระดับ การศึกษา) + ๐.๕๒๐ (การเป็นสมาชิกชมรม) + ๐.๘๗๕ (การมีโรคประจำตัว) + ๑.๑๐๓ (แรง สนับสนุน ทางสังคม)เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับ พฤติกรรมการพักผ่อน โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการให้แรงสนับสนุนทาง สังคม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสม^{๔๔}

รัตนา กฤษณาธาร ได้ทำวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ เจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บน้อยกว่าผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขต เมืองอื่น

^{๔๒} จันทนา สารแสง, “คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่”, วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, ๒๕๖๑), บทคัดย่อ.

^{๔๓} คุณฉวี เจริญสุข, “ผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน”, วารสารพยาบาลตำรวจ, ปีที่๗ ฉบับ ที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๘): ๒๘๐-๒๘๕.

^{๔๔} นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูง อายุที่ อาศัยในชุมชน”, วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๕๕): ๖๓-๖๔.

และชนบท สำหรับตัวแปรการศึกษา มีผลต่อความแตกต่าง ในภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในภาคเหนือ ส่วนตัวแปรอายุ เพศ ลักษณะของงานที่ทำ ขนาดครัวเรือน ภาคและการสูบบุหรี่ ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งวัดด้วย แบบแผนการรักษาพยาบาลในระยะ ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ พบว่า เขตที่อยู่อาศัยและอาการที่ป่วย มีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยในชนบทเลือกใช้บริการ สาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในกรุงเทพฯ และเขตเมืองอื่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังในระยะ ๒ สัปดาห์ก่อนการสำรวจ เลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรัง และไม่ป่วย สำหรับตัวแปรอายุและการศึกษา มีผลให้เกิดความแตกต่างใน แบบแผนการ รักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ เฉพาะในชนบท แบบแผนการรักษาพยาบาลฯ แตกต่างตาม ภาค เฉพาะ ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา และกลุ่มประถมศึกษา ส่วนตัวแปรเพศ ลักษณะของงานที่ทำ และ ขนาดครัวเรือน มีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุค่อนข้างน้อยหรือ ไม่มีเลย สำหรับ การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่วัดด้วยการใช้ยาสมุนไพร พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการใช้ยา สมุนไพรเพื่อการรักษา ในระยะ ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจของผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ขนาดครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาคและอาการที่ป่วย แต่มีเพียงตัวแปรเขตที่อยู่ อาศัยเท่านั้น ที่มี ทิศทางความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพร เป็นไปตามสมมติฐาน คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ใน กรุงเทพฯ ใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท สำหรับตัวแปร อายุ เพศ ลักษณะของงานที่ทำและการศึกษาไม่มีผลต่อการ ใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาของผู้สูงอายุที่ป่วย^๕

สามารถ ใจเตี้ย และดาร์วินต์ จำเกิด ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุโดยฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมี ความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ($r=0.๔๒๑, p=0.๐๐๒$) ส่วนแนวทางการ พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพในผู้สูงอายุพบว่า ควรเริ่มต้นจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การฝึกปฏิบัติ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้าน การสร้างเสริม

^๕ รัตนา กฤษณาธาร, “ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย”, วิทยานิพนธ์สังคม วิทยา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒวิทยาลัย, (บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, ๒๕๓๕), บทคัดย่อ.

สุขภาพ และการบูรณาการแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตตามลำดับ^{๔๖}

วิไล ตาปะลี และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง สภาพการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านใน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม พบว่า สภาพการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ในตำบลวัง ตะกู จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยเนื้อหาหลักจำนวน ๕ ประเด็นคือ ๑) ด้านลักษณะครอบครัว ร้อย ละ ๖๖.๖๗ มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ส่วนที่เหลือมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว อยู่แบบสองคน ดายายโสด หรือเป็นหม้าย ๒) ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุร้อยละ ๘๖.๖๗ มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และโรคภัยไข้เจ็บ โดยภาวะเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไช้มันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดฯ และมีชีวิตอยู่อย่างเบื่อหน่ายกับการรับประทานยา จำนวนหลายเม็ด ทุกวัน ๓) ด้านการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ (ร้อยละ ๘๖.๖๗) ได้รับบริการตรวจสุขภาพตามสิทธิ การรักษาและสามารถเข้าถึง บริการสุขภาพโดยมีญาติ ผู้สูงอายุไปตรวจรักษาด้วยตนเองจ้างมอเตอร์ ไซค์รับจ้างหรือเพื่อนบ้านพาไปรับการตรวจรักษา ๔) ด้านจิตใจผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๐ มีชีวิตแบบรวัน สุดท้ายของชีวิต เนื่องจากจะเดินทางไปไหนก็ลำบากมองไม่เห็นเป้าหมายของชีวิตมากกว่าการ รวัน สุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ ๔๓.๓๓) มีชีวิตอยู่ในบ้านตลอดเวลาเพื่อเฝ้าบ้าน ห่วงสมบัติบุตรหลาน เหมือนนกน้อยในกรงทองชีวิตอยู่กับการ รอคอยบุตรหลานที่ไปทำงานนอกบ้าน และไปต่างจังหวัด ๕) ด้านรายได้ ได้มาจากเบี้ยยังชีพที่รัฐบาลให้ทุกเดือน ชีวิตไม่มีความสุขเพราะกังวล ว่าจะมีรายได้ไม่ พอใช้กังวลจะป่วย ไม่มีความสามารถในการหาเลี้ยงชีพของตนเอง สรุป : สภาพการดำเนินชีวิตของ ผู้ สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ในตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม มีลักษณะครอบครัวแบบสองคนดายาย หรืออยู่แบบคนเดียว(๓๓ %) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ไปรับบริการตรวจรักษาได้ด้วย ตนเองโดยจ้างมอเตอร์ไซค์รับจ้างหรือเพื่อนบ้านพาไป มีสภาพจิตใจแบบรวันสุดท้ายของชีวิต มี รายได้และการหาเลี้ยงชีพจากเบี้ยยังชีพที่รัฐบาลให้ทุกเดือน^{๔๗}

พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ และคณะ, ได้ทำวิจัยเรื่อง สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี พบว่า ๑) กลุ่ม ตัวอย่างผู้ป่วย

^{๔๖} สามารถ ใจเด็ย, ดารารัตน์ จำเกิด, “การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชน”, วารสารราชภัฏเชียงใหม่, ปีที่ ๑๕ ฉบับ ๒ (เมษายน-กันยายน ๒๕๕๗): ๓๘-๔๕.

^{๔๗} วิไล ตาปะลี, นารีรัตน์ ปิยะชัยวุฒิ, ชนม์นิกา ใจดี, ศิวัช ปิยะรัตนวัฒน์, “สภาพการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านในตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม”, วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราช ภัฏสวนสุนันทา, ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๑): ๒๘-๓๕.

เป็นเพศชายร้อยละ ๕๓.๘๕ มีอายุมากกว่า ๘๑ ปีมากที่สุดคิด เป็น ร้อยละ ๓๖.๕๓ มี ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในระหว่าง ๑-๕ ปี ร้อยละ ๔๕.๖๓ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเจ็บป่วยจากโรค เรื้อรัง ร้อยละ ๗๐.๑๕ มีความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ ๕๑.๔๔ และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าเหมือนเดิม ร้อยละ ๕๐.๗๕ ๒) กลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีอายุอยู่ในช่วง ๓๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๔๑.๕๘ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ใน ฐานะบุตรและสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๑๓ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๓๖.๑๓ และมี รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ ๔๖.๐๔ ทั้งนี้มีผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ ๒.๘๘ ๓) ปัญหา และ ความต้องการของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางส่วนรายด้านพบทั้งปัญหาและความต้องการ ด้านการดูแลผู้ป่วย และด้านค่าใช้จ่าย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาในการดูแลด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการจัดการในบ้านอยู่ในระดับน้อย โดยที่มีความต้องการในการในการดูแลระดับปานกลาง^{๔๔}

ภาสกร สวนเรือง และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้ต้นนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน ที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็น ได้ชัดหลังมีนโยบาย คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมองค ความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น จากการฝึกอบรม โดยเฉพาะ อย่างยิ่งการช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพการดูแลเรื่องสุขภาพและ สิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยมีระบบพี่เลี้ยง และบัดดี้มีรูปแบบใน การทำงานที่ชัดเจนขึ้น เห็น ได้ชัดจากการทำงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายुरายบุคคล (care plans) ที่มีแผนการทำงานมีรายละเอียดของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล รวมทั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟู ผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละ ราย ภายใต้การให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการระบบการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (care managers) และการทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับความต้องการการรับบริการของ ผู้สูงอายุแต่ละราย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะ โรคเฉพาะทางที่ต้องการการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นเพื่อการธำรงรักษาให้ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระบบอย่างยั่งยืน จึงควรมีนโยบายและมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้า ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้

^{๔๔} พวงเพ็ญ เพ็ญสวัสดิ์ นิสาชล นาคกุล และ วิชญา โรจนรักษา, “สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี”, วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม): ๕๔-๖๔.

ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องส่งเสริมศักยภาพ ของผู้ช่วยเหลือฯในการช่วยงานการจัดบริการเชิงรุกของ ทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมบุคคลในครอบครัวของ ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่มีโรคเฉพาะและพิจารณาค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น^{๔๘}

พรมงคล ฉันทรัตนโยธิน ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบพุทธจิตวิทยาวิถีการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อลดความเครียดพนักงานออฟฟิศนั้น เป็นการนำเอาหลักจิตวิทยาของ ตะวันตก และหลักพุทธธรรมในพระพุทธศาสนามาเป็นแนวทางในการบำบัดและป้องกัน เพื่อลด ความเครียดที่เกิดจากการทำงานต่างๆ ให้ลดน้อยลงเกิดการส่งผลทั้งทางกาย และทางจิตใจ ดำเนินชีวิต ได้อย่างมีปกติสุข โดยมีการนำเอาหลักพุทธธรรมคือ อริยสัจ ๔ และพระสูตร ๕ มาประยุกต์ในการลด ความเครียดพนักงานออฟฟิศ รูปแบบพุทธจิตวิทยาวิถี ที่แบRงออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ส่วนที่ ๑ สำหรับแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน เมื่อนำไปใช้จะเกิดประโยชน์ได้แนวทางในการรักษาคนไข้ หรือพนักงานออฟฟิศที่มีความเครียด หรือบุคคลอาชีพอื่นที่มีความเครียด ส่วนที่ ๒ สำหรับพนักงาน ออฟฟิศ จะมีคำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมช่วยคลายเครียด อันประกอบด้วย ทำกายบริหารและการนวด ตัวเองเพื่อคลายเครียด จะช่วยบริหารร่างกายให้แข็งแรง ร่างกายหายอ่อนล้าจากการทำงาน เพื่อความ ยืดหยุ่นให้กับกล้ามเนื้อ จากผลของการวิจัยทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ดังนี้คือ รูปแบบ “๒ส. ๒ค. ๔ดี” ซึ่งการวิจัยนี้ จะส่งผลดีต่อการนำไปปรับใช้งานให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับบริษัท หรือระดับ กระทรวงได้อย่างดี^{๔๙}

วินัย กมลศิลป์ ได้กล่าวว่า การดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลในแต่ละสังคมบนพื้นฐาน วัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ หลักธรรมคำสั่งสอนของพุทธศาสนาแต่ละคนดำเนินชีวิตแตกต่างกัน ออกไปแล้วแต่กิจกรรมในชีวิตประจำวันวิถีชีวิตของครูภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดำเนินตามครรลองครองธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีของไทยอีสานได้พึ่งพาตนเองมีความ

^{๔๘} ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง”, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๑): ๔๓๗-๔๕๑.

^{๔๙} พรมงคล ฉันทรัตนโยธิน. "รูปแบบพุทธจิตวิทยาวิถีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านเพื่อลด ความเครียดพนักงานออฟฟิศ." วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร ๑๐.๔ (๒๐๒๒): ๑๕๐๖-๑๕๑๖.

ขยันหมั่นเพียรประหยัดและอดออม ปฏิบัติตามกฎหมายและขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่นตนเองอย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับสาธุชนและประชาชน โดยทั่วไป^{๕๐}

พระมหาโยธิน โยธโก ได้ทำวิจัยเรื่อง บทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ๑. แนวคิดเชิงคุณค่าในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลักธรรมพระพุทธศาสนาเกี่ยวข้อง กับการพัฒนากาย (พัฒนาอินทรีย์ ๖) การพัฒนาจิต (จิตภาวนา) และการประพฤติธรรม เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสังคมในการอยู่ร่วมกัน และปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ให้ผู้สูงอายุประพฤติปฏิบัติ เพื่อความดีความถูกต้องทั้งทางกายและจิตใจ ซึ่งเป็นพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สามารถอยู่ในสังคมได้เป็นปกติสามารถนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุขและเหมาะสมกับตนเอง ๒. วัดส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความพร้อมในด้านการจัดสิ่งแวดล้อมความสะอาดให้มีความเป็นสัดส่วน สะดวกสบาย สงบร่มรื่น พระสงฆ์ได้สร้างบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง ๔ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพสังคม และการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ โดยการใช้กระบวนการและกิจกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้ง ๖ ด้าน คือ การสวดมนต์ และปฏิบัติธรรม การส่งเสริมการพัฒนาภูมิปัญญา วัฒนธรรม และประเพณีท้องถิ่น การส่งเสริมอาชีพ และการสร้างรายได้ การส่งเสริมการออมทรัพย์และจัดสวัสดิการ การส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการ และการออกกำลังกาย และการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรเป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในบทบาทการเผยแผ่และการสาธารณสงเคราะห์ตามพันธกิจของคณะสงฆ์ไทย ๓. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาบทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีทั้งในด้านสถานที่ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านงบประมาณ ด้านความร่วมมือ และการสร้างเครือข่าย ดังนั้น จึงต้องพัฒนาบทบาทพระสงฆ์โดยการสร้างเครือข่ายการทำงานแบบพหุภาคี การส่งเสริมการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในวัดให้เป็นแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิตและการนำองค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนามาส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิถี วัฒนธรรมเชิงพุทธท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นศูนย์ภาคีเครือข่ายประสานงานระหว่างวัดกับ ชุมชนและหน่วยงานราชการ ให้มีความคล่องตัวและบูรณาการกับหลักการพระพุทธศาสนาเพื่อ พัฒนาหลัก

^{๕๐} วินัย กมลศิลป์. "วิเคราะห์วิถีชีวิตของครูภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด ตามหลักพุทธปรัชญาเถรวาท." *วารสารปณิธาน* ๑๘.๑ (๒๐๒๒): ๓๑๒-๓๓๒.

ศรัทธาและปัญญา ให้สังคมเกิดความยั่งยืนและเป็นกัลยาณมิตรในการทำงานและการอยู่ร่วมกันในชุมชนและสังคมไทยอย่างสันติสุข^{๕๒}

สุทัศน์ ประทุมแก้วและคณะ ได้กล่าวว่า การนำหลักพุทธธรรมมาบูรณาการปรับใช้ในการให้บริการแพทย์แผนไทย ที่ผู้ศึกษานำมาบูรณาการ คือ หลักพรหมวิหารธรรม หรือพรหมวิหาร ๔ เป็นธรรมประจำใจอันประเสริฐหรือคุณธรรมประจำตัวของท่านผู้มีจิตใจกว้างขวาง ๔ ประการ ประกอบด้วย เมตตา เป็นการปฏิบัติทางจิตใจ เพราะเป็นความปรารถนาให้ผู้อื่นเป็นสุข เมตตาต้องอาศัยปัญญา เพราะปัญญาเท่านั้นที่จะช่วยพิจารณาได้ถูกต้องว่าควรแสดงเมตตาต่อผู้ใดอย่างไร เมื่อใดจึงจะเป็นคุณไม่เป็นโทษ กรุณา เป็นเรื่องของ การปฏิบัติ ทางกาย เพราะเป็นเรื่องการช่วยเหลือให้พ้นทุกข์ คือเป็นการช่วยที่เหนือการช่วยทั้งปวง เป็นการช่วยให้พ้นทุกข์ทางใจ ใจที่มีธรรมเพียงไรจะพ้นจากความทุกข์มีความสงบสุขเยือกเย็นเพียงนั้น มุทิตา เป็นเรื่องของ การปฏิบัติทางจิตใจ คือ พลอยยินดีด้วยกับตนเองและผู้อื่นได้ดีมีสุข และอุเบกขา เป็นเรื่องของ การปฏิบัติทางจิตใจ^{๕๓}

พรรรถิพา ชเนตร์ ได้กล่าวว่า การส่งเสริมสิ่งที่เป็นเอกลักษณ์ของการแพทย์แผนไทยที่เป็นศาสตร์แห่งความศักดิ์สิทธิ์ที่มีประวัติอันยาวนาน และเป็นการถ่ายทอดผ่านรุ่นต่อรุ่นที่อาศัยการเรียนรู้จากการศึกษาดำรง คัมภีร์ใบลาน เอกสารที่มีการบันทึก หรือแม้แต่การถ่ายทอดโดยใช้หลักคำกลอนต่างๆ ที่แฝง องค์ความรู้จริงจากการปฏิบัติจริง เห็นผลจากการทดลองจริงโดยผ่านมนุษย์ แล้วมีการบันทึกไว้คือหลักของทฤษฎี แนวคิด ตำราคัมภีร์ หรือตำราที่มีการสร้างขึ้นด้วยพระมหากษัตริย์ของพระมหากษัตริย์ไทยหลายๆพระองค์ ก็เป็นภาคของปริยัติ เมื่อมีการเข้าใจอย่างชัดเจนก็นำไปสู่ภาคการปฏิบัติโดยการลงมือปฏิบัติ โดยมีครูแพทย์แผนไทยเป็นผู้ทำให้ดูเป็นแบบอย่าง (Model) ทั้งกรรมวิธีการบำบัดดูแลรวมถึงพฤติกรรม นิสัย ความมีเมตตากรุณา วิธีการสร้างศรัทธาก็เป็นแบบอย่างให้ได้ฝึกปฏิบัติตาม เมื่อทำบ่อยๆ จะเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และผ่านการใคร่ครวญอย่างแยบยล จะทำให้เกิดการตกผลึกในความหมายที่แท้จริงของความเป็นมนุษย์ และจะเข้าถึงแก่นของการรักษาที่แท้จริงคือการรักษาด้วยใจเป็นฐานสำคัญที่สุด คือหลักสัทธรรม ๓ ที่เป็นวิริยวิทยาเชิงพุทธ เมื่อนำหลักพรหมวิหาร ๔ มาเป็นหลักเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้ให้เข้าใจ เพื่อการเข้าถึงและการพัฒนา การบ่มเพาะต้นกล้าแห่งความรักความเมตตาในใจของแพทย์แผนไทย จะทำให้การมองเห็นถึงคุณค่า

^{๕๒} พระมหาโยธิน โยธโก, “บทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๐): ๒๕-๓๖.

^{๕๓} สุทัศน์ ประทุมแก้วและคณะ. "พรหมวิหารธรรม: หลักพุทธธรรมที่ปรากฏในการบริการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย." วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ ๑.๒ (๒๐๒๒): ๒๖๗-๒๗๗.

คุณประโยชน์ของการพัฒนาตนเอง สามารถส่งผลต่อผู้อื่น ผู้ป่วย คนในครอบครัวสังคม รวมถึงของแพทย์เองได้อย่างเป็นระบบชัดเจน เมื่อแพทย์มีพื้นฐานเริ่มต้นที่ความรัก การเอาใจใส่ ความเมตตาในใจ เป็นต้นแห่งน้ำใจของการพัฒนาจิตใจของแพทย์แผนไทยให้มีร่องน้ำใจที่มีความเมตตาเป็นพื้นฐานที่จะช่วยล้างความทุกข์ทางกายและใจของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน และการเคลื่อนความงอกงามของใจของผู้เป็นแพทย์จะเจริญงอกงาม มีความเป็นพุทธะในใจ เป็น Core Value ของแพทย์แผนไทยที่สามารถทำให้มีความเป็นอัตลักษณ์ของแพทย์แผนไทย คงอยู่ได้ตลอดนานเท่านั้น และก็คือพื้นฐานของความดีของความเป็นมนุษย์ที่เป็นผู้ประเสริฐ สามารถพัฒนาทางปัญญาได้อย่างแท้จริง^{๕๔}

นัฏฐ์สุตา ชัยโถมและคณะ ได้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ตามหลักพรหมวิหาร ๔ อยู่ในระดับมากและผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ตามหลักพรหมวิหาร ๔ จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนผลการวิจัยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .๐๕^{๕๕}

พระศรีวินยาภรณ์และคณะ ได้ศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักภavana ๔ เป็นการพัฒนานคนให้รู้จัก เป็นอยู่โดยสอดคล้องกับความจริงของชีวิต การพัฒนาทักษะชีวิตทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านกาย เป็นการศึกษาเพื่อให้รู้จักใช้อายตนะและอวัยวะให้มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ ด้านศีลเพื่อ การศึกษาการมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับเพื่อนมนุษย์ในสังคมอย่างมี ระเบียบและมีวินัย ด้านจิตเป็นการศึกษาเพื่อฝึกจิตให้เป็นสมาธิ ด้านปัญญาเป็นการศึกษาอบรม พัฒนาปัญญา ให้เกิดมีความมั่นคง ทางจิต ความรู้แจ้งให้รู้จักสิ่งทั้งหลาย พิจารณารู้ไตร่ ลักษณ์คือ อนิจจัง ทุกข์ขัง อนัตตา ตามความเป็นจริงปราศจากการยึดถือว่าเป็นตัวเรา การพัฒนาทักษะชีวิตในทางพระพุทธศาสนาจะเกิดขึ้นได้ ด้วยการดำเนินชีวิตตามหลักไตรสิกขา ซึ่งประกอบด้วย ศีล สมาธิปัญญา เมื่อปฏิบัติทั้งศีล สมาธิเป็น บ่อเกิดแห่งปัญญา กล่าวคือ การพัฒนาทักษะชีวิต ในทางพระพุทธศาสนา เมื่อปฏิบัติศีล สมาธิ เป็น บ่อเกิดแห่งปัญญา ทำให้ชีวิตมีการพัฒนากาย มี

^{๕๔} พรรณทิพา ชเนศร์. "พุทธจิตวิทยากับการส่งเสริมการมีอัตลักษณ์ของแพทย์แผนไทยด้วยหลักธรรม "พรหมวิหาร ๔". *The Journal of Institute of Trainer Monk Development* ๑.๒ (๒๐๒๑): ๒๕-๔๓.

^{๕๕} นัฏฐ์สุตา ชัยโถมและคณะ "การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ตามหลักพรหมวิหาร ๔." *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์* ๗.๒ (๒๐๒๒): ๑๑๔๕-๑๑๖๐.

ความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับเพื่อนมนุษย์ใน สังคม จิตใจ ได้แก่ ด้านภาวิตกาย การพัฒนากาย มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ ด้านภาวิตสีก การพัฒนาสีก คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูล กับเพื่อนมนุษย์ในสังคม ด้านภาวิตจิต การเจริญ จิต คือการท าจิตใจให้เจริญงอกงามขึ้นใน ความดีงาม ความเข้มแข็งมั่นคง สงบสุข และเป็นอิสระ ด้านภาวิตปัญญาคือ การเสริมสร้างความรู้ความ เข้าใจ ความคิดเหตุผล และการ หยั่งรู้ความจริง จน เข้าถึงอิสระภาพ มีชีวิตที่ดีงาม ปลอดภัยปราศ ปัญหา^{๕๖}

นวัตน์ ไชยมพู ได้กล่าวว่าศาสตร์มณีเวช มี ๔ ประเด็น คือ ๑) เป็นศาสตร์ที่สอนเรื่องสมดุล ของโครงสร้างร่างกาย ๒) เป็นศาสตร์ที่แนะนำการใช้ชีวิตอย่างสมดุลเพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดโรค ๓) เป็นการบริหารเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย และ ๔) เป็นการจัดกระดูกเพื่อการรักษา ซึ่ง ประเด็นที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมในการนำมาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย ๒ ประเด็น คือ ๑) การปรับสมดุลร่างกาย ได้แก่ การยืน การเดิน การนั่ง และการนอน ๒) การบริหารร่างกาย ได้แก่ การ บริหารร่างกายส่วนบน ๕ ท่า (ท่าไหว้สวัสดี ท่าไม้แป้ง ท่าถอดเสื้อ ท่ากรรเชียง และท่าปล่อยพลัง) และ การบริหารร่างกายส่วนล่าง ๓ ท่า (ท่างู ท่าแมว และท่าเต่า)การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์มณี เวชจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงด้านกายตามช่วงวัยของผู้สูงอายุซึ่งแนวทางการนำศาสตร์มณีเวชทั้ง ๒ ประเด็น มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก สามารถนำสู่การปฏิบัติให้แก่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ^{๕๗}

ผ่องใส ต้นติวิญญวนิช ได้กล่าวว่าทางเลือกการรักษา โดยการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย ด้วยศาสตร์มณีเวช เป็นเวลา ๓ วัน ประกอบด้วย การจัดหน้า ศีรษะ นิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก นิ้วเท้า ข้อเท้า ข้อสะโพก และการจัดหลัง โดยใช้หลักทางการแพทย์ ให้การดูแลด้วยความรัก ความเมตตา เอาใจใส่ ทั้งมารดา บิดา และทารก หลังจากปรับสมดุลร่างกายให้ทารกวันแรก เห็นผลการเปลี่ยนแปลง คือ ขาทั้งสองข้างของทารกกลับเป็นปกติในทันที จึงทำให้มารดา บิดาคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจใน วิธีการดูแล และต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ผู้ศึกษาจึงได้ให้ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งสอน ทักษะในการจัดร่างกายให้มารดา บิดาจัดร่างกายบุตรด้วยตนเอง และมีการติดตามผลการสอนทุกๆวัน ตลอดระยะเวลา ๓ วันที่อยู่โรงพยาบาล ทารกสามารถยืดเหยียดขาได้เป็นปกติทั้งสองข้าง และมีการ

^{๕๖} พระศรีวินยาภรณ์และคณะ "การจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักกาวนา ๔ ใน กรุงเทพมหานคร." *วารสาร มจร ภาพีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์* ๗.๑ (๒๐๒๑): ๖๖-๗๗.

^{๕๗} นวัตน์ ไชยมพู. "การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์มณีเวช." *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ* ๔.๒ (๒๐๒๑): ๒๑๕-๒๑๒.

ติดตามผลเมื่อทารกอายุ ๕ วันที่คลินิกมณีเวช ศาสตร์มณีเวชน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่ควรนำมาใช้
ดูแล^{๔๔}

ธีรยุทธ ส่งคืนและคณะ ภาวะข้อไหล่ติดเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้ในผู้สูงอายุ ทำให้องศาการ
เคลื่อนไหวของข้อไหล่มลดลงและเป็นอุปสรรคต่อกิจวัตรประจำวัน ทำการบริหารร่างกายมณีเวชเป็นการ
บริหารร่างกายเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่เป็นทางเลือกหนึ่งของการบริหารร่างกาย งานวิจัยทดลอง
แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้ทำบริหาร
ร่างกายมณีเวช กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ที่มีภาวะข้อไหล่ติดที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ ทั้ง ๕
ทิศทาง สมัครเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง
จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน ๓๐ คน เครื่องมือประกอบด้วย Appley Scratch Test เครื่องมือวัดข้อไหล่
Goniometer ทำการบริหารร่างกายมณีเวช สมุดบันทึกทำบริหารร่างกาย แถบไต่ระดับความสูง และแบบ
ประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการ-วิจัยพบว่า หลังจากใช้ทำบริหารร่างกายมณีเวช
ระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยขององศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่า shoulder flexion ท่า shoulder
extension และท่า internal rotation เพิ่มขึ้นและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ แต่ในท่า
shoulder adduction และท่า external rotation ไม่แตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และกลุ่ม
ทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้ทำบริหารร่างกายมณีเวชภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดงานวิจัยเสนอ
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำทำบริหารร่างกายมณีเวช ไปเผยแพร่ให้แก่โรงเรียนหรือชมรม
ผู้สูงอายุอื่นที่สนใจ เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารร่างกายเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อไหล่ในผู้สูงอายุ^{๔๕}

สุวภัทรบุญเรือนและคณะ การออกกำลังด้วยท่ากายบริหารร่างกายมณีเวชต่อระดับความดัน
โลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตภายหลังการทดลอง
ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังด้วยท่ากายบริหารร่างกายมณี
เวชสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกโดยการออกกำลังกาย
ด้วยท่ากายบริหารมณีเวชจะเน้นความสมดุลของโครงสร้างร่างกายทั้งระบบไม่ได้ดูเฉพาะกระดูกส่วน

^{๔๔} ผ่องใส ดันดิวิชญวานิช. "การพยาบาลทารกที่มีความผิดปกติของข้อเข่า Congenital Genu Recurvatum
ด้วยการจัดสมดุลโครงสร้างร่างกายแบบมณีเวช: กรณีศึกษา." *วารสารวิชาการเขต ๑๒* ๓๑.๑ (๒๐๒๓): ๒๕-๓๑.

^{๔๕} ธีรยุทธ ส่งคืนและคณะ "ประสิทธิผลการใช้ทำบริหารร่างกายมณีเวชของผู้ที่มีภาวะข้อไหล่ติดใน
โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี." *Journal of Health Science-วารสาร วิชาการ
สาธารณสุข* ๓๒.๒ (๒๐๒๓): ๒๖๒-๒๖๓.

ใดส่วนหนึ่ง ตรวจดูตั้งแต่โครงสร้างใหญ่ๆ ของร่างกายทั้งชายและหญิง ความสูง ต่ำ สั้น ยาว เอียงซ้าย ขวาละเอียดลงไปถึงความเย็นร้อนอ่อนนุ่ม แข็งหยاب ความแห้งชื้นของผิวหนังส่วนต่าง ๆ เชื่อว่าการเกิดอาการเจ็บปวดและโรคทั้งหลายเกิดจากความไม่สมดุล จึงได้แนะนำการใช้ชีวิตอย่างสมดุลการปฏิบัติตัวตามแนววิหามณีเวชคือการใช้ชีวิตประจำวันนั่ง นอน ยืน เดิน ให้ถูกต้อง ร่างกายอยู่ในสมดุลนั่นเอง และช่วยให้กล้ามเนื้อยึดเหยียดและคลายตัว ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้นแต่ไม่มีผลในการปรับโครงสร้างกระดูกของร่างกาย ซึ่งการออกกำลังกายยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมของร่างกายและคงไว้ซึ่งสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิต นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียดได้ (Khamphan, W., ๒๐๑๑) การออกกำลังกายทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ หลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดีขึ้น และช่วยในการไหลเวียนเลือดดีขึ้นทำให้ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายส่งผลให้ระดับความดันลดลง โดยหลักการของวิหามณีเวช โครงสร้างกระดูกในร่างกายที่อยู่ในลักษณะสมดุล จะทำให้การไหลเวียนของเลือด ลม น้ำเหลืองและระบบประสาทเป็นไปอย่างสะดวก แต่หากโครงสร้างไม่อยู่ในสมดุล การไหลเวียนต่าง ๆ ก็จะบกพร่องซึ่งเป็นสาเหตุของการผิดปกติ ไม่สบายต่าง ๆ ของร่างกายจากเหตุผลและข้อมูลทางสถิติที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้ออกกำลังกายด้วยท่าการบริหารวิหามณีเวชสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕^{๖๐}

สุจิตรา บุญมากและคณะ ได้กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบนวัตกรรมลูกประคบสมุนไพรหินสปา พบว่า การพัฒนาให้ลูกประคบมีฐานคล้ายถ้วย มีลักษณะขรุขระเป็นตุ่มนูน ๕ ตุ่ม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกวดและทำให้สมุนไพรไม่เคลื่อนออกด้านข้างมากเกินไป โดยฐานจะทึบจากสแตนเลส เพื่อหุ้มปัญหาการขึ้นสนิม มีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ ๑๐ เซนติเมตร ความลึกของถ้วยประมาณ ๒ เซนติเมตร ๕ สำหรับใส่หินสปา ตรงกลางของถ้วยจะเป็นด้ามจับที่ทึบจากไม้ เพื่อไม่เกิดความร้อนมากขณะประคบ มีความสูง ๑๔ เซนติเมตร เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ ๓ เซนติเมตร บริเวณด้ามจับและฐานจะสามารถถอดออกจากกันได้ เพื่อสะดวกต่อการนำไปนั่งและใส่หินสปาบนฐานลูกประคบเพื่อเป็นตัวเก็บความร้อนของลูกประคบให้นานมากขึ้น และถุงใส่สมุนไพร มีลักษณะเป็นผ้าดิบ แผ่นทรง

^{๖๐} สุภัทรา บุญเรือนและคณะ "ผลการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่าการบริหารวิหามณีเวชของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลอุทัยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา." *วารสาร สาธารณสุข และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ* ๖.๓ (๒๐๒๓): ๑๒-๒๓.

กลม ๑ แผ่น มีเส้นผ่านศูนย์กลาง ๓๐ เซนติเมตร บริเวณขอบผ้าเย็บเก็บเป็นช่องสำหรับสอดเชือกเพื่อ รูดท่อสมุนไพรเข้าหาแท่งค้ำจับ ภายในถงมีสมุนไพรสด^{๖๑}

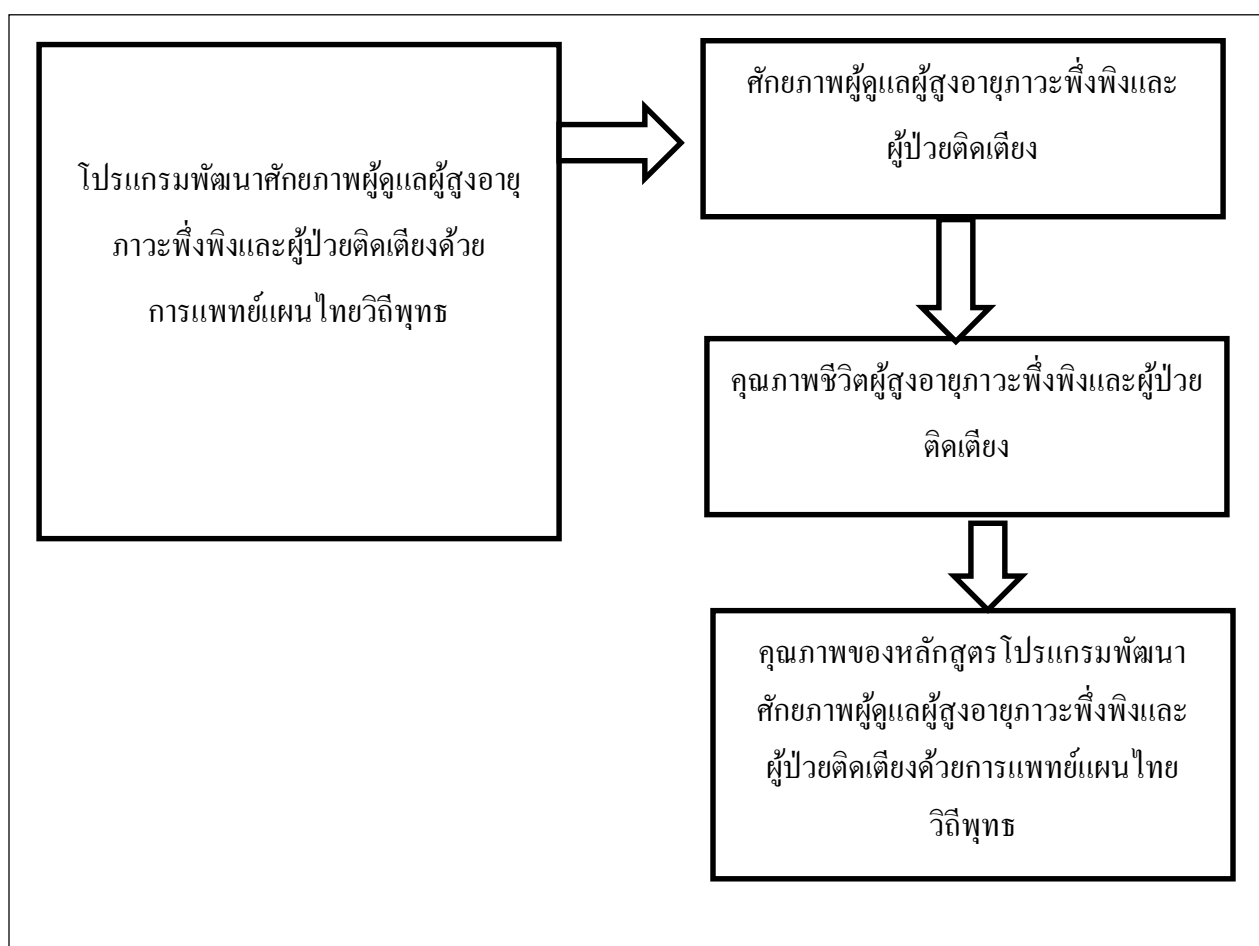
เนรัญชรา แสงทักษิณและคณะ ได้กล่าวว่า ผลการศึกษาพบว่าระดับการไหลและปริมาณน้ำนม ของมารดานอกจากจะมีความสัมพันธ์กับการกระตุ้นน้ำ นมแล้วยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ อีก หลายประการที่สามารถส่งผลต่อระดับการไหลและปริมาณน้ำนมของมารดาแต่ละคน ซึ่งเป็นเรื่องยาก ที่จะควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วน อีกทั้งปัจจัยบางประการยังมีส่วนสำคัญในการ กระตุ้นให้เกิดการสร้างและหลั่งน้ำนมให้เพียงพอต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ปัจจุบันยังไม่ปรากฏ งานวิจัยหรือหลักฐานที่แน่ชัดได้ว่าวิธีการใดจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการกระตุ้นน้ำนมมารดา เพื่อให้ ระดับการไหลของน้ำนมและได้ปริมาณน้ำนมที่มากที่สุด อย่างไรก็ตามการกระตุ้นน้ำนมให้มารดาหลัง คลอดไม่ว่าด้วยวิธีการใดก็ตามย่อมส่งผลต่อกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม ได้ดีกว่าการที่มารดา ไม่ได้รับการกระตุ้นน้ำนมด้วยวิธีใด ๆ เลย^{๖๒}

^{๖๑} สุจิตรา บุญมากและคณะ "การพัฒนาอุปกรณ์ประคบสมุนไพรหีนสปาสำหรับให้บริการงานการแพทย์แผน ไทย โรงพยาบาลหลวงพ่อบึงเป็นจังหวัดนครปฐม." *Journal of Arts Management* ๔.๓ (๒๐๒๐): ๘๐๓-๘๑๓.

^{๖๒} เนรัญชรา แสงทักษิณและคณะ "การศึกษาเปรียบเทียบผลการไหลและปริมาณของน้ำนมในมารดาหลัง คลอดที่รับ การนวดและประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรกับมารดาหลังคลอดที่รับประทานยาสมุนไพรกระตุ้นน้ำนม สูตรโรงพยาบาลสิงหนครเสริมจากการนวดและประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร ณ โรงพยาบาลสิงหนคร อำเภอลี้ นคร จังหวัดสงขลา." *Research Journal Phranakhon Rajabhat: Science and Technology* ๑๘.๑ (๒๐๒๓): ๑๕-๓๑.

๒.๑๓ กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research – PAR) และการศึกษาภาคสนาม (Field study) โดยดำเนินการวิจัยตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
- ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล
- ๓.๖ สรุปกระบวนการวิจัย

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research – PAR) และการศึกษาภาคสนาม (Field study) มีการดำเนินการตามรูปแบบการวิจัย ดังนี้

๑. เอกสารชั้นปฐมภูมิ (Primary Source) จะค้นคว้าจากคัมภีร์พระไตรปิฎก ๔๕ เล่ม โดยเฉพาะพระไตรปิฎก ภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พ.ศ.๒๕๓๕ และการศึกษาแนวคิดการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ และแนวคิดการดูแลภาวะสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ โดยการใช้สมุนไพร การนวด มณีเวช

๒. เอกสารชั้นทุติยภูมิ (Secondary Source) จะศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจากวิทยานิพนธ์ งานวิจัย บทความ ข้อเขียน บทความ วิชาการ เอกสารต่าง ๆ ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ได้กล่าวถึง เรื่องแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแนวคิดผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ โปรแกรมการส่งเสริม ป้องกัน แก้ไขและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ/ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง

๓. โครงการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research – PAR) และการศึกษาภาคสนาม (Field study) ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ๘ ขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ : คัดกรองและสำรวจผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มี ADL น้อยกว่า ๑๑

กิจกรรมที่ ๒ : ประชุมเพื่อสร้างหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ภาย จิตใจ สังคมและประเมินความเครียด ในการดูแลความรู้ทักษะของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ ๓ : จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตร ๒ วัน ประเมินก่อนการอบรมในเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการใช้สมุนไพร เพื่อการพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินสภาพปัญหาที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง)

กิจกรรมที่ ๔ : ประชุมกลุ่มย่อย การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่รพ.สต. ในการแก้ไขปัญหาที่ได้จากข้อ๑ เพื่อมา ตั้งเป้าหมายร่วมกัน วางแผนปฏิบัติ เยี่ยมติดตามผู้ดูแลและผู้ป่วยติดเตียง

กิจกรรมที่ ๕ : เยี่ยมบ้าน, จัดตั้งกลุ่มให้คำปรึกษาให้แก่ผู้ดูแล (ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่รพ.สต.ที่รับผิดชอบร่วมกัน) เพื่อช่วยเหลือ ติดตามการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล โดย ผ่านกลุ่มไลน์ปรึกษา

กิจกรรมที่ ๖ : ประเมิน โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ร่วมกับ ประเมินหลังการอบรมในเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการใช้สมุนไพร เพื่อการพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียง

กิจกรรมที่ ๗ : สนทนากลุ่ม(Focus group) สอบถามความคิดเห็นกลุ่มของผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ในรพ.สต. ที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ (ตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้า)

กิจกรรมที่ ๘ : ประชุม สรุป วิเคราะห์ เขียนรายงาน

๓.๒ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” มีกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มประชากรผู้ป่วยติดเตียง ๒๖ คนใน ๘ หมู่บ้าน โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติภายใต้กรอบของการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติ ได้กลุ่มผู้ดูแล ๑๕ คนในหมู่ที่ ๑,๓,๕ ซึ่งมีกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงจำนวนมากว่าหมู่อื่น กัดเลือกหมู่ละ ๕ คน รวม ๑๕ คน และมีผู้ให้ข้อมูลร่วมกัน ประกอบด้วย

อาสาสมัครชุมชนและ เจ้าหน้าที่รพ.สต.ทำซ้ำม รวม ๕ คน รวมทั้งหมดกลุ่มตัวอย่าง ๓๕ คน โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

๑. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในตำบลท่าข้าม ในหมู่ที่ ๑,๓,๕
๒. มีความสามารถในการรับรู้ สื่อความหมาย เข้าใจ สามารถอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้
๓. อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ทำวิจัย สามารถเข้าร่วม การศึกษาตลอดระยะเวลาการวิจัย
๔. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือ ในการทำวิจัย

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

๑. มีความเจ็บป่วยในช่วงที่จัดกิจกรรมและในช่วงที่ เก็บรวบรวมข้อมูล
๒. เป็นผู้ที่มึปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้
๓. อาศัยอยู่นอกเขตพื้นที่การศึกษา

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอลำลูกกา จังหวัดสงขลา” นี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ที่นำหลักพุทธธรรมพรหมวิหาร ๔ และหลักภavana ๔ มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ให้สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักพุทธธรรมบูรณาการกับการแพทย์แผนไทย โดยใช้กับเครื่องมือ เป็นแบบประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุฯ และภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง โดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือ ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

๑) ศึกษาเอกสาร หลักการ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ที่นำหลักพุทธธรรมพรหมวิหาร ๔ และหลักภavana ๔ และโปรแกรมการส่งเสริม ป้องกัน แก้ไขและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ/ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล เพื่อนำมาสร้างโปรแกรม

๒) สร้างโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ โดยเป็นโมดูลการเรียนรู้ ๔ โมดูล ตามตาราง ๑ ดังนี้

ตาราง ๑ โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

โปรแกรมฝึกอบรม	โมดูลการเรียนรู้
การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง การแพทย์แผนไทย	โมดูลการเรียนรู้ ที่ ๑ - การคัดกรองประเมินสุขภาพผู้ดูแล(ร่างกาย จิตใจสังคม) -สำรวจและประเมิน (ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียงที่มี ADL น้อยกว่า ๑๑) -สนทนากลุ่มผู้ดูแล แลกเปลี่ยนเพื่อหาปัญหา ความต้องการ -ให้ความรู้การพยาบาลดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง -เพิ่มทักษะการฟื้นฟูในการป้องกันแก้ไขปัญหา: ข้อติด, การสำลัก, แผลกดทับ และอื่นๆ -สัญญาใจ: กระบวนการดูแล(ประเมิน-ตั้งเป้าหมาย-วางแผนปฏิบัติ-สะท้อนติดตาม)
	โมดูลการเรียนรู้ ที่ ๒ เรื่อง การแพทย์แผนไทย เพื่อดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง -บริหารกาย บริหารจิต ด้วยมณีเวช - การใช้สมุนไพรในครัวเรือนและนวดผ่อนคลาย ใช้อลูประคบ
การบูรณาการหลักพุทธธรรม	โมดูลการเรียนรู้ ที่ ๓ เรื่อง พรหมวิหาร ๔ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง
	โมดูลการเรียนรู้ ที่ ๔ เรื่อง ภาวนา ๔ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง

เมื่อดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยแล้วจะทำการประเมิน โดยศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง คือ กลุ่มที่ได้คะแนน ๐ – ๑๑ คะแนน จากนั้นนำมาแบ่งกลุ่มตามภาวะพึ่งพิงเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มติดเตียง (๐ – ๔ คะแนน) และกลุ่มติดบ้าน (๕ – ๑๑ คะแนน) ซึ่งทำการประเมิน ๓ ได้แก่ ด้านที่ ๑ ประเมินความรู้ ทักษะด้านการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง ด้านที่ ๒ ประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการใช้สมุนไพร เพื่อการพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียง และด้านที่ ๓ ประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุ่ยย่อ ฉบับภาษาไทย

๓) นำหลักสูตร โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทยและผู้ทรงคุณวุฒิทางพระพุทธศาสนาพิจารณาความเหมาะสม

๔) พัฒนาแบบประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุฯ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้แนวคิดจากการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ และที่นำหลักพุทธธรรมพรหมวิหาร ๔ หลักภavana ๔ และการส่งเสริม ป้องกัน แก้ไขและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ/ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง มาเป็นกรอบของแบบประเมิน

๕) นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และติดตามประเมินผลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม ด้วยความสมัครใจ ตามระยะเวลาที่กำหนด

๖) ทำการประเมินคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL)ของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง และภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการใช้สมุนไพรรักษาพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียง และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

๓.๔ การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัยผู้วิจัยได้มีขั้นตอนดังนี้

๑) ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์สังเคราะห์จนได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ จากนั้นนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์มาสร้างเป็นคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ

๒) นำแบบประเมินที่ได้ประเด็นในการสนทนากลุ่ม มาสร้างแบบประเมิน

๓) นำแบบประเมินที่สร้างขึ้น เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๕ ท่านในการตรวจความเหมาะสม

เชิงเนื้อหา ภาษา และวิธีวิจัย โดยจำแนกเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านพระพุทธศาสนา ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทยและผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบหลักสูตร โดยพิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมิน

๔) ปรับปรุงแบบประเมินที่สร้างขึ้นตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

๖) จัดพิมพ์เครื่องมือวิจัย และนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

๓.๕ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย.....การประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่.....ตามรหัสโครงการเลขที่.....

๓.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” นี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

๑) ขออนุญาตแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยวิทยบริการ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จังหวัดสงขลา นำไปให้แก่ผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในสนับสนุนและคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่รพ.สต.ที่รับผิดชอบงาน เข้าร่วมโครงการ

๒) ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามความสมัครใจและผู้เกี่ยวข้อง

๓) ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ตามโปรแกรมที่ได้ร่วมพัฒนา

๔) ผู้วิจัยดำเนินการติดตามและประเมินผล โปรแกรม/หลักสูตรดังกล่าว จากผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่รพ.สต.มีส่วนร่วม ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้น ประเมินการประเมินผล

๕) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมโดยใช้แบบประเมิน ๑) ประเมินคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL)ของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง ๒) ภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ส่วนวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ๑) ใช้แนวทางการสังเกต (Observation) เพื่อสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ๒) สมุดจดบันทึกข้อมูลภาคสนามเพื่อบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และบันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์แก่การทำการวิจัย ๓) เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายภาพ เป็นการบันทึกการทำกิจกรรมต่างๆการสนทนากลุ่ม การสังเกต บันทึกภาคสนาม และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เพื่อประเมิน โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

๓.๗ การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

- ๑) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแบบประเมินที่สร้างขึ้น
- ๒) สนทนากลุ่มถอดบทเรียน การเรียนรู้ในการนำความรู้ทักษะที่ได้อบรมไปสู่การปฏิบัติ
- ๓) จำแนกและจัดระบบข้อมูล เป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาจำแนกและจัดหมวดหมู่ออกเป็นระบบ เป็นด้านๆ ไป
 - ๔) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ ร้อยละ จากแบบประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาวิธี โดยยึดวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นแนววิเคราะห์ เพื่อนำเสนอข้อเท็จจริงที่ได้
 - ๕) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์โดยการสรุปตามสาระสำคัญ ด้านเนื้อหาที่กำหนดไว้ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามประเด็นหัวข้อดังนี้
 - ๕.๑) จัดหมวดหมู่ข้อมูลจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้มา
 - ๕.๒) แยกแยะข้อมูลในด้านต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์อย่างเป็นระบบ
 - ๕.๓) เปรียบเทียบข้อมูล ลักษณะที่เหมือนกันและแตกต่างกัน
 - ๕.๔) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์ตามหลักอุปนัยวิธี โดยวิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อคุณภาพของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ สามารถนำไปปฏิบัติการได้มีประสิทธิภาพ
 - ๕.๕) สรุปการวิเคราะห์ข้อมูล และอภิปรายผล

๓.๘ สรุปกระบวนการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research – PAR) และการศึกษาภาคสนาม (Field study) โดยสร้าง โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ โดยเป็นโมดูลการเรียนรู้ ๔ โมดูล และเครื่องมือประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุฯ และผู้สูงอายุกับผู้ป่วย ที่ได้รับการทดลองใน โปรแกรมนี้ เพื่อศึกษาคุณภาพของหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง ตามบริบทของชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บรรณานุกรม

๑. ภาษาไทย

ก. ข้อมูลทฤษฎีภูมิ คัมภีร์พระไตรปิฎก ๔๕ เล่ม โดยเฉพาะพระไตรปิฎก ภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๓๕

(๑) หนังสือ:

กรมอนามัย. (๒๕๕๖).คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย.

กรมอนามัย. (๒๕๕๔).การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรมกับการพัฒนาชีวิต, (กรุงเทพมหานคร:ธรรมสภา, ๒๕๔๐).

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). พุทธธรรม. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๑๗, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์, พิมพ์ครั้งที่ ๑๗, กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ, (๒๕๕๔). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.

พรมงคล จันทร์รัตน์ โยธิน. "รูปแบบพุทธจิตวิทยาวิถีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านเพื่อลดความเครียดพนักงานออฟฟิศ." วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร ๑๐.๔ (๒๐๒๒): ๑๕๐๖-๑๕๑๖.

มุกดา ดันชัย และอภิชาติ ลิมดิยะ โยธิน (๒๕๔๗) “วิทยาศาสตร์ในการนวดและการประคบ”

ใน เอกสารการสอนชุดวิชาวิทยาศาสตร์ ในการแพทย์แผนไทย หน่วยที่ ๑๔ หน้า ๑๙๑-๑๙๓
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (๒๕๕๒). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๑.

กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพีจำกัด.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (๒๕๕๓). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๒.

นครปฐม: พรินเทอริ.

รศรินทร์ เกรย์และคณะ. (๒๕๕๖). มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และ

สุขภาพ. นครปฐม : บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.

วิชัย โชควิวัฒน์. “การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง”. หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์. (๗ มีนาคม ๒๕๖๐).

วินัย กมลศิลป์. "วิเคราะห์วิถีชีวิตของครุภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด ตามหลักพุทธ

ปรัชญาเถรวาท." *วารสารปณิธาน* ๑๘.๑ (๒๐๒๒): ๓๑๒-๓๓๒.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (๒๕๕๔). การพยาบาลผู้สูงอายุ. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (๒๕๕๔). การพยาบาลผู้สูงอายุ. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรพงษ์ มาลี. (๒๕๖๑). รู้จักสังคมสูงอายุและสถานการณ์ผู้สูงอายุ(ในประเทศไทย). นนทบุรี: ก.พ.

(๒) วิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/งานวิจัย

กณิกนันต์ หยกสกุล. (๒๕๕๑). การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ. วิทยานิพนธ์

ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กัญวานไทย ออกตลาด, “ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง

จังหวัดอุดรธานี”, *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๑ (กันยายน –

ธันวาคม ๒๕๖๐): ๒๓๑-๒๔๐.

จันทนา สารแสง, “คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอ

เขียงดาว จังหวัดเชียงใหม่”, วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข

ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, ๒๕๖๑.

ณัฐสุดา ชัยโถมและคณะ "การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตองค์การ

บริหารส่วนตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ตามหลักพรหมวิหาร ๔." *วารสาร*

มจร อุบลปริทรรศน์ ๗.๒ (๒๐๒๒): ๑๑๔๕-๑๑๖๐.

ชนิกานต์ ส่วยนุล, ภูมิ ชมพูศรี, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์, “การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย และทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัด เชียงราย”, TJPHS Thai Journal, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๒): ๖๒-๖๕.

คุษฎี เจริญสุข, “ผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน”, วารสารพยาบาลตำรวจ, ปีที่๗ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๘): ๒๘๐-๒๘๕.

ทัศนาศูววรรณะปกรณ, “การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลที่เป็นจริง”, วารสารสภาพการพยาบาล, ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๔ (๒๕๔๔): ๕๒-๕๗.

ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (๒๕๕๐). งานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม.: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ธีรยุทธ ส่งคืนและคณะ "ประสิทธิผลการใช้ทำบริหารร่างกายมีเนชของผู้ที่มีภาวะข้อไหล่ติดในโรงเรียนผู้ สูงอายุ ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี." *Journal of Health Science-วารสาร วิชาการ สาธารณสุข* ๓๒.๒ (๒๐๒๓): ๒๖๒-๒๗๓.

นิทรา กิจธิระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูง อายุที่อาศัยในชุมชน”, วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม – มิถุนายน ๒๕๕๕): ๖๓-๗๔.

เบญจมาศ นาควิจิตร, “ทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุใน ชุมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร”, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์ประยุกต์, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๑).

ปารัชชญาณ์ วงษ์ไตรรักษ์, “รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว”, คุษฎีนิพนธ์ ปรัชญา คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๖๑.

ผ่องใส ดันติวิชญวานิช. "การพยาบาลทารกที่มีความผิดปกติของข้อเท้า Congenital Genu Recurvatum ด้วยการจัดสมดุลโครงสร้างร่างกายแบบมีเนช: กรณีศึกษา." *วารสารวิชาการเขต ๑๒* ๓๑.๑ (๒๐๒๓): ๒๕-๓๑.

- พระศรีวิญาณภรณ์และคณะ "การจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักภavana ๔ ใน กรุงเทพมหานคร." *วารสาร มจร บาลีศึกษายุทธ โฆสปริทรรศน์* ๗.๑ (๒๐๒๑): ๖๖-๗๗.
- พวงเพ็ญ เพื่อกสวัสดิ นิสาชล นาคกุล และ วิชญา โรจนรัชช, "สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ การดูแลผู้ปวยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี", *วารสาร พยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*, ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม): ๕๔-๖๔.
- พัชรา เสถียรพัทธ์และคณะ. "ประสิทธิผลของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือ ต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล". *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. ปีที่ ๓๐. ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๓): ๔๗-๕๖.
- พิศมัย บุติมาลัย แสงอรุณ อิศระมาลัย เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, "การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน", *วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์*, ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๑): ๗๕-๘๑.
- พิศมัย บุติมาลัย แสงอรุณ อิศระมาลัย เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. "การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน". *วารสาร พยาบาล สงขลานครินทร์*. ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๑): ๗๕-๘๑.
- นวรรตน์ ไวมภ. "การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์มณีเวช." *วารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์ สุขภาพ* ๔.๒ (๒๐๒๑): ๒๑๕-๒๓๒.
- ยุวดี รอดจากภัย, ดร. และคณะ. รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบ บรูณาการ". รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๗.
- รัตนา กฤษณาธาร, "ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย", *วิทยานิพนธ์สังคม วิทยา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา*, (บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๕).
- วิไล ตาปะสี, นารีรัตน์ ปิยะชัชวาลิ, ชนมนิภา ใจดี, ศิวัช ปิยะรัตนวัฒน์, "สภาพการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะติดบ้านในตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม", *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๑): ๒๘-๓๕.
- สามารถ ใจเดี้ย, คารารัตน์ จำเกิด, "การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยฐาน การมี ส่วนร่วมของชุมชน", *วารสารราชภัฏเชียงใหม่*, ปีที่ ๑๕ ฉบับ ๒ (เมษายน-กันยายน ๒๕๕๗): ๓๘-๔๕.

สุจิตรา บุญมากและคณะ.(๒๐๒๐). "การพัฒนาคุณภาพประคบสมุนไพรหินสสำหรับให้บริการงาน
การแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหลวงพ่อกเป็นจังหวัดนครปฐม." *Journal of Arts
Management* ๔.๓: ๘๐๓-๘๑๓.

สุวภัทร บุญเรือนและคณะ "ผลการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมีเวชของ
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลอุทัยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา." *วารสาร
สาธารณสุข และ วิทยาศาสตร์ สุขภาพ* ๖.๓ (๒๐๒๓): ๑๒-๒๓.

โอภาส อัสวโรจน์พงษ์, “ความทุกข์ของปัญหาภาวะดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ใน
อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี”, *วารสารแพทย์เขต เขต ๔-๕, ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-
มีนาคม ๒๕๖๓): ๓๕-๔๕.*

ภาคผนวก

รายชื่อคณะนักวิจัย

๑. พระครูประสุติโพธิคุณ,ดร.
๒. นายอภิรักษ์ สิริรัตนจิตต์
๓. นายอาทิตย์ อินทรภักดี
๔. นายกิตติพงษ์ สุวรรณวงศ์
๕. นายธเนศ นกเพชร

หลักสูตรฝึกอบรม

การศกยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

วัตถุประสงค์หลักสูตร

เพื่อพัฒนาศกยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ
: กรณีศึกษาชุมชนตำบลท่าข้าม อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดสงขลา”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้ารับการอบรม เป็นอาสาสมัครที่สนใจเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๑๕ คน

โปรแกรมฝึกอบรม แบ่งเป็น ๔ โมดูลการเรียนรู้ ตามตารางโปรแกรมฝึกอบรม

โปรแกรมฝึกอบรม	โมดูลการเรียนรู้
การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง การแพทย์แผนไทย	โมดูลการเรียนรู้ ที่ ๑ - การคัดกรองประเมินสุขภาพผู้ดูแล(ร่างกาย จิตใจสังคม) -สำรวจและประเมิน (ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียงที่มี ADL น้อยกว่า ๑๑) -สนทนากลุ่มผู้ดูแล แลกเปลี่ยนเพื่อหาปัญหา ความต้องการ -ให้ความรู้การพยาบาลดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง -เพิ่มทักษะการฟื้นฟูในการป้องกันแก้ไขปัญหา: ข้อติด, การสำลัก, แผลกดทับ และอื่นๆ -สัญญาใจ: กระบวนการดูแล(ประเมิน-ตั้งเป้าหมาย-วางแผนปฏิบัติ-สะท้อนติดตาม)
	โมดูลการเรียนรู้ ที่ ๒ เรื่อง การแพทย์แผนไทย เพื่อดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง -บริหารกาย บริหารจิต ด้วยมณีเวช - การใช้สมุนไพรในครัวเรือนและนวดผ่อนคลาย ใช้ลูกประคบ
การบูรณาการหลักพุทธธรรม	โมดูลการเรียนรู้ ที่ ๓ เรื่อง พรหมวิหาร ๔ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง
	โมดูลการเรียนรู้ ที่ ๔ เรื่อง ภาวนา ๔ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง

ระยะเวลาในการฝึกอบรม จำนวน ๒ วัน ตามเนื้อหา ๔ โมดูล

การติดตามและประเมินผล ใช้แบบประเมินศกยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

แบบประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้ สำหรับประเมินตนเองด้านศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ ขอความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

๑. เพศ ๑) เพศชาย ๒) เพศหญิง

๒. อายุ ระบุ.....ปี

๓. ระดับการศึกษา ๑) ต่ำกว่าประถมศึกษา ๒) การศึกษาขั้นพื้นฐาน (จบ. ม.๖)

๓) ปริญญาตรี ๔) สูงกว่าปริญญาตรี

๔. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ๑) ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท ๒) ๕,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท

๓) ๑๕,๐๐๑ บาท ขึ้นไป

๕. อาชีพ ๑) ข้าราชการ/พนักงานรัฐ/ลูกจ้างรัฐ ๒) พนักงานบริษัท/ลูกจ้างเอกชน

๓) ค้าขาย อื่น ๆ ระบุ.....เช่น รับจ้างทั่วไป อาชีพอิสระ เป็นต้น

ตอนที่ ๒ ข้อคำถามเกี่ยวกับการศึกษาของคู่มือสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียงด้วยการแพทย์แผนไทยวิถีพุทธ

รายการประเมิน	ระดับการพัฒนาศักยภาพ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านความรู้ ทักษะด้านการการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง					
การคัดกรองประเมินสุขภาพผู้ดูแล(ร่างกาย จิตใจสังคม)					
การสำรวจและประเมิน (ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียงที่มี ADLน้อยกว่า ๑๑)					
การสนทนากลุ่มผู้ดูแล แลกเปลี่ยนเพื่อหาปัญหา ความต้องการ					
การพยาบาลดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง					
การฟื้นฟูในการป้องกันแก้ไขปัญหา:ข้อติด การสำลัก แผลกดทับ และอื่นๆ					
การใช้หลักธรรมพรหมวิหาร ๔ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง					
การใช้หลักธรรมภavana ๔ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยติดเตียง					
ด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการใช้สมุนไพร เพื่อการพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียง					
ความรู้บริหารกาย บริหารจิต ด้วยมณีเวช					
ทักษะการบริหารกาย บริหารจิต ด้วยมณีเวช แก่ผู้ป่วย					
การใช้สมุนไพรในครัวเรือนและนวดผ่อนคลาย ใช้ถูกประคบ					
ด้านคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย					
ตนเองมีความสุข					
ภูมิใจ ว่าตนเอง ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย					
ภูมิใจที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น					
ตนเองมีความสุขกายและใจ แข็งแรง					
ตนเองมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง					