



รายงานการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มี

ภาวะติดเตียง ในจังหวัดขอนแก่น

MODEL FOR THE DEVELOPMENT OF INTEGRATED BUDDHIST
SOCIETY WITH THE MENTAL HEALTH OF BEDRIDDEN ELDERLY
PEOPLE IN KHON KAEN PROVINCE

พระครูธรรมมาภิสมัย

พระมหานិวัฒน์ มหาโชติวฑฒโน

เฉลิมเกียรติ มินา

ขวัญใจ แก้วแสง

วุฒิชัย เยาวโพธิ์

รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก
กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)
สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
ประจำปีงบประมาณ 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

บทคัดย่อ

งานวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพและปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาพหุบูรณาการสังคมอุดมจิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น 3) เพื่อนำเสนอรูปแบบและแนวทางการพัฒนาพหุบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป พื้นที่ที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมากที่สุดคือเขตเทศบาลนครขอนแก่น ซึ่งมีทั้งหมด 8 ศูนย์สาธารณสุขชุมชน โดยสุ่มเลือกพื้นที่เพื่อการศึกษา 2 ศูนย์สาธารณสุขชุมชน ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขชุมชนชาตะผดุง และศูนย์สาธารณสุขชุมชนบ้านศรีฐาน มีจำนวนทั้งสิ้น 84 คน พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนหนึ่งไม่สามารถพูดจาสื่อสารได้ บางคนไม่ยินยอมให้เข้าพบหรือตอบคำถามใดๆ ทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้เพียง 42 คน เครื่องมือที่ใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาพหุบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในรูปแบบของความสัมพันธ์ของตัวแปร และสร้างสมการทำนาย การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์สถิติค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แห่งเพียร์สัน การสร้างสมการทำนาย

ผลการวิจัย พบว่า

1. สภาพและปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่นส่วนมากเป็นเพศชาย สถานภาพหม้าย การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ด้านสุขภาพมีโรคประจำตัวอยู่ในระดับมาก ด้านการประเมินคุณภาพชีวิตส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ค่อยมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในปัจจุบัน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการรับรู้พหุบูรณาการสังคมอุดมจิต พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r=0.875^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 หมายความว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะมีระดับสูงขึ้นเมื่อได้รับการพัฒนาทางด้านพหุบูรณาการสังคมอุดมจิตที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง (TA) มีผลมาจากพหุบูรณาการสังคมอุดมจิต (TX) คือความสุขทางจิต (TD) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปรความสุขทางจิต (TD) สามารถอธิบายหรือทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ร้อยละ 71.10

คำสำคัญ : 1. รูปแบบการพัฒนาพหุบูรณาการ, 2. สังคมอุดมจิต, 3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ABSTRACT

The objectives of this research were as follows: to study the conditions and problems of bedridden elderly people in Khon Kaen Province; to study relationships and factors affecting the development of an integrated Buddhist society with mental health and the quality of life of bedridden elderly in Khon Kaen Province; and to present the model and guidelines for developing an integrated Buddhist society with mental health for the elderly who are bedridden in Khon Kaen Province. The target group used in the research were elderly people who were bedridden from the age of 60 and up. The area with the most elderly people who were bedridden was Khon Kaen Municipality, with a total of 8 community health centers. Two areas were randomly selected for study: Chataphadung Community Public Health Center and Ban Sri Than Community Public Health Center, with a total of 84 people. It was found that some bedridden elderly people were unable to communicate. Some refused to be seen or answer any questions. As a result, data was collected from only 42 people. Tools used in this research included questionnaires for quantitative data and semi-structured interviews (in-depth interviews) for qualitative data. The results of both quantitative and qualitative studies were used to create a model for the development of integrated Buddhist society with the mental health of bedridden elderly people in the form of variable relationships and prediction equations. Data analysis from questionnaires used a ready-made program to analyze statistics: percentages, mean, standard deviation, and the Pearson correlation coefficient.

The research results found that

1. Most of the target group were male, widowed, and had primary education. In terms of health, there was a high level of congenital disease. In terms of quality-of-life assessment, most were at a moderate level and not quite satisfied with their current quality of life.
2. In terms of the relationship between quality of life and perception of integrated Buddhist society with good mental health, it was found that there was a high level of positive relationship ($r = 0.875^{**}$) significant at the .01 level. It reflected that the quality of life of elderly people with bedridden conditions would be at a higher level as they received significantly higher social integration based on Buddhism.
3. The quality of life of bedridden elderly people (TA) was influenced by an integrated Buddhist society with good mental health (TX) and mental happiness (TD)

with statistical significance. The mental happiness variable (TD) could explain or predict the quality of life of bedridden elderly people at 71.10%.

Keywords: 1. Model for the Development of integrated Buddhist, 2. society with the mental health, 3. bedridden elderly people

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย งบประมาณแผ่นดินด้านการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2565 โดยการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์และนวัตกรรม (สกสว.) และได้รับความช่วยเหลือและความกรุณาจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณสถาบัน องค์กร และบุคคลที่ได้ให้ความช่วยเหลือดังต่อไปนี้

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ สนับสนุน และให้ข้อมูลเพื่อศึกษาค้น จนสามารถนำความรู้มาเขียนวิจัยนี้ได้และกรุณาชี้แนะทางในการศึกษาค้นคว้า

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย จากผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความถูกต้องทั้งด้านภาษา เนื้อหาระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนถึงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งท่านทั้งหลายได้ช่วยแนะนำแก้ไขให้สมบูรณ์และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ขอขอบคุณ ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ เทศบาลนครขอนแก่น ศูนย์สาธารณสุขชุมชนชนชาติะผดุง และศูนย์สาธารณสุขชุมชนศรีฐาน ตลอดจนถึงอาสาสมัครชุมชน (อสม.) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานการวิจัยเรื่องนี้จะประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง และผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและนำการพัฒนาารูปแบบพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดอื่น ๆ ไปปรับประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงต่อไป

พระครูธรรมภาณิสมัย, ผศ.ดร.

หัวหน้าโครงการวิจัย และคณะ

11 มีนาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่	
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.3 ขอบเขตการวิจัย	4
1.4 ตัวแปรที่ศึกษา	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	5
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
2 แนวคิดทฤษฎีและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 พุทธบูรณาการ (Integrated Buddhism) แนวคิดและงานวิจัย	7
2.2 สังคมอุดมจิต: แนวคิด	16
2.3 ผู้สูงอายุและภาวะติดเตียง: แนวคิด และงานวิจัย	35
2.4 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	59
2.5 สรุปกรอบแนวความคิด	72
3 วิธีดำเนินการวิจัย	74
3.1 การศึกษาเชิงปริมาณ	74
3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ	77
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	81
4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	81
4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	92
4.3 การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร และสร้างสมการทำนาย	108
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	114
5.1 สรุปผลการวิจัย	114
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	116
5.3 ข้อเสนอแนะ	121
บรรณานุกรม	123

สารบัญ

หน้า

129

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมในมนุษย์ หนังสือขอความอนุเคราะห์
แบบตอบรับผู้เชี่ยวชาญหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดสอบ
คุณภาพเครื่องมือ หนังสือขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูล
- ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย/ ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น
- ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- ภาคผนวก ง รูปภาพกิจกรรมของโครงการวิจัย

ประวัตินักวิจัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง	82
ตารางที่ 4.2	จำนวนร้อยละข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง	84
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลความระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง	86
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลความ ระดับการรับรู้พุทธรูปบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง	88
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความ ระดับการรับรู้พุทธรูปบูรณาการสังคมอุดมจิต ด้านความสุขทางกาย	89
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความ ระดับการรับรู้พุทธรูปบูรณาการสังคมอุดมจิต ด้านความสุขทางสังคม	89
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความ ระดับการรับรู้พุทธรูปบูรณาการสังคมอุดมจิต ด้านสุขภาพทางจิต	90
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความ ระดับการรับรู้พุทธรูปบูรณาการสังคมอุดมจิต ด้านความสุขทางปัญญา	91
ตารางที่ 4.9	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการรับรู้พุทธรูปบูรณาการสังคมอุดมจิตของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง	108
ตารางที่ 4.10	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวพยากรณ์ที่ดีที่ใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง	110

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว ด้วยการมีจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการคาดการณ์การสถิติทางประชากรในปี พ.ศ. 2554 มีแนวโน้มที่ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2579 มีแนวโน้มผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) อีกทั้งในปัจจุบันมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงมากขึ้น อันได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงใน ผู้สูงอายุ เนื่องจากหนทางการนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงในวัยสูงอายุนั้นมี 4 เส้นทาง ได้แก่ โรคหลอดเลือด สมอง (อัมพาต) โรคสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็น สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะที่ต้องพึ่งพิงมากที่สุด โดยอยู่ในสภาพติดเตียง ต้องมีผู้ดูแล อย่างสมบูรณ์ (ศิริณี ศรีหาภาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และณิศร เต็งรัง, 2556) ทำให้เกิดภาระการดูแลในระยะยาว

จากการจัดอันดับภาวะพึ่งพิง ของ Human development report ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ในกลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศไทยมีอัตราพึ่งพิงทางอายุของวัยสูงอายุอยู่ที่ ร้อยละ 14.5 ซึ่งเป็น อันดับสองรองจากประเทศสิงคโปร์ และมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐต่อค่าใช้จ่ายของประเทศโดยรวม สูงมากถึงร้อยละ 79.5 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากประเทศบรูไน โดยภาวะ พึ่งพิงของวัยสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน พบว่า ภาคเหนือมีส่วนมากที่สุด คือ 104.6 ต่อพัน ประชากร และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ “ติดเตียง” คือ อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์มากถึงร้อยละ 2 ของประชากรผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง (สถาบันวิจัย ประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภาระค่าใช้จ่าย ที่รัฐจะต้องใช้ ในการดูแลสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาน บริบาล หรือโรงพยาบาลของภาครัฐนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากตามภาระในการดูแล มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ประมาณ 15,000 บาท - 59,500 บาทต่อเดือน เป็นอย่างต่ำแตกต่างกับค่าใช้จ่ายของครอบครัวใน การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 6,795 บาทต่อเดือน ซึ่งในการดูแล โดยสถาน บริบาล หรือโรงพยาบาลของภาครัฐนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าที่ครอบครัวดูแลเกือบ 10 เท่า (วรเวชม์ สุวรรณระดา, 2552)

สุรพงษ์ มาลี (2561) ได้กล่าวว่า ในแต่ละประเทศ และแต่ละองค์กร จะให้ความหมายของ ผู้สูงอายุ แตกต่างกัน บรรดาประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่เรียกกลุ่มคนที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปว่า “ผู้สูงอายุ” ขณะที่องค์การสหประชาชาติ มีแนวโน้ม ที่จะกำหนดว่า ผู้สูงอายุ (Elderly Person) คือ คน ที่มี อายุ หกสิบปี ขึ้นไป สำหรับประเทศไทย ใน พระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ได้ บัญญัติ ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย” (วารสารข้าราชการ กพ. 2561) นอกจากนี้ยังได้แบ่งชั้นของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

สังคมกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคม มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรอายุ 60 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สังคมสูงอายุ (Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 7 ของ ประชากร ทั้งหมด

สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super – Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) เพราะมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17% และในปี 2564 เราจะเข้าใกล้สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) และอีก 20 ปีข้างหน้าคาดว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ นั่นคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super – Aged Society) (วารสารข้าราชการ กพ. 2561)

ในสังคมไทยครอบครัวยังเป็นสถาบันหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเมื่อต้องการการพึ่งพิง โดยพบว่า ร้อยละ 95.5 ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ที่บ้าน ด้วยค่านิยม ความเชื่อในเรื่อง “ความกตัญญู” เป็นหน้าที่ของลูก หลาน หรือ ภรรยา ที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ต่อเนื่องที่บ้านเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยให้การดูแลทั้งการทำ กิจวัตรประจำวันและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การดูแลที่บ้านในระยะยาว พบว่า ทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจมากที่สุด คือ ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านอาชีพ ทำให้มีปัญหาเงินไม่พอใช้ ต้องมีหนี้สิน และผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว มีความเครียดสูง โดยต้องให้การดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ขาดโอกาสทางสังคม เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง และไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชน และในการดูแลยังขาดหลักประกันในการดูแลที่บ้าน อีกทั้งขาดอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวก ในการดูแลและประสบปัญหาการเคลื่อนย้ายเมื่อผู้สูงอายุการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล (ศิริณี ศรีหาภาค และคณะ, 2556)

แม้ว่าครอบครัวจะมีผลกระทบและปัญหามากมายในการที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้สูงอายุติดเตียง ที่ต้องให้การดูแลในระยะยาว แต่ยังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้น มีการรับรู้ความรู้สึกถึงผลด้านบวกต่อ การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอยู่หลายประการ คือ ผู้ดูแลรู้สึกที่ได้ตอบแทนบุญคุณเป็นที่พึงได้ในฐานะ เป็นบุตร เป็นภรรยา เป็นลูกหลาน และได้แสดงการตอบแทนในคุณความดีที่ผู้สูงอายุเคยทำให้กับ ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลด้วยความรัก ไม่ทอดทิ้งเกิดสัมพันธ์ภาพ และ การดูแลที่ดีในการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้าน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกร, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ศิริณี ศรีหาภาค และคณะ, 2556) ซึ่งในวัฒนธรรมสังคมไทย ยังมีความเชื่อ ทศนคติ และศักยภาพที่ดีของครอบครัว ในการทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแล เอาใจใส่ผู้สูงอายุติดเตียงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ได้เป็นอย่างดี

การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนมากขึ้น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีแผนยุทธศาสตร์การจัดระบบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยยึดหลัก “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ที่ขับเคลื่อนบนฐานการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรม ในขณะที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสู่สังคมวัยสูงอายุมากขึ้น จำนวนประชากรวัยแรงงานลดลง ทำให้มีแนวโน้มให้เกิดภาระในการพึ่งพิงที่สูงขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการขาดผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านเพราะสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกรู้ว่าต้องเป็นผู้รับภาระในการเป็นผู้ดูแล

แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพื่อการเตรียมความพร้อมของครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพในอนาคต การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความพิการ หรือทุพพลภาพ ที่เกิดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะเวลายาวนาน กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานราชการทุกภาคส่วนมีการร่วมกันบูรณาการกิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลาย เช่น มีการอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อส.) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Giver) โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาวให้ได้รับการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักยังเป็นการดูแลที่ดี แต่การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ตั้นนั้นยังมีการศึกษาน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ดีที่บ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้อง กับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปของคนไทย และสนับสนุนให้สถาบันครอบครัว มีความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษา “รูปแบบการพัฒนาบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” เพื่อต้องการทราบถึงรูปแบบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสังคมอุดมจิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำเสนอรูปแบบการพัฒนาดังกล่าว และเป็นข้อมูลสำหรับการเผยแพร่สู่การพัฒนาสังคมอุดมจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงทั่วประเทศ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาสภาพ และปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น
- 1.2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาบูรณาการสังคมอุดมจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น
- 1.2.3 เพื่อนำเสนอรูปแบบและแนวทางการพัฒนาบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต 4 ด้านคือ 1) สุขภาวะทางกาย 2) สุขภาวะทางสังคม 3) สุขภาวะทางจิต และ 4) สุขภาวะทางปัญญา โดยผู้สูงอายุที่มีการติดเตียงมีหลักธรรมในการปฏิบัติคือ ทานมัย ศีลมัย และภาวนามัย ส่งผลให้มีความสุข สงบ และเป็นกุศลจิตสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาวเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาพุทธบูรณาการสังคมอุดม จิต 4 ด้านคือ 1) สุขภาวะทางกาย 2) สุขภาวะทางสังคม 3) สุขภาวะทางจิต และ 4) สุขภาวะทางปัญญา ที่มีความสัมพันธ์ หรือส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

1.3.2 ขอบเขตด้านประชากร

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ) ด้านประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ ทั้งเชิงปริมาณ (แบบสอบถาม) และเชิงคุณภาพ (แบบสัมภาษณ์) ที่มาของประชากรในการศึกษาจะเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

นอกจากนี้ผู้วิจัยดำเนินการจัดให้มีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ขึ้น 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง (LTC – Long Term Care) และการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 เป็นการยืนยันรูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง หรือนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครขอนแก่น หัวหน้าศูนย์สาธารณสุขชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

1.3.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ผู้ศึกษาได้สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น พบว่าพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่มีความหนาแน่นมากที่สุดคือเขตพื้นที่เทศบาลนครขอนแก่น และมีการให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกพื้นที่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ซึ่งมีทั้งหมด 8 ศูนย์สาธารณสุขชุมชน โดยสุ่มเลือกพื้นที่เพื่อการศึกษา 2 ศูนย์สาธารณสุขชุมชน คือ ศูนย์สาธารณสุขชุมชนชาตะผดุง และ ศูนย์สาธารณสุขชุมชนบ้านศรีฐาน

1.4 ตัวแปรที่ศึกษา

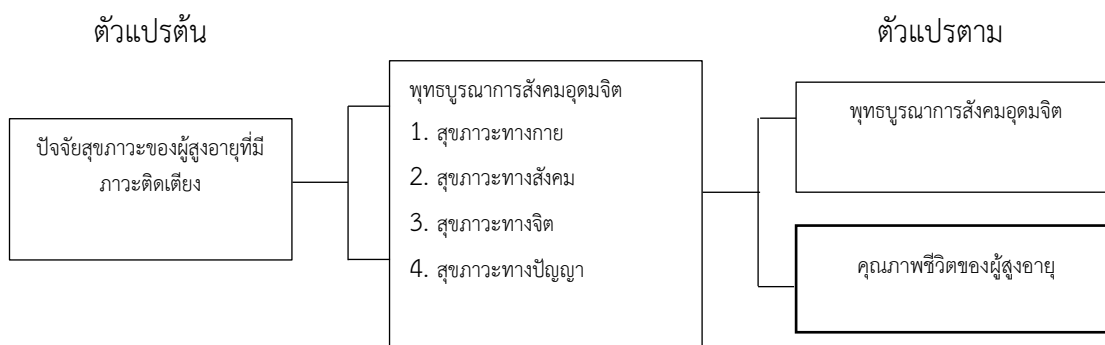
การศึกษารูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรต้น ได้แก่

- 1) ปัจจัยสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง
- 2) พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต 4 ด้าน คือ สุขภาวะทางกาย, สุขภาวะทางสังคม, สุขภาวะทางจิต และสุขภาวะทางปัญญา

ตัวแปรตาม ได้แก่

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง



1.5 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

สังคมอุดมจิต หมายถึง ตามหลักพระพุทธศาสนา ประกอบด้วย การให้ทาน รักษาศีล การเจริญสติภาวนา การแผ่เมตตา การอธิษฐานจิต สวดมนต์ ทำให้เกิดความเมตตากรุณา เห็นอกเห็นใจ ใจเป็นสุข สามารถพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้เป็นผลทำให้สามารถพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง มีพลังใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีความสุข สงบ และมีสติ ซึ่งมีองค์ประกอบในการประเมินรูปแบบการพัฒนาสังคมใน 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความสุขทางกาย ได้แก่ ร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ดี สะอาดปลอดภัย เช่น มีน้ำสะอาด อากาศบริสุทธิ์ ป่าไม้สมบูรณ์สวยงาม ที่อยู่ อาศัยสะอาด อาหารสะอาดถูกหลักอนามัย เป็นต้น ผู้ที่มีความสุขด้านนี้เรียกว่า “ภาวิตกายบุคคล” คือ บุคคลผู้มีกายเจริญแล้ว

2. ด้านความสุขทางสังคม หรือ ศีล ได้แก่ มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี มีคุณภาพ มีคุณธรรม มีจริยธรรม มีการจัดการเพื่อความสุขความเจริญของบุคคลในสังคม ปราศจากการเบียดเบียนซึ่งกันและกัน ผู้ที่มีความสุขด้านนี้ เรียกว่า “ภาวิตศีลบุคคล” คือ บุคคลผู้มีศีลเจริญแล้ว

3. ด้านความสุขทางจิตใจ ได้แก่ มีส่วนประกอบทางด้าน คุณธรรมความดีงามทั้งหลายภายใน จิตใจ ได้แก่ ความมีเมตตากรุณา ความขยันหมั่นเพียร อดทน มีสมาธิ และสดชื่น เบิกบาน เป็นสุข ผ่องใส เป็นต้น ผู้ที่มีความสุขด้านนี้เรียกว่า “ภาวิตจิตบุคคล” คือ บุคคลผู้มีจิตใจเจริญแล้ว

4. ด้านความสุขทางปัญญา ได้แก่ มีสติปัญญา ความเชื่อ ความรู้ ความนึกคิด ความเห็น ความเข้าใจชีวิตและโลกอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง สามารถอยู่กับความเป็นจริงของโลกและชีวิตได้ อย่างปกติสุขและอย่างเข้าใจ ผู้ที่มีความสุขด้านนี้เรียกว่า “ภาวิตปัญญาบุคคล” คือ บุคคลผู้มีปัญญาเจริญแล้ว

พุทธบูรณาการเพื่อสังคมอุดมจิต หมายถึง หลักพุทธธรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในด้านการพัฒนาและแก้ไขปัญหาทางจิตใจเพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและลดทอน ความทุกข์ กระบวนการ การใช้รูปแบบการพัฒนาตามหลัก บุญกิริยาวัตถุ 3 คือเป็นหลักธรรมปฏิบัติที่สามารถช่วยขัดเกลาจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงให้มีความสุข สงบ และเป็นกุศลจิต ได้แก่

1. ทานมัย บุญสำเร็จด้วยการบริจาคทาน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ใส่ บาตรทุกวันในตอนเช้า และแบ่งปันสิ่งที่มีให้กับผู้อื่น การบริจาคทรัพย์ให้แก่ผู้ยากไร้ หรือทำนุบำรุง พระพุทธศาสนา

2. สีลมัย บุญสำเร็จด้วยการรักษาศีล หมายถึง มีการสำรวมตนให้เป็นปกติ โดยไม่กระทำ สิ่งที่เป็นการเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น รวมไปถึงการมีจิตใจที่มีความรักความเมตตาต่อผู้อื่นด้วย

3. ภาวนามัย บุญสำเร็จด้วยการเจริญภาวนา หมายถึง การเจริญสติเพื่อกำหนดพิจารณา สิ่งทั้งหลายให้รู้เห็นตามความเป็นจริง อันเป็นหลักของการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน ซึ่งการเจริญสติ ด้วยหลักสติปัฏฐาน

4. กัมมมัย เพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถกำหนดรู้เท่าทันสภาวะของร่างกาย ความรู้สึก สภาวะทาง จิตใจ และภาวะอันเป็นธรรมชาติ ทั้งหลาย และดำรงจิตอยู่ในขณะปัจจุบัน รู้เท่าทันและเป็นอิสระ จากอารมณ์ที่เศร้าหมองทั้งปวง จึงสามารถดำรงให้ผ่องใส เบิกบานอยู่ได้ทุกขณะ

ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีค่าการ ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL Index) (0 - 4 คะแนน) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องให้การดูแลอย่างสมบูรณ์

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1.6.1 สามารถนำรูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติด เตียงในจังหวัดขอนแก่น ไปใช้เป็นแนวนโยบายในการพัฒนาชุมชนอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

1.6.2 หน่วยงานและชุมชนได้มีกิจกรรมพัฒนากระบวนการทางพุทธบูรณาการให้เกิดสังคม อุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีประสิทธิภาพ มากขึ้น

1.6.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้รับรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีความสุขพร้อม และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และเข้าถึงแนวทางปฏิบัติทางพุทธธรรม

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับขั้นดังต่อไปนี้

- 2.1 พุทธบูรณาการ (Integrated Buddhism) แนวคิด และงานวิจัย
- 2.2 สังคมอุดมจิต : แนวคิด และงานวิจัย
- 2.3 ผู้สูงอายุ และภาวะติดเตียง : แนวคิด และงานวิจัย
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 สรุปกรอบแนวความคิด

2.1 พุทธบูรณาการ (Integrated Buddhism) แนวคิดและงานวิจัย

2.1.1 พุทธบูรณาการพระพุทธศาสนา

การบูรณาการพระพุทธศาสนากับวิทยาการหรือศาสตร์สมัยใหม่ว่าการศึกษา แบบบูรณาการพระพุทธศาสนากับศาสตร์จึงทำได้ 2 วิธี คือ

วิธีที่ 1 พุทธวิทยา (Buddhology) หมายถึง การปรับศาสตร์เข้าหาพุทธศาสนา คือใช้พระพุทธศาสนาเป็นตัวตั้ง และนำศาสตร์สมัยใหม่มาอธิบายพุทธศาสนาให้ดูทันสมัย และมีเหตุผลเป็นที่ยอมรับได้ง่ายขึ้น

วิธีที่ 2 ธรรมวิทยา (Dhammology) หมายถึง การปรับพระพุทธศาสนาเข้าหาศาสตร์ คือใช้ศาสตร์สมัยใหม่เป็นตั้งและนำหลักศีลธรรมในพระพุทธศาสนาเพิ่มเติมเข้าไปในเนื้อหาของศาสตร์สมัยใหม่ทั้งนี้เพราะศาสตร์สมัยใหม่มุ่งแสวงหาความจริงโดยไม่สนใจศีลธรรมการนำหลักศีลธรรมในพระพุทธศาสนาเพิ่มเติมให้กับศาสตร์เหล่านั้นย่อมจะส่งผลให้เกิดองค์รวมที่สมบูรณ์

พุทธบูรณาการ (Buddhist integration) มาจากคำว่า “พุทธ” และ “บูรณาการ” รวมกัน “พุทธ” แปลว่ารู้ หรือรู้แจ้ง หมายถึง พระพุทธศาสนาสอน “บูรณาการ” เป็นการเอาส่วนประกอบต่างๆ เข้าด้วยกันแล้วให้กลายเป็นองค์รวมมีอาจแบ่งแยกได้ คือ จะต้องได้อะไรใหม่ๆ สิ่งใหม่ๆ ซึ่งก็รวมในคำว่า “นวัตกรรม” เป็นเป้าหมายของบูรณาการ “พุทธบูรณาการ” คือการบูรณาการองค์ประกอบภายในของศาสนาพุทธ และพุทธบูรณาการแบบเติมเต็ม คือ การบูรณาการองค์ประกอบของพระพุทธศาสนา เป็นหลักกับศาสตร์ต่างๆ นอกศาสนาพุทธอีกด้วย ซึ่งพระพุทธศาสนามีจุดหมายสูงสุดคือ จัดการความขัดแย้งภายในจิตใจของตนเองให้หมดสิ้นไป หรือดับทุกข์ที่เรียกว่า วิมุตติ หรือ นิพาน หรือสันติโดยพุทธวิธี

คณิต ดวงหส์ดี และพระมหามิตร ฐิตปัญโญ (2564) กล่าวว่า การบูรณาการหลักภavana 4 เพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหลักพระพุทธศาสนา เน้นการสร้างสุขภาพหรือภาวะที่เป็นสุขแบบองค์รวมไว้กับระบบของชีวิต 4 ด้านคือ ทางกาย ทางสังคมทางจิตและทางปัญญาโดยเน้นภาพ

พัฒนาจากธรรมชาติภายในชีวิตคือพัฒนาจิตให้เกิด ปัญญาอันส่งผลต่อชีวิต ซึ่งเป็นไปโดยเกี่ยวข้องกับธรรมชาติภายนอกทั้งทางกายและสังคม

การพัฒนากาย (กายภาวนา) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพหรือทางวัตถุปฏิบัติได้ด้วยการฝึกฝนพฤติกรรมการใช้อินทรีย์ ตู ฟัง รับประทาน อย่างมีสติ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ปัญญาเจริญงอกงาม มีชีวิตที่ดั่งาม มีคุณค่า มีสุขภาพดี รู้จักปัญญาในการดำเนินชีวิต

การพัฒนาศีล (ศีลภาวนา) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม ปฏิบัติได้ด้วยการทำศีล 5 หรือศีล 8 มาฝึกพฤติกรรมให้ถูกต้อง เหมาะสมกับครอบครัว ชุมชน สังคม ตามระเบียบกฎกติกา และกฎหมาย หรือไม่ให้เบียดเบียน ไม่สร้างความเดือดร้อนให้แก่ตนเอง สังคม สิ่งแวดล้อม ไม่ทำลายคุณค่าและคุณภาพชีวิต

การพัฒนาจิต (จิตภาวนา) หมายถึง การฝึกอบรมจิตใจให้เข้มแข็งมั่นคงเจริญงอกงามด้วย คุณ ภาวทั้งหลาย ควบคุมจิตด้วยการเจริญสมณะและวิปัสสนา เพื่อให้จิตมีคุณภาพที่ดี คือ พรหม วิหารธรรม มีความสุภาพ อ่อนโยน ซื่อสัตย์ กตัญญู ละอายต่อการทำชั่ว เกรงกลัวต่อบาป จิตมี สมรรถภาพที่ดี คือ จิตมีความเข้มแข็ง มั่นคง มีความเพียรพยายาม มีสติ รู้จักยับยั้งชั่งใจและจิตมี สุขภาพดี คือ มีความสงบเย็น สดชื่นผ่องใส ร่าเริงเบิกบานใจ มองโลกในแง่ดี มีแรงบันดาลใจในการ เรียนรู้ โดยสามารถนำหลักกว้างๆ มาเป็นแนวทางในการฝึกอบรมด้านสมาธิ

การประยุกต์พุทธบูรณาการในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรรวม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ และด้านความรู้ความคิดที่เรียกว่า ปัญญา ในด้านพฤติกรรมอันเป็นการ กระทำของคน ทั้งที่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมตามที่มองเห็นและไม่แสดงออกภายนอก ได้ซึ่งทาง พุทธศาสนา ประกอบด้วยกายกรรมวจีกรรมและมโนกรรมโดยมนุษย์ที่มีทุนด้านนี้ถือว่าเป็นทรัพยากร มนุษย์ที่มีทักษะ และมีศีลในการควบคุมพฤติกรรม การประยุกต์พุทธบูรณาการในการพัฒนาด้าน ทักษะ พฤติกรรมของทรัพยากรมนุษย์ จะก่อให้เกิดการแสดงออก มีการเคารพกติกาสังคมและองค์กร มีระเบียบวินัย การมีทัศนคติที่เหมาะสมกับปทัสถานของสังคมและองค์กรที่ตนเป็นสมาชิก ในด้าน จิตใจเป็นการพัฒนาจิตใจสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานมีสมาธิในการปฏิบัติหน้าที่ให้สำเร็จลุล่วง ด้วยการสร้างความผูกพันในองค์กร มีบรรยากาศในการปฏิบัติงานแบบพี่แบบน้อง ความร่วมมือ ร่วมใจ มีการประสานงานอย่างราบรื่น เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การทำงานเป็นทีม มีความเคารพอาวูโส ด้านความรู้ความคิดที่เรียกว่า ปัญญา มีความสามารถในการคิดแยกแยะ คิดเชื่อมโยงแบบมีเหตุผล ไตร่ตรองอย่างรอบคอบ สามารถมองเห็นความเป็นจริง ด้วยความเป็นจริง ก่อให้เกิดความรู้ความ เข้าใจในงานที่ตนทำเป็นอย่างดีส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีมีผลงานที่มีประสิทธิภาพ การประยุกต์พุทธ บูรณาการในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จะก่อให้เกิดทรัพยากรมนุษย์ที่เปี่ยมไปด้วยศีล สมาธิปัญญา และมีความรู้ทักษะความเชี่ยวชาญสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคม และองค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ ตลอดเวลาและสร้างสรรค์ผลงานที่ดี สร้างองค์กรที่มีคุณภาพและพัฒนาสังคมแบบยั่งยืน

การบูรณาการหลักตามแนวพุทธศาสนา กับการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างกรดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชน ซึ่งหลักพุทธธรรม ได้แก่ การภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนา และปัญญาภาวนา เป็นแนวคิด

หรือหลักปฏิบัติที่เชื่อมโยงวิธีการดำเนินชีวิตที่ดีงาม และถูกต้องตามกฎหมาย นำมาซึ่งประโยชน์สุข อันเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต

ด้านกายภาพ

1. สุขสบาย (Health) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่วมีกำลัง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียงไม่มีอุปถัมภ์ หรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่เสริมสุขภาพไม่ติดสิ่งเสพติด

2. สุขสนุก (Recreation) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนานกับการทำกิจกรรม ที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมเหล่านี้สามารถลดความซึมเศร้า คลายเครียด และความวิตกกังวลได้

ด้านศีลภาพ

3. สุขสง่า (Integrity) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองการยอมรับนับถือตนเองให้โอกาสตนเองได้เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อ แบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

ด้านจิตภาพ

4. สุขสว่าง (Cognition) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผนและการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบองค์รวม (ปกิจจสมบูรณ์) รวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งของต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านปัญญาภาพ

5. สุขสบาย (Peacefulness) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการรับรู้ – เข้าใจ ความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถคิดอย่างมีเหตุผล กับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัว ยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ได้นำแนวคิดเรื่ององค์กรแห่งความสุขเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาสุขภาวะของพนักงาน แต่ผลการสำรวจพบว่า (1) พนักงานยังขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน (2) พนักงานบางส่วนยังมีปัญหาเรื่องสุขภาพทางจิตใจที่เกิดจากความพึงพอใจในการใช้ชีวิต (3) ความพร้อมของร่างกาย เช่น ยังคงมีปัญหาเรื่องความเครียด อ่อนเพลีย และการพักผ่อนไม่เพียงพอ (4) พนักงานบางส่วนยังไม่เข้าใจเรื่องหลักธรรมเพื่อส่งเสริมให้ทำงานอย่างมีความสุขได้อย่างไร้รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะเชิงพุทธบูรณาการของพนักงานบริษัทฯ คือ (MW Life Balance) หมายถึง คุณภาพแห่งชีวิต ด้วยสติและปัญญา

M = Mindfulness คือ มีสติ หมายถึง สุขภาวะทางด้านร่างกายและสุขภาวะทางด้านจิตใจ ที่ต้องมีสติในการพิจารณาการบริโภคอาหารด้วยหลักโภชนาการและสติในการดำเนินชีวิต ได้อย่างประเสริฐครบหลัก พรหมวิหาร 4

W = Wisdom คือ การมีปัญญา หมายถึง สุขภาวะทางด้านสังคม และสุขภาวะทางด้านปัญญาที่ต้องมีปัญญาในการดำรงชีวิตในสังคม หลักนาถกรรมธรรม 10 ธรรมอันเป็นการสร้างที่พึงคุณธรรม อันทำให้เป็นที่พึ่งของตน และมีปัญญาการทำงานครบหลัก พละ 5 คือ สร้างพลังแห่งความเข้มแข็ง มั่นคงปราศจากความเกียจคร้านและความไม่ประมาทในการทำกิจการงานรวมทั้งต้องมีการ

ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานด้วยศาสตร์สมัยใหม่ NLP (Neuro Linguistic Programming) เป็นศาสตร์เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อประสบผลสำเร็จในชีวิต NLP เชื่อว่าปัญหาเกี่ยวกับสภาพอารมณ์ของคนเกิดจากการทำงานของระบบประสาทและจิตใจที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของชีวิต ซึ่งรูปแบบดุลยภาพแห่งชีวิต ด้วยสติ และปัญญานี้ จึงต้องมีความสมดุลทั้งชีวิตการทำงาน ชีวิตส่วนตัวชีวิตในสังคม ชีวิตครอบครัว และสุขภาพที่ดีด้วย

อัจฉราวรรณ กันจินะ (2562) กล่าวถึง หลักพุทธธรรมที่ผู้เกษียณอายุราชการนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตมากที่สุด 6 อันดับแรก ได้แก่ 1) หลักเบญจศีล หรือ ศีล 5 2) หลักสันโดษ 3) หลักอริยะสัจ 4 4) หลักพรหมวิหาร 4 5) หลักโลกธรรม 8 และ 6) หลักไตรลักษณ์

หลักพุทธธรรมที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ผลกระทบจากการเกษียณอายุราชการ

1) ด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ หลักไตรลักษณ์เพื่อยอมรับความไม่เที่ยงของชีวิต และใช้ จังกมสูตร ปฐมอนายุสสาสูตร เพื่อดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

2) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ หลักทฤษฎีธัมมิกัตถประโยชน์ กามโมคิสุข และหลักสันโดษตาม แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อให้การดำรงชีวิตได้อย่างไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น

3) ด้านสังคมและจิตใจ ได้แก่ หลักโลกธรรม 8 เพื่อให้ไม่หวั่นไหวไปตามอารมณ์ต่างๆ ที่มากระทบ

แนวทางการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้เกษียณอายุราชการ ได้แก่ Do not Leave Model อย่างละทั้ง 5 ข้อดังนี้

L = Let Oneself on (การปล่อยวาง)

Do not Leave for Letting Oneself on อย่างละทั้งการปล่อยวาง อย่ายึดติดกับลาภยศ สรรเสริญ ชีวิตย่อมมีการเปลี่ยนแปลง และจงมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน

E = Excellent Health (การมีสุขภาพที่ดีเยี่ยม)

Do not Leave Excellent Health. ต้องออกกำลังกาย ทานอาหารที่มีประโยชน์นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

A = Activity (การมีกิจกรรม)

Do not Leave Activity ต้องมีกิจกรรมในสังคมเพื่อสร้างความกระตือรือร้นในจิตใจ

V = Virtue (คุณงามความดีความมีศีลธรรม)

Do not Leave Activity Virtue ควรหาโอกาสศึกษาธรรมะเพื่อจิตใจที่สงบสุข

2.1.2 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามแนวพุทธศาสนา

พระพุทธศาสนาให้มนุษย์เป็นศูนย์กลางในการพัฒนาสิ่งทั้งหลาย กล่าวคือ มนุษย์ ต้องเป็นผู้กระทำด้วยการฝึกอบรมให้เกิดคุณสมบัติภายในตนซึ่งได้แก่ คุณสมบัติทางกาย ทางศีล ทางจิต ทางปัญญา ที่ส่งผลไปสู่ภายนอกตน เป็นความสัมพันธ์กับมนุษย์และวัตถุ ธรรมชาติสิ่งแวดล้อม ซึ่งแสดงออกผ่านพฤติกรรมทางกายและวาจา ดังนั้น มนุษย์จึงเป็น ผู้กระทำ หรือผู้สร้างให้เกิดมีคุณสมบัติ ทั้งยังเป็นผู้พัฒนา ผู้เผยแผ่ถ่ายทอดคุณสมบัติที่ตนทำ ให้มีให้เป็นนั้นไปสู่ภายนอกแม้ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เอง หลักธรรมทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ควรพิจารณานั้น ได้แก่ หลักด้านการวางแผน เพื่อการคัดเลือกบุคคลสู่การพัฒนา หลักธรรมภาวะผู้นำการพัฒนา กระบวนการพัฒนา การประเมินผล การพัฒนา

การพัฒนา บุคคลตามแนวพุทธนั้นตั้งอยู่บนหลักภาวนา 3 คือ กายภาวนา จิตภาวนา ปัญญาภาวนา ซึ่งบุคคล สามารถปฏิบัติตามหลักธรรมนี้ เพื่อจะก่อให้เกิดประโยชน์ 3 ประการ คือ

1) ทำให้บุคคลเป็นคนดีของสังคม เป็นผู้ที่มีระเบียบวินัย เคารพกฎหมาย แต่อยู่ในกรอบวัฒนธรรมประเพณีที่ดำรงของสังคม พระพุทธเจ้าสอนให้บุคคลงดเว้นกายทุจริต วาจาทุจริต และประพฤติดังกายสุจริต วาจาสุจริต อันเป็นไปตามหลักของศีล เรียกว่า กายภาวนา กายภาวนานี้เป็นวิธีการพัฒนาบุคคลด้านพฤติกรรมที่แสดงออก ทางกายและวาจา เรื่องที่เกี่ยวข้องกับสังคม ให้บุคคลแสดงออกเฉพาะพฤติกรรมในด้านดีเท่านั้น

2) ทำให้บุคคลมีจิตใจ และอารมณ์มั่นคง เป็นผู้มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่คนอื่นเป็นคนที่เห็น ประโยชน์ส่วนรวม พระพุทธเจ้าสอนให้บุคคลงดเว้นความโลภ ความพยาบาท แล้วให้ประพฤติดมโน สุจริต ไม่มีความโลภ ไม่มีความพยาบาท หรือมีจิตใจเสียสละ และยินดีให้อภัยตามมโนสุจริต เป็นการ พัฒนาจิตใจตามหลักของสมาธิที่เรียกว่าจิตภาวนา

3) ทำให้บุคคลได้รู้ และเข้าใจในสิ่งต่างๆ อย่าง ถูกต้องตามความเป็นจริงเป็นสัมมาทิฐิ ละมโนทุจริต ปฏิบัติตามมโนสุจริต เป็นการพัฒนาศักยภาพหลักปัญญา เรียกว่า ปัญญาภาวนา การปฏิบัติข้อนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพให้เข้าใจชีวิตอย่างแจ่มแจ้ง จนถึงสัมมาญาณและบรรลุมรรคภูมิ (ความหลุดพ้นจากกิเลสได้อย่างสิ้นเชิง) ซึ่งถือเป็นปัญญา ภาวนาเช่นกัน

หลักการที่ว่ามนุษย์จะอยู่ด้วยดี ต้องมีระบบชีวิตที่สมดุล (Balanced System) ต้องมองสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่เป็นเรื่องของส่วนประกอบเข้ามาประชุมกันเป็นระบบ โดยเฉพาะการดำรงอยู่ของมนุษย์นี้เป็นระบบ องค์ประกอบทั้งหลายจะต้องประสาน กลมกลืนกันอย่างมีดุลยภาพ มนุษย์จะอยู่ดีได้มิใช่ด้วยการเอาแต่ตัวเอง แต่ต้องอยู่ร่วมในระบบ ในระบบแห่งการดำรงอยู่ของมนุษย์นั้น จะต้องมองให้ครบถ้วน ว่ามีองค์ประกอบอะไรร่วมอยู่ด้วยบ้าง จึงต้องแยกแยะออกมาดู เป็นการแยกเพื่อประโยชน์ในการประสาน ไม่ใช่แยกเพื่อ แยกแยะเอาชนะหรือทำลาย ได้มีการแยกออกมาให้เห็น องค์ประกอบว่า ในการที่มนุษย์จะอยู่ด้วยดีนั้นระบบการ ดำรงอยู่มีองค์ประกอบอะไรบ้างที่จะต้องประสานกลมกลืนกัน ก็เห็นว่าต้องมี 1) ตัวมนุษย์เอง 2) สังคม และ 3) ธรรมชาติแวดล้อม หรือระบบนิเวศ

มนุษย์จะดำรงอยู่ด้วยดี องค์ประกอบสามอย่างนี้จะต้องเป็นไปด้วยดี ไปด้วยกันได้ ประสาน กลมกลืน เกื้อกูลและสมดุลกันแม้แต่ว่าตัวของมนุษย์เองคือชีวิตนี้ ก็แยกได้ว่ามีกายกับใจ องค์ประกอบ ทั้งสอง คือร่างกายกับจิตใจนี้ ก็ต้องประสานสอดคล้องกลมกลืนและเกื้อกูลกันทั้งหมดนี้คือระบบการ ดำรงอยู่ด้วยดีของมนุษย์ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบสาม คือ ชีวิต หรือตัวมนุษย์เอง ซึ่งประกอบด้วยกาย กับใจแล้วก็สังคม และธรรมชาติแวดล้อม มนุษย์จะพัฒนาอะไร ก็ตาม จะต้องให้องค์ประกอบสาม อย่างนี้ไม่กระทบกระเทือนในทางเสียหายต่อกัน

การพัฒนาตามความหมายของพุทธศาสนา ก็คือ ภาวนา (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์, 2546) หมายถึง การทำให้เป็นให้มีขึ้น การฝึกอบรม การพัฒนา ซึ่งมีการพัฒนา 4 ประการ ประกอบด้วย

1) กายภาวนา คือ การเจริญกาย, พัฒนากาย, การฝึกอบรมกาย ให้รู้จักติดต่อกันเกี่ยวข้องกับสิ่งทั้งหลายภายนอกทางอินทรีย์ทั้งห้าด้วยดี และปฏิบัติต่อสิ่งเหล่านั้นในทางที่เป็นคุณ มิให้เกิดโทษ ให้กุศลธรรมงอกงามให้อกุศลธรรมเสื่อมสูญ, การพัฒนาความสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

2) สีสถาวนา คือ การเจริญศีล, พัฒนาความประพฤติ, การฝึกอบรมศีลให้ตั้งอยู่ในระเบียบวินัยไม่เบียดเบียนหรือก่อความเดือดร้อนเสียหาย อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยดี เกื้อกูลแก่กัน

3) จิตถาวนา คือ การทำจิตให้เจริญ หรือจะเรียกว่า สมาธิถาวนา คือใช้สมาธิทำให้เกิดคุณค่าต่างๆ จะเรียกว่าจิตตถาวนาก็ได้ เพราะว่ามันต้องทำด้วยจิตที่เจริญ เพราะทุกอย่างนั้นต้องทำด้วยจิตที่เป็นสมาธิ

4) ปัญญาถาวนา คือ การเจริญปัญญา, พัฒนาปัญญา, การฝึกอบรมปัญญาให้รู้ เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริงรู้เท่าทันเห็นโลกและชีวิตตามสภาวะ สามารถทำจิตใจให้เป็นอิสระทำตนให้บริสุทธิ์จากกิเลสและปลดปล่อยจากความทุกข์ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยปัญญา (ฉาน ตรรกวิจารณ์, 2550)

สรุปว่า ทรัพยากรมนุษย์ตามทัศนะพุทธศาสนา จึงหมายถึง การมองมนุษย์ในฐานะ ที่มีชีวิตที่มีรูปนามเหมือนกันทุกคน คือ ชั้น 5 ได้แก่ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ และในฐานะเป็นสัตว์ที่สามารถฝึกฝนได้ด้วยการพัฒนาทางกาย จิตใจ ปัญญา จนสามารถพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพมีคุณสมบัติความสามารถที่จะกระทำกิจต่างๆ ได้ด้วยดี ถูกต้องดีงามในการดำรงชีวิตแล้วยังมีชีวิตที่เกื้อกูล เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม รวมถึงมีความสัมพันธ์ที่ดีงามกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อม มีความสุขจนสามารถพัฒนาถึงจุดสูงสุดทางพุทธศาสนา ได้แก่ นิพพาน

2.1.3 หลักธรรมเพื่อเตรียมพร้อมสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

มนุษย์ที่จะชื่อว่า ฝึก ศึกษา หรือพัฒนาตน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนผู้เป็นสมาชิกใหม่ของมนุษยชาติ ซึ่งมีคุณสมบัติที่เป็นต้นทุน 7 ประการที่เรียกว่า แสงเงินแสงทองของชีวิต ที่ดีงาม หรือ รุ่งอรุณของการศึกษา (บุพพนิมิต) ซึ่งเป็นหลักประกันของชีวิตที่จะพัฒนาสู่ความเป็นมนุษย์ที่ สมบูรณ์ ผู้เป็นสัตว์ประเสริฐอย่างแท้จริง ดังนี้ (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต), 2546)

1) กัลยาณมิตตตา (มีกัลยาณมิตร) แสวงหาแหล่งปัญญาและแบบอย่างที่ดี คืออยู่ร่วมหรือใกล้ชิดกัลยาณชน เริ่มต้นแต่มีพ่อแม่เป็นกัลยาณมิตรในครอบครัว รู้จักคบคน และเข้าร่วม สังคมกับกัลยาณชนที่จะมีอิทธิพลชักนำและชักชวนกันให้เจริญงอกงามในการพัฒนา พฤติกรรม จิตใจ และปัญญา โดยเฉพาะให้เรียนรู้และพัฒนากการสื่อสารสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ด้วยเมตตา มีศรัทธาที่จะดำเนินตามแบบอย่างที่ดีและรู้จักให้ปัจจัยภายนอก ทั้งที่เป็นบุคคล หนังสือ และเครื่องมือสื่อสารทั้งหลาย ให้เป็นประโยชน์ในการแสวงหาความรู้และความดีงาม เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาชีวิต แก้ปัญหาและทำการสร้างสรรค์

2) สีสัมปทา (ทำศีลให้ถึงพร้อม) มีวินัยเป็นฐานของการพัฒนาชีวิต คือ รู้จักจัดระเบียบความเป็นอยู่กิจกรรมกิจการและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อโอกาสแก่การพัฒนาชีวิต อย่างน้อย มีศีลขั้นพื้นฐาน คือมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม ด้วยการอยู่ร่วมกับเพื่อนมนุษย์อย่างเกื้อกูลไม่เบียดเบียนกัน และในความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางวัตถุ ด้วยการกินใช้ปัจจัย 4 ตลอดจนอุปกรณ์เทคโนโลยีทั้งหลาย ในทางที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต เกื้อหนุนการศึกษา การสร้างสรรค์ และระบบคุณธรรมสัมพันธ์ของธรรมชาติ

3) ฉันทสัมปทา (ทำฉันทะให้ถึงพร้อม) มีจิตใจใฝ่รู้ใฝ่สร้างสรรค์ คือ เป็นผู้ใฝ่พลังแห่งความใฝ่รู้ ใฝ่ทำ ใฝ่สร้างสรรค์ ใฝ่สัมฤทธิ์ ใฝ่ความเป็นเลิศอยากช่วยทำทุกสิ่งทุกคนที่ตนประสบเกี่ยวข้อง ให้เข้าถึงภาวะที่ดีงาม ไม่หลงติดอยู่แค่คิดจะได้จะเอาและหาความสุขจาก

การเสพบริโภคที่ทำให้จม อยู่ได้วังวนแห่งความมัวเมาและการแย่งชิง แต่รู้จักใช้อินทรีย์ มีตาที่ดู หูที่ฟัง เป็นต้น ในการเรียนรู้ หาความสุขจากการศึกษาและมีความสุขจากการทำสิ่งดีงามด้วย การใช้สมองและมือในการสร้างสรรค์

4) อัตตสัมปทา (ทำตนให้ถึงพร้อม) มุ่งมั่นฝึกตนจนเต็มสุดภาวะที่ความเป็นคนจะให้ถึงได้ คือ ระลึกอยู่เสมอถึงความจริงแท้แห่งธรรมชาติของมนุษย์ผู้เป็นสัตว์ที่ฝึกได้และต้องฝึก ซึ่งเมื่อฝึกแล้ว จะประเสริฐเลิศสูงสุดแล้วตั้งใจฝึกตนจนมองเห็นความยากลำบากอุปสรรคและปัญหาเป็นจุดเงาที่ทดสอบและพัฒนาสติปัญญาความสามารถ มีจิตสำนึกในการพัฒนาตนยิ่งขึ้น จนเต็มสุดแห่งศักยภาพ ด้วยการพัฒนาที่พร้อม ทุกด้าน ทั้งพฤติกรรม จิตใจ และปัญญา

5) ทิณฐิสัมปทา (ทำทิณฐิให้ถึงพร้อม) ถือหลักเหตุปัจจัยมองอะไรๆ ตามเหตุและผล คือ ตั้งอยู่ในหลักความคิดความเชื่อถือที่ต้งามมีเหตุผลอย่างน้อยถือนหลักเหตุปัจจัยที่จะนำไปสู่การ พิจารณาไตร่ตรองสืบสวนค้นคว้าเป็นทางเจริญปัญญาและเชื่อการกระทำว่าเป็นอำนาจใหญ่สุดที่ บันดาลชะตากรรมกับทั้งมีพฤติกรรมและจิตใจที่อยู่ในอำนาจเหตุผล แม้จะเฝ่ทำให้สำเร็จและและดี งามสูงสุด ก็รู้เท่าทันความเป็นไปได้ภายในขอบเขตของเหตุปัจจัยที่มีและที่ทำ ถึงสำเร็จก็ไม่หลงลอย ถึงพลาดก็ไม่ห่อหอยง ตรงจิตผ่องใสเป็นอิสระได้ ไม่วุ่นวายไวยวายเอาแต่ใจตนตลอด จนไม่ปล่อยตัว เลื่อนไหลไปตามกระแสค่านิยม

6) อัปปมาทสัมปทา (ทำความไม่ประมาทให้ถึงพร้อม) ตั้งตนอยู่ในความไม่ประมาท คือ มีจิตสำนึก ในความไม่เที่ยง มองเห็นตระหนักถึงความไม่คงที่ ไม่คงทน และไม่คงตัว ทั้งของชีวิตและ สิ่งทั้งหลายรอบตัว ซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ตามเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา ทำให้นั่นนอน ใจอยู่ไม่ได้และมองเห็นคุณค่าความสำคัญของการเวลาแล้ว กระตือรือร้นขวนขวายเร่งศึกษาและ ป้องกันแก้ไขเหตุปัจจัยของความเสื่อมและเสริมสร้างเหตุปัจจัยของความเจริญองงาม โดยใช้เวลาทั้ง คินวันที่ผ่านไปให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

7) โยนิโสมนสิการสัมปทา (ทำโยนิโสมนสิการให้ถึงพร้อม) ฉลาดคิดแยกคายให้ได้ ประโยชน์ และความจริง คือ รู้จักคิด รู้จักพิจารณา มองเป็น คิดเป็น เห็นสิ่งทั้งหลายตามที่มัน เป็นไปในระบบ ความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัย โดยใช้ปัญญาพิจารณาสอบสวนสืบค้นวิเคราะห์วิจัย ไม่ว่าจะทำเพื่อให้เห็น ความจริง หรือเพื่อให้เห็นแง่ด้านที่จะใช้ให้เป็นประโยชน์กับทั้งสามารถแก้ไขปัญหา และจัดทำดำเนินการต่างๆ ให้สำเร็จได้ด้วยวิธีการแห่งปัญญาที่จะทำให้พึ่งตนเองและ เป็นที่พึ่งของคนอื่นได้ หลักคุณสมบัติที่เป็นต้นทุนสำหรับการพัฒนาตนเอง 7 ประการนั้น เพื่อให้มี ความพร้อมสู่การพัฒนาที่ถูกต้อง มีศักยภาพที่ดีเกิดคุณประโยชน์แก่ตนเป็นสิ่งที่ สำคัญสำหรับผู้ ที่ต้องการพัฒนาตนเองหรือผู้รับการพัฒนา จะต้องรู้จักเลือกสรรสิ่งที่ต้งามและ ให้เกิดมีในตนอันจะเป็น หลักประกันของชีวิตที่จะทำให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ได้และ นอกจากนี้ ยังมีหลักที่จะช่วยให้รู้จัก เลือกสรรในทางที่ทรัพยากรมนุษย์มีความถนัดตามจริต หรือลักษณะนิสัย ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนา ได้ตรงตามความสนใจและความก้าวหน้าอย่างรวมเร็วต่อการพัฒนา

ทรัพยากรมนุษย์ อันได้แก่ หลักจิต 6 ประการ คือ (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), พุทธธรรม, 2538) 1) รากจิต ผู้มีรากจะเป็นความประพฤติกติ มีลักษณะนิสัย หนักไปในทางราก ประพฤติหนักไปทางรักสวรั้งาม ละมุนละไม ควรใช้กรรมฐานคู่ปรับคือ อสุภะ (และกายคตาสติ) 2) โทสจิต ผู้มีโทสจะเป็นความประพฤติกติ มีลักษณะนิสัยหนักไปในทางโทส ประพฤติหนักไป

ในทางใจร้อนหงุดหงิดรุนแรง grunnฐานที่เหมาะสมคือ เมตตา (รวมถึงพรหมวิหารข้ออื่นๆ และกลืน โดยเฉพาะวรรณกสิน) 3) โมหจริต ผู้มีโมหะเป็นความประพฤติปกติ มีลักษณะนิสัย หนักไปทางโมหะ ประพฤติหนักไปทางเขลา เหาซึม เงื่องงง งมงาย ใครว่าอย่างไรก็คอยเห็นคล้อย ตามไปฟัง แก้วด้วยมีการเรียน ไต่ถาม ฟังธรรม สนทนาธรรมตามกาล หรืออยู่กับครู (grunnฐานที่ เกื้อกูลคือ อานาปานสติ 4) สัทธาจริต ผู้มีศรัทธาเป็นความประพฤติปกติ มีลักษณะนิสัยมากด้วย ศรัทธา ประพฤติหนักไปทางมีจิตซาบซึ้ง ชื่นบาน น้อมใจ เลื่อมใสโดยง่าย ฟังชักนำไปในสิ่งที่ควรแก่ ความเลื่อมใส และความเชื่อที่มีเหตุผล เช่น ระลึกถึงคุณพระรัตนตรัย และศีลของตน 5) พุทธจริต หรือญาณจริต ผู้มีความรู้เป็นความประพฤติปกติ มีลักษณะนิสัยความประพฤติหนักไปทางใช้ ความคิดพิจารณา และมองไปตามความจริง ฟังส่งเสริมด้วยแนะนำให้ใช้ความคิดพิจารณา สภาวธรรมและสิ่งดีงามที่ให้เจริญปัญญา เช่น พิจารณาไตรลักษณ์ เป็นต้น 6) วิตกจริต ผู้มีวิตกเป็น ความประพฤติปกติ มีลักษณะนิสัยความประพฤติหนักไป ทางชอบครุ่นคิดทวน นึกคิดจับจุดฟังชาน ฟังแก้ด้วยสิ่งที่สะกิดอารมณ์ เช่น เจริญอานาปานสติ หรือเพ่งกลืน เป็นต้น

เนื่องจากพระธรรมที่พระพุทธองค์ทรงบรรลุนั้นมีความละเอียดอ่อน สุขุม คัมภีร์ภาพยากต่อ บุคคลจะรู้เข้าใจและปฏิบัติตามได้ เมื่อทรงพิจารณาอย่างลึกซึ้ง ทรงเห็นว่า คนในโลกมีหลายจำพวก พวกสอนได้ ผู้มีธุรีในจักขุน้อย ถ้าไม่ได้ฟังธรรมอาจเสื่อมจากคุณวิเศษได้ จึงทรงเปรียบเทียบอุปนิสัยของคนเสมือนบัว 4 เหล่า แล้วจึงทรงดำริที่จะแสดงธรรมแก่ชาวโลกตามความเหมาะสมแห่ง สติปัญญาต่อไป

หลักการพิจารณาตามหลักบัว 4 เหล่า (อง. จตุกก. (ไทย) 21/133/22) (สังเกตจากการศึกษา การปฏิบัติตาม และ สติปัญญา) "ภิกษุทั้งหลาย บุคคล 4 จำพวกนี้มีปรากฏอยู่ในโลก คือ 1) อุคฆฏิตัญญ คือผู้เข้าใจได้ ฉับพลัน 2) วิปจิตัญญ คือผู้เข้าใจต่อเมื่อขยายความ 3) เนยยะ คือผู้ที่พอจะแนะนำได้ และ 4) ปทปรมะ คือผู้ที่สอนให้รู้ได้เพียงตัวบทคือพยัญชนะภิกษุทั้งหลาย บุคคล 4 จำพวกนี้แลมีปรากฏ อยู่ในโลก"

1) อุคฆฏิตัญญ คือ ผู้เข้าใจได้เร็วพลัน เพียงท่ายกหัวข้อธรรมขึ้นแสดงก็ตรัสรู้ได้เปรียบเหมือนดอกบัวที่โผล่พ้นน้ำแล้ว พอถูกแสงอาทิตย์ก็เบ่งบานทันที

2) วิปจิตัญญ คือ ผู้รู้และเข้าใจได้ต่อเมื่อท่านอธิบายขยายเนื้อความจึงรู้แจ้ง เปรียบเทียบเหมือนดอกบัวที่โผล่เสมอผิวน้ำ พร้อมจะบานในวันพรุ่ง

3) เนยยะ คือ ผู้พอแนะนำพร้อมสอนบ่อยๆ ค่อยเข้าใจได้เปรียบเทียบกับเหมือนดอกบัวที่อยู่ใต้น้ำ พร้อมทั้งจะบานในวันต่อไป

4) ปทปรมะ คือ ผู้มีปัญญาด้อย จดจำได้เฉพาะตัวบทธรรมเท่านั้น ไม่สามารถที่จะเข้าใจเห็นแจ้งในธรรม สอนไปก็เพียงให้เป็นอุปนิสัยปัจจัยในภพต่อไป เหมือนดอกบัวที่มีโรค และยังอยู่ใต้โคลนตม ไม่มีโอกาสโผล่ขึ้นพ้นน้ำเพื่อเบ่งบานได้ ยิ่งแต่จะตกเป็นอาหารของปลาและเต่า

การเปรียบเทียบอุปนิสัยของคนเข้ากับดอกบัวสี่เหล่านี้ ถือเป็นแนวทางที่จะทำให้ ผู้พัฒนาทรัพยากรมนุษย์รู้จักเลือกสรรวิธีการพัฒนาให้เหมาะสมกับระดับสติปัญญาและยังจะ ทำให้รู้สึกเข้าใจต่อตัวผู้รับการพัฒนามตามระดับความสามารถทางสติปัญญา ทำให้เกิดการพัฒนาตรงตามความรู้ความเข้าใจของผู้รับการพัฒนา ส่งเสริมฝึกอบรมการพัฒนาได้เป็นอย่างดี

2.1.4 กระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

หลักธรรมที่สามารถนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มีจำนวนมากมาย สามารถนำมาใช้ให้เหมาะกับตำแหน่งหน้าที่ ซึ่งหลักธรรมทางพุทธศาสนาได้จัดไว้เป็นหมวดไว้ดัง จะได้ยกมาเป็นแนวทางดังนี้

1) หลักธรรม สำหรับผู้นำการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

ผู้บริหารจะต้องมีความเก่ง คือรู้จักระดมทรัพยากรบุคคลให้ประสานสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อดำเนินการให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงต้องมีลักษณะเด่น 3 ประการ (พระเมธีธรรมาภรณ์ (ประยูร ธมมจิตโต), คุณลักษณะของผู้บริหาร, 2536) คือ

1. จักขุมา หมายถึง มีสายตาที่ยาวไกล เป็นคนมีปัญญา มองการณ์ไกล สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผน ทั้งฉลาดในการใช้คน ซึ่งกล่าวโดยสรุป นักบริหารจะต้องมีความรู้ 3 ประการ คือ รู้ตน รู้คน และรู้งาน ลักษณะของนักบริหารข้อนี้ตรงกับคำว่า (Conceptual Skill) คือทักษะในการใช้ความคิด

2. วิรูโ หมายถึง จัดการธุระได้ดีเพราะมีความชำนาญเฉพาะด้าน นักบริหารระดับล่างควรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาใดสาขาหนึ่ง เช่น เป็นหัวหน้าฝ่ายธุรการจะต้องมีความรู้ด้านเอกสารงานธุรการเป็นอย่างดี แต่ถ้าเป็นนักบริหารระดับสูง ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอาจไม่จำเป็นนัก เพราะสามารถใช้ผู้เชี่ยวชาญ ช่วยทำงานเฉพาะด้านได้ ลักษณะที่สองนี้ตรงกับคำว่า Technical Skill คือ ทักษะด้านเทคนิค

3. นิสสัยสัมปนโน หมายถึง อาศัยคนอื่นได้ เพราะเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี จึงมีคนยินดีทำงานให้ด้วยความเต็มใจ นักบริหารต้องผูกใจคนไว้ได้ ลักษณะที่สามนี้สำคัญมาก “นกไม่มีขน คนไม่มีเพื่อน ขึ้นอยู่ที่สูงไม่ได้” ข้อนี้ตรงกับคำว่า Human Relation Skill คือ ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ ลักษณะนี้ช่วยให้สั่งงานและมอบหมายงานอย่างมีประสิทธิภาพและ ลดความยุ่งยากในการติดตามผล (นงนุช วงษ์สุวรรณ, การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์, 2552)

สรุปว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามแนวพุทธศาสนาได้แบ่งจุดหมายไว้เป็น 3 ระดับชั้น หรือแบ่งเป็น 2 ระดับใหญ่คือ จุดหมายระดับโลกียะ คือ จุดหมายที่ทำได้โดยการดำเนินชีวิตให้บรรลุประโยชน์ที่เป็นจุดหมายของการมีชีวิตในปัจจุบันและในภายเบื้องหน้า ส่วนอีกหนึ่งจุดหมาย คือ จุดหมายระดับโลกุตตระ คือ จุดหมายสูงสุดหรือประโยชน์อย่างยิ่งในพระพุทธศาสนา ได้แก่ การมีปัญญารู้เท่าทันความจริง เข้าถึงธรรมชาติของโลกและชีวิต อันทำให้จิตใจเป็นอิสระพ้นจากเครื่องเศร้าหมอง ความขุ่นมัวของจิตทั้งปวง มีความสุขอย่างแท้จริงอันเป็น วิมุตติธรรม นิพพาน ซึ่งจุดหมายในระดับนี้ มนุษย์ก็สามารถกระทำให้เกิดขึ้นได้ ให้บรรลุถึงจุดหมาย สูงสุดนี้ได้โดยการพัฒนาตามหลักทางพุทธศาสนา ซึ่งเรียกว่า สิกขา 3 ได้แก่ ศีล สมาธิ ปัญญาและ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามแนวพุทธศาสนา ต้องปฏิบัติให้ครบ 3 ด้าน อันเป็นทางทำให้เกิด ความสมบูรณ์ยั่งยืน ได้แก่ ด้านตนเอง ด้านผู้อื่น และด้านทั้งสองหรือประโยชน์ทั้งสองฝ่าย โดยมีการ พัฒนาไปพร้อมกัน ผู้พัฒนานั้นที่เข้าถึงจุดหมาย 3 ด้านนี้แล้ว ซึ่งถือได้ว่า ได้ทำหน้าที่ประโยชน์โดย สมบูรณ์ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม นอกจากนี้จากกล่าวสรุปได้อีกว่า เป้าหมายการพัฒนาทรัพยากร มนุษย์ตามแนวพุทธนี้ ก็เพื่อจุดหมายอีกอย่างหนึ่ง คือ 1) พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในองค์การให้ทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนองความจำเป็นขององค์การ มีความสามารถในการประกอบสัมมาชีพ 2) นอกจาก

พัฒนาให้เป็นคนเก่งมีความสามารถแล้ว ยังต้องมีศีลธรรม จริยธรรม ทำงานให้ได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพจิตดี เป็นคนดีของสังคมประเทศชาติ และ 3) พัฒนามนุษย์ไปสู่ระดับอุดมคติตาม หลักพุทธธรรม คือ สู่ระดับนิพพาน ซึ่งจะทำให้มนุษย์มีความสุขที่แท้จริงหรือมีสภาพของการดับทุกข์ ได้อย่างสิ้นเชิง เป้าหมายทั้ง 3 ประการนี้ สู่ถึงระดับขั้นตอนของการพัฒนาตามเป้าหมายทางพุทธ ศาสนา ด้วย กล่าวคือ หากมนุษย์หรือองค์กรมีประสิทธิภาพแล้ว แต่ยังขาดเป้าหมายข้อที่สองขาด จริยธรรม ศีลธรรม ก็ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น หรือหากบุคคลหรือองค์กรนั้นมีทั้งข้อที่ 1 และ 2 แล้ว ก็สามารถก้าวสู่การพัฒนาขั้นที่ 3 ต่อไปได้ อย่างไรก็ตามเป้าหมายการพัฒนานั้น จะขึ้นอยู่กับ วิสัยทัศน์ขององค์กร หากองค์กรมีวิสัยทัศน์ต้องการเป็นองค์กรที่มีทรัพยากรมนุษย์ที่มีความรู้ ความสามารถมี ประสิทธิภาพในการทำงานแต่ต้องมีจริยธรรม คุณธรรมด้วย องค์กรที่ว่านี้ก็พัฒนาได้ 2 ระดับ เป้าหมาย ยังไม่พัฒนาไปถึงระดับที่ 3 ก็ได้ เช่น องค์กรที่ เป็นธุรกิจเอกชนหรือองค์กร ภาครัฐ แต่หากเป็นองค์กรทางพุทธศาสนา ก็ต้องมีเป้าหมายสู่ระดับการพัฒนาถึงขั้นสุดท้ายด้วยตาม หลักแห่งพุทธธรรม ผู้ออกแบบได้สละชีวิตก็เพื่อศึกษาธรรม เผยแผ่ธรรม ปฏิบัติตามหลักธรรม ก็หวัง ประโยชน์แห่งการเข้าถึงความหลุดพ้นดับทุกข์ เข้าถึงความสุขอันแท้จริง

2.2 สังคมอุดมคติ: แนวคิด

สังคมอุดมคติตามหลักพุทธปรัชญา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ โลกียะ และโลกุตระเป็น เป้าหมายของชีวิตมนุษย์ที่สืบเนื่องอยู่ในโลกแห่งปรากฏการณ์ สามารถรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัส เป้าหมายชีวิตระดับนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาหากสร้างและทำเป็นชีวิตความอุดมคติที่วางไว้ได้อย่างถูกต้องตามกฎศีลธรรมแล้ว ชีวิตก็จะสมบูรณ์ในระดับหนึ่ง สอนระดับโลกุตระธรรม เป็น เป้าหมายมนุษย์อันอยู่ในสถานะที่พ้นจากโลกไม่สามารถวัดได้ด้วยวัตถุสิ่งของหรือประสาทสัมผัสทั้ง 5 เพราะเป็นขั้นที่หลุดพ้นจากอำนาจกิเลสทั้งปวงเป็นเป้าหมายในระดับปรารถนาความสุขที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานะอื่นใด จุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลมีชีวิตที่ดีช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สามารถอยู่ร่วมกันได้เป็นอย่างดี หลักพุทธธรรมเป็นความเข้าใจที่มาจากการพิจารณาไตร่ตรอง ตลอดจนการ ทดลองปฏิบัติตนเองก่อให้เกิดผลดีหลายประการ คือ

- 1) ทำให้คนดำรงชีวิตอยู่บนรากฐานแห่งสัจจะ หรือความเป็นจริงไม่หลงมกมาย
- 2) การที่ต้องเรียนรู้และทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง จะทำให้คนรู้จักการพึ่งพาตนเอง “อุตตา ทิ อุตตโน นาโต” ตนนั้นแลเป็นที่พึ่งแห่งตน
- 3) เป็นรากฐานแห่งศรัทธาที่มั่นคงคือมีความเชื่อมั่นและความชัดเจนถึงแนวทางการพัฒนาตนเองและสังคมไปสู่ชีวิตที่ลดละความทุกข์ศรัทธาที่มั่นคงก่อให้เกิดความวิริยะอุตสาหะที่จะพัฒนาไป ถึงเป้าหมายว่าไม่ย่อท้อมีความปิติในการภาวนาทำให้คนในสังคมมีความภาคภูมิใจกระตือรือร้นที่จะพัฒนาความดีงามทั้งแก่ตนและสังคมส่วนรวม (พระครูปริยัติสติธำรง, 2563)

วสุทฐา สุพรรณูธิกา (2555) ตัวแบบสังคมอุดมสุขที่ยั่งยืนประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพอนามัยของมนุษย์ 2) สวัสดิการของมนุษย์ 3) ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมกายภาพ และชีวภาพ และ 4) ระบบนิเวศโดยรวม สุขภาพอนามัยของมนุษย์ (Human Health) สามารถแบ่ง สุขภาวะภายนอกได้แก่ สุขภาพทางกาย และสุขภาพทางสังคม สุขภาวะภายในได้แก่ สุขภาวะ ทางจิต

และสุขภาวะทางอารมณ์ 1) สุขภาพทางกาย (Physical Healthy) คือ การมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ พฤติกรรมรักษาสุขภาพ การรับประทานอาหารที่ปลอดภัย ปลอดภัย พิษ การออกกำลังกาย ที่อยู่อาศัยที่ทำงานเหมาะสม

2) สุขภาพทางสังคม (Social Health) การได้รับความเป็นธรรมจากสังคมอย่างเสมอภาค การยอมรับในคุณค่าความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การเข้าถึงการบริการสาธารณะ การอยู่ร่วมกับมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมอย่างเกื้อกูล

3) สุขภาวะทางจิตใจ (Mental Health) ความพึงพอใจในชีวิต และสิ่งที่ตนเองมีอยู่ พร้อมกับมีความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง การพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถควบคุมเอาชนะใจตนเองให้ละความชั่ว (สติ) ทำความดีตามหลักธรรมะ (ศีล) และมีจิตใจที่สงบเป็นสุข (สมาธิ)

4) สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional Health) การมีอารมณ์ ความรู้สึกทางบวก มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองโลกในแง่ดี มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ไม่เครียดไม่กังวล มีความมั่นใจ เวลาเผชิญปัญหา แสวงหาความรู้ใหม่

5) สุขภาพทางปัญญา, จิตวิญญาณ (Intellectual Spiritual Health) รู้เท่าทันสิ่งแวดล้อมต่างๆ มีโลกทัศน์และวิธีที่ถูกต้องเข้าใจธรรมชาติตามที่เป็นจริง ค้นหาทางเลือก และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ปล่อยวางไม่ยึดติด แต่ความสุขเฉพาะตนเอง และรู้จักการเสียสละเพื่อส่วนรวม รวมถึงการมองเห็นคุณค่าของผู้อื่น ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง

จิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา ประกอบด้วย การให้ทาน รักษาศีล การเจริญสติภาวนา การแผ่เมตตา การอธิษฐานจิต สวดมนต์ ทำให้เกิดความเมตตากรุณาเห็นอกเห็นใจเป็นสุขสามารถพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้เป็นผลทำให้สามารถพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง มีพลังใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีความสุข สงบ มีสติ

2.2.1. จิตวิญญาณในพุทธศาสนา

จิต คือ ธรรมชาติที่รู้อารมณ์ หรือธรรมชาติที่ทำหน้าที่ เห็น ได้ยิน รู้กลิ่น รู้รส รู้สึกรู้สีกต่อการสัมผัสถูกต้องทางกาย และรู้สึกนึกคิดทางใจ วิญญาณ เป็นสภาพธรรมอย่างหนึ่ง เป็นนามธรรม แปลตามศัพท์ได้ว่า เป็นสภาพธรรมที่รู้แจ้ง (ซึ่งอารมณ์) จิตวิญญาณจึงแปลว่า สภาพที่รู้แจ้งซึ่งอารมณ์

จิต หมายถึง สิ่งที่เราเรียกว่าอยู่นอกเหนือความคิดเหตุผลตรรกะจิตสามารถเป็นสะพานเชื่อมระหว่างความคิดกับปัญญาญาณ พระพุทธศาสนาจำกัดความคำว่า “จิต” ไปในทางธาตุรู้ หรือธาตุคิด ที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปตามองค์ประกอบหรือคุณภาพต่างๆ ที่เรียกว่า เจตสิก กระบวนการนี้เกิดดับไปตามแต่ที่จิตจะเหนี่ยวสิ่งใดขึ้นมาจับไว้ จิตจึงเป็นความคิดที่เกิดขึ้น ดับๆ ส่วนใหญ่ใช้คู่กับคำว่า “ใจ” แต่คำว่าใจเมื่อประสมกับคำอื่นมักจะบ่งถึงสภาพความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่าจะเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้น เหมือนอย่างคำว่า “จิต” ในทางพระพุทธศาสนาไม่ถือว่าจิตเป็นตัวตนที่แท้จริงแต่ถือว่าเป็นสิ่งที่อาศัยเหตุปัจจัยหลายอย่างทำให้เกิดขึ้นตามกฎแห่งอนัตตาเหมือนต้นไม้ย่อมอาศัยดิน ราก ใบ แสงแดด อากาศ กิ่งทำให้มีตัวต้นขึ้นอิงอาศัยกันและกันเกิดขึ้น (กฎปัจจัยการ) จิตดำรงอยู่ได้ด้วยอิงอาศัยกันของสิ่งที่เรียกว่า ธรรมธาตุ 7 กระบวนการทางจิตตามกฎแห่งปัจจัยสมุปบาทกระบวนการกำเนิดขึ้นของจิตนั้นมีขึ้นตามกลไกมหาปัฏฐาน (ปัจจัย 24.) เหมือนรถยนต์ การที่จะเป็นรถใช้ได้ 1 คัน กลไกต่างๆ ย่อมต้องอยู่ในที่ๆ เหมาะสม หรือเหมือนคอมพิวเตอร์ย่อมอาศัยโปรแกรมหลายๆ โปรแกรมประกอบกันขึ้น มหาปัฏฐาน

เหมือนโปรแกรม (ยกขึ้นเป็นตัวอย่างเท่านั้น) เพียงแต่กระบวนการทางธรรมชาติย่อมใช้เวลาให้กฎแห่งเหตุผลทางธรรมชาติเกี่ยวเนื่องกันสมบูรณ์ตามรูปแบบจิตเหมือนในคัมภีร์มหาปัญฐานจนเหมาะสมที่จะเป็นกระบวนการทางจิตที่ซับซ้อน อันเป็นต้นกำเนิดของจิตอันเป็นบ่อเกิดให้มีการเวียนว่ายตายเกิด

พงษ์เทพ สุธีรุฒ (2545) กล่าวว่า วิญญาณ หมายถึง ธาตุรู้ (วิญญาณธาตุ) และระบบการรับรู้ของจิตหลังจากที่ได้สัมผัสกับ อารมณ์ หรือสิ่งที่มากระทบสัมผัสทางตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ เป็นระบบที่เกิดจากประสาทสัมผัส เช่น เมื่อตาได้สัมผัสกับรูป เกิดการรับรู้ขึ้น การรับรู้ นั่นแหละคือสิ่งที่เรียกว่าวิญญาณ วิญญาณ เป็นขั้นหนึ่ง ในขั้น 5 คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ

จิตวิญญาณ หมายถึง วิวัฒนาการของจิต ซึ่งสามารถวิวัฒนาการไปจนถึงนิพพาน เป็นจิตที่มี ปัญญา การที่จิตจะลงลึกถึงจิตวิญญาณได้ต้องอาศัยปัญญาที่ใช้ในทางดี หรือปัญญา ญาณ บางท่านเห็นว่า จิตวิญญาณที่ดีอาจไม่ต้องอาศัยปัญญาก็ได้ ลักษณะของจิตที่มีปัญญา เป็นจิตใจซึ่งโน้มไปในทางที่เป็นความดีความเป็นสิริมงคล เชื่อว่าจิตวิญญาณเป็นจิตใจซึ่งลดละ ความเห็นแก่ตัวลง จิตใจซึ่งคิดถึง จิตใจที่เปี่ยมด้วยความเมตตา กรุณา อยากให้คนอื่นมีความสุข เป็นธรรมจิต หมายความว่า จิตที่สูงส่ง ดั่งงาม เป็นธรรม เป็น ธรรมชาติอันละเอียด เป็นจิตที่ออกไปในทางดีงาม เป็นจิตแห่งความงาม เห็นความดีและหน้าที่ของจิต

จิตทำหน้าที่เป็น จุดศูนย์รวมแห่งการรับรู้โดยมีระบบประสาทเป็นที่อยู่อาศัยทางเดินของจิต จิตอาจจะคิด ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ขึ้นอยู่กับฐานความรู้ ความคิด หรือสถานการณ์ที่แต่ละคนเผชิญ มันปรุงแต่งไป แล้วแต่มันปรุงแต่งโดยมีเจตสิก คือตัวปรุงแต่งจิต และเป็น ตัวกำหนดคุณภาพของจิตซึ่งแบ่งเป็น กุศลจิต อกุศลจิต และอุเบกขาจิต จิตอยู่เบื้องหลังเป็นตัวกำหนดหรือร่วมกำหนดกับปัญญา ในเรื่องพฤติกรรม บุคลิกภาพของมนุษย์ (จิตปัจเจก) และรูปแบบ ความเชื่อ หรือค่านิยมของสังคม การแบ่งระดับจิตได้ในหลากหลายรูปแบบ แบ่งจิตตามสถานะที่เป็นอยู่ โดย จิตที่ไม่ได้รับการฝึกฝน คือการทำตามสัญชาตญาณ และ จิตที่ได้รับการฝึกฝน คือจิตเหนือสำนึกแบ่งจิตตามประเภทบุคคลโดยเชื่อว่าบุคคลแต่ละประเภทมีชั้นของจิตแตกต่างกัน ได้แก่ จากปุถุชน เป็นภิกษุสงฆ์ เป็นอารยชน เป็นโสดาเป็นสกิทา เป็นอนาคา และสุดท้ายเป็นอรหันต์ หรือการแบ่งจิตเป็น 2 ระดับ คือ ภาวนาจิต และวิถิจิต โดยภาวนาจิตเป็น จิตใต้สำนึก เป็นจิตที่เป็นองค์แห่งภพ คือเป็นต้นเหตุให้เกิดชีวิต เป็นจิตที่เป็นรากฐานของชีวิต แม้ในขณะที่เราหลับ ก็ยังรักษาชีวิตเอาไว้ได้ ส่วนวิถิจิต เป็น จิตขณะที่เรตื่น เช่น ทางตาให้ได้เห็นรูป ทางหูให้ได้ยิน ทางจมูกก็ได้กลิ่น ทางลิ้นให้ได้รู้รสอาหาร ทางร่างกายให้รู้สึกสัมผัส หรือกระทั่งเรื่องราวให้รู้สึกนึกคิดในเรื่อง ต่างๆ ตอนนั้นขั้นสู่วิถี เรียกว่า “วิถิจิต” จิตที่มีปัญญา บางกลุ่มเชื่อว่าการที่จิตจะลงลึกถึงจิตวิญญาณได้ต้องอาศัยปัญญาที่ใช้ ในทางดี หรือปัญญาญาณ ในขณะที่บางท่านเห็นว่า จิตวิญญาณที่ดีอาจไม่ต้องอาศัยปัญญาก็ได้ ลักษณะของจิตที่มีปัญญา ได้แก่ จิตที่หยั่งรู้อย่างกว้างขวางอย่างประณีต ผูกพันกันกับการมีสำนึกต่อ สาธารณะ การที่จะมองเห็นสุขทุกข์ของคนอื่น แต่จิตวิญญาณไม่ได้หมายความว่าต้องทำให้คนอื่นหลุด พันเสมอไปแต่มันเป็นการหยั่งเห็นชัดในเรื่องนั้นๆเป็นจิตของนักปราชญ์ หรือในวิสัยของปราชญ์ แต่คำว่าปราชญ์ไม่ได้หมายความว่าปราดเปรื่องทุกเรื่องอย่างน้อยต้องปรับเปลี่ยนในสิ่งที่ตนเองกำลัง

คิด อยู่ กำลังเผชิญอยู่ จิตวิญญาณ คือ สติปัญญา ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านเชื่อว่าจิตวิญญาณคือสติปัญญา ได้จากการทำงานของสมองซึ่งขวานำซีกซ้ายซึ่งขับเคลื่อนด้วยพลังงานทางอารมณ์รู้สึกนึกคิดด้านบวก

สรุปความว่า จิตวิญญาณ คือ ธรรมชาติที่รู้อารมณ์ หรือธรรมชาติที่ทำหน้าที่ เห็น ได้ยิน รู้ กลิ่น รุส รุส รู้สึกต่อการสัมผัสถูกต้องทางกายพระพุทศศาสนาจำกัดความคำว่า จิต ไปในทางธาตุรู้ หรือธาตุคิด ที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปตามองค์ประกอบหรือคุณภาพต่างๆ จิตทำหน้าที่เป็น จุดศูนย์ รวมแห่งการรับรู้ โดยมีระบบประสาทเป็นที่ย่อยอาศัยทางเดินของจิต จิตอาจจะคิดในเรื่องใด เรื่องหนึ่ง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ขึ้นอยู่กับฐานความรู้ ความคิด หรือสถานการณ์ วิญญาณ หมายถึง ธาตุรู้ (วิญญาณธาตุ) และระบบการรับรู้ของจิตหลังจากที่ได้สัมผัสกับอารมณ์หรือสิ่งที่มากระทบ สัมผัสทางตาหูจมูกลิ้นกายใจเป็นระบบที่เกิดจากประสาทสัมผัสจิตวิญญาณเป็นการเดินทางไปสู่ ศักยภาพ เชื่อว่าจิตวิญญาณเป็นการเดินทางสู่การพัฒนาระดับของจิตวิญญาณ ที่คาบเกี่ยวไปถึง ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ พฤติกรรมได้

2.2.2 ความสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ความสุข ความรู้สึกถึงความต่อเนื่องกลมกลืนระหว่างตนเองของผู้สูงอายุกับผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งนอกเหนือตนเอง บุคคลเหล่านี้มักเป็นผู้ที่มีใบหน้าสดชื่น ยิ้มหัวเราะเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าการมีชีวิตของ ตนเองมีความสุข สงบ เยือกเย็น สมหวัง มีกำลังใจที่เข้มแข็ง มีความพร้อมที่จะเผชิญ หรือ ดำเนิน ชีวิตไปข้างหน้าได้อย่างมั่นใจสามารถแสดงความรักพอใจ หรือชื่นชมในประสบการณ์ของตน และ สิ่งแวดล้อม สามารถจำแนกองค์ประกอบของความสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลัก พระพุทศศาสนา มีดังนี้

1) ความสุข ความสงบที่เกิดจากความดีความไม่เห็นแก่ตัวและมีพรหมวิหาร 4 เป็นภาวะ ที่สิ้นไปของความทุกข์หรือการบีบคั้นทางกาย จิต สังคม และปัญญา เป็นความสุขที่ลึก และยิ่งกว่าสุข อื่นๆ ไม่มีความเห็นแก่ตัว ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความปิติ เป็นต้น

2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต รู้ตื่นและเบิกบานในทุกย่างก้าวและ ทุกขณะที่ทำหน้าที่ รู้เท่าทัน ไม่ประมาทหรือขาดสติ มีสติปัญญาในการเสพ ทั้งทางหู ตา จมูก ลิ้น กาย และใจ ซึ่งการรับอารมณ์อย่างมีสติปัญญาจะทำให้ชีวิตดองงาม งดงาม เป็นการเสพ เพื่อรักษา สุข ภาวะทางกายและจิตวิญญาณให้มีความสุขสมดุล สงบเย็น ภาวะดังกล่าว คือ ความผาสุกทางจิต วิญญาณ ความโลภ ความโกรธ ความหลง เป็นตัวทำลายความรู้พื้นและเบิกบาน ต้องฝึกฝนจิตใจให้ รู้เท่าทัน การเสพโดยไม่มีสติทำให้เกิดการใช้ชีวิตที่เบียดเบียน ทำให้กายเบียดเบียน ใจขาดสติปัญญา นำมาสู่การกระทำที่ก่อให้เกิดความเศร้าหมองทางจิตวิญญาณ

3) ปัญญา หมายถึง การรู้ความจริง เป็นข้อปฏิบัติเพื่อให้เกิดความรู้แจ้ง การเข้าถึง ความจริงจนลดละความเห็นแก่ตัว มีปัญญา และใช้ปัญญาเข้าถึงสิ่งสูงสุด ปัญญาเป็นคุณธรรมที่ ประเสริฐสูงสุดที่การยกจิตใจคนให้สูงด้วยสติและปัญญา สามารถมองเห็นความเป็นจริง รู้จักและ เข้าใจถึงความจริงระดับสูงสุด เข้าใจชีวิตและโลกตามความเป็นจริง มองเห็นว่าชีวิตมนุษย์ มีการเกิด แก่ เจ็บ และตาย เป็นธรรมดาของทุกชีวิตไม่อาจหลีกเลี่ยง สิ่งใดก็ตามที่มีการเกิดสิ่งนั้นย่อมตกอยู่ ภายใต้กฎไตรลักษณ์ทั้งสิ้น ได้แก่ ความไม่เที่ยงแท้ ความแปรเปลี่ยน และหาตัวยืนโรงหรือตัวตนไม่ได้ การมีชีวิตอยู่ด้วยปัญญาเป็นสิ่งสำคัญยิ่งทั้งในฝ่ายรูปธรรมและนามธรรม อันจะทำให้มนุษย์ถือเอา ประโยชน์จากธรรมชาติ การอยู่อย่างประสานกับธรรมชาติ เป็นการอยู่อย่างอิสระ ไม่ตกอยู่ภายใต้

อานาจักเลส เป็นการอยู่อย่างไม่ยึดมั่น นอกจากนี้การสรรหากัลยาณมิตร ควรเลือกสรรมิตรผู้ร่วมธุระร่วมกิจการ หรือร่วมอยู่สภาพอย่างเดียวกัน ผู้ชอบพอรักใคร่คบหากัน มีความหวังดีปรารถนาดีต่อกัน เลือกัลยาณมิตร ที่เป็นบุคคลผู้เพียบพร้อมด้วยคุณสมบัติที่จะสั่งสอน แนะนำ ชี้แจง ชักจูงช่วยบอกช่องทาง หรือเป็นตัวช่วยให้ผู้อื่นดำเนินไปในแนวทางแห่งการฝึกฝนอบรมอย่างถูกต้อง

ความสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุดำเนินตามหลักพระพุทธศาสนา คือ ความสุข ความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัวและมีพรหมวิหาร 4 เป็นภาวะที่สิ้นไปของความทุกข์ หรือการบีบคั้นทางกาย จิต สังคม และปัญญา เป็นความสุขที่ลึก และยิ่งกว่าสุขอื่นๆ ไม่มีความเห็น แก่ตัว ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความปิติ ความรู้สึกเบิกบานสบายใจกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต รู้ ตื่นและเบิกบานในทุกขณะที่ทำหน้าที่ รู้เท่าทัน ไม่ประมาทหรือขาดสติ มีสติปัญญาในการเสพ ทั้งทาง หู ตา จมูก ลิ้น กาย และใจอย่างมีการมีสติ สมาธิ และปัญญา

2.2.3 ประเภทของความสุข

พระพุทธศาสนาได้แบ่งความสุขของชีวิต ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ สุขกายกับสุขใจ สุขกายหรือกายิกสุข เป็นความสุขที่เกิดจากการได้รับรู้และเสวยอารมณ์ที่น่า ประารถนา น่ารัก น่าใคร่น่าพอใจต่างๆ เช่น ได้เห็นภาพที่สวยงาม ได้ยินเสียงที่ไพเราะ ได้สูดกลิ่น ที่หอม ได้ลิ้มรสชาติที่อร่อย และได้ถูกต้องสัมผัสสิ่งให้อ่อนนุ่ม ที่เรียกว่า “กามคุณ 5” บัณฑิตทั้งหลายผู้กระสับกระส่ายย่อมงดเว้นกามทั้งหลายอันเป็นเครื่องบำเรอกิเลสเหล่านี้ได้ (ขุ.ชา. ปญจก. (ไทย) 27/89/215.) ทุกเมื่ออย่างนี้ย่อมล่วงพ้นเครื่องข้องในโลกได้ความสุขที่เกิดจากการได้สัมผัส ลิ้มลองรูป เสียง กลิ่น รส สัมผัสที่น่าปรารถนา น่ารักใคร่ น่าชอบใจ ซึ่งจัดเป็นความสุขในระดับโลกียะ (ความสุขอันเป็นวิสัยของโลก) สุขใจ หรือ เจตสิกสุข ซึ่งเป็นสภาวะแห่งใจที่มีปกติผ่องใส สดชื่น เบิกบาน ไม่ขุ่นมัวด้วยอารมณ์ต่างๆ ที่เข้ามา กระทบ เป็นสภาวะที่ใจมีความสำราญแจ่มชื่น ไม่ขุ่นมัวด้วยอานาจักเลส ตัณหา ความโลภ ความโกรธความหลง เป็นต้น อันเป็นเหตุแห่งความทุกข์ของจิตใจ พระพุทธศาสนาถือว่า สุขภาวะทางใจเป็นเลิศ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดและมีความสุขถึงในระดับ โลกุตระ หรือความสุขจากการทำลายกิเลสได้อย่างถาวร ก็จะเป็นความสุขแห่งนิพพาน

อีกนัยหนึ่งพระพุทธศาสนาถือว่า ชีวิตของมนุษย์จะต้องมีการพัฒนาใน 4 ส่วนการพัฒนาทางด้านกาย ศีล จิต และปัญญา ถ้าบุคคลพัฒนาใน 4 ด้าน แล้วย่อมจะมีความสุขหรือ ความเจริญตามการพัฒนาของชีวิต คือ

1) ความสุขทางกาย ได้แก่ ร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ดี สะอาดปลอดภัย เช่น มีน้ำสะอาด อากาศบริสุทธิ์ ป่าไม้สมบูรณ์สวยงาม ที่อยู่อาศัยสะอาด อาหารสะอาดถูกหลักอนามัย เป็นต้น ผู้ที่มีความสุขด้านนี้เรียกว่า “ภาวิตกายบุคคล” คือ บุคคลผู้มีกายเจริญแล้ว

2) ความสุขทางสังคม หรือ ศีล ได้แก่ มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี มีคุณภาพ มีคุณธรรม มีจริยธรรม มีการจัดการเพื่อความสุขความเจริญของบุคคลในสังคม ปราศจากการเบียดเบียนซึ่งกันและกัน ผู้ที่มีความสุขด้านนี้ เรียกว่า “ภาวิตศีลบุคคล” คือ บุคคลผู้มีศีลเจริญแล้ว

3) ความสุขทางจิตใจ ได้แก่ มีส่วนประกอบทาง ด้านคุณธรรมความดีงามทั้งหลายภายในจิตใจ ได้แก่ ความมีเมตตากรุณา ความขยันหมั่นเพียร อดทน มีสมาธิ และสดชื่น เบิกบาน เป็นสุข ผ่องใส เป็นต้น ผู้ที่มีความสุขด้านนี้เรียกว่า “ภาวิตจิตบุคคล” คือ บุคคลผู้มีจิตใจเจริญแล้ว

4) ความสุขทางปัญญา ได้แก่ มีสติปัญญา ความเชื่อ ความรู้ ความนึกคิด ความเห็น ความเข้าใจชีวิตและโลกอย่างถูกต้องตามความเป็นจริงสามารถอยู่กับความเป็นจริงของโลกและชีวิตได้อย่างปกติสุขและอย่างเข้าใจ ผู้ที่มีความสุขด้านนี้เรียกว่า “ภาวนิตปัญญาบุคคล บุคคลผู้มีปัญญาเจริญแล้ว

ระดับของความสุข

สำหรับวิธีการเพื่อให้เกิดความสุขนั้น พระพุทธศาสนามองว่าขึ้นอยู่กับระดับของความสุขที่มนุษย์จะพึงแสวงหาด้วยแนวทางที่ถูกต้อง จะเป็นความสุขในระดับสามัญชนหรืออริยะชนก็ได้ โดยมีมรรควิธีเพื่อไปสู่ความสุขในแต่ละระดับ ดังนี้

1) ความสุขในระดับปัจเจก เป็นความสุขเฉพาะตัวบุคคลที่มนุษย์แต่ละคนสามารถรับรู้ได้ผ่านการสัมผัสจากอายตนะภายใน คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และอายตนะภายนอกคือ รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส ที่น่าปรารถนา น่าใคร่ น่าพอใจ เกิดสบายกายสบายใจ ที่เรียกว่า “กามสุข” เช่น ความสุขจากการใช้ตามองสิ่งที่สวยงาม ใช้หูฟังเสียงที่ไพเราะจับใจ ใช้จมูกดมกลิ่นที่หอมถูกใจ ใช้ลิ้นลิ้มรสชาติอาหารหรือของกินที่เอร็ดอร่อยและใช้ร่างกายสัมผัสกับสิ่งที่อ่อนนุ่ม น่าใคร่ น่าพอใจ เป็นต้น

มรรควิธีในการเสพกามคุณเพื่อแสวงความสุขให้มีโทษน้อยที่สุดและเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ คือ การรับรู้ด้วยอย่างมีสติ รู้จักพิจารณาให้ถึถ้วนว่าสิ่งนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือเป็นโทษ หากสิ่งใดเป็นประโยชน์ ก็รับสิ่งนั้นด้วยสติปัญญา หากสิ่งใดมีโทษ ก็รู้จักอดทนอดกลั้น หลีกเลียงหรืองดเว้นจากสิ่งนั้นๆ หลักธรรมที่เป็นมรรควิธีในการเรียนรู้เพื่อ เสพกามสุขในระดับปัจเจก ได้แก่ หลักอปัสเสนธรรม คือ ธรรมเป็นที่พึงอาศัย มี 4 ประการ คือ

(1) รู้จักคิดพิจารณาแล้วใช้สอยปัจจัยบริโภคละกัษณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมและพึงคบหาบุคคลและธรรมที่จำเป็นจะต้องเกี่ยวข้องและมีประโยชน์

(2) รู้จักคิดพิจารณาแล้วอดกลั้นต่อความทุกข์กายทุกข์ใจและรู้จักพิจารณาอดกลั้นต่ออารมณ์ที่ไม่น่าปรารถนา เช่น ความเกลียดชัง ความโกรธ เป็นต้น

(3) รู้จักคิดพิจารณาแล้วบรรเทาสิ่งที่เป็โทษก่ออันตราย เช่น ความนึกคิดในทางที่ชั่ว ความโกรธแค้น เป็นต้น งดเว้นความชั่วร้ายที่เกิดขึ้น พึงรู้จักพิจารณาแก้ไข บำบัด หรือขจัดให้สิ้นไป

(4) รู้จักคิดพิจารณาแล้ว เว้นเสียจากสิ่งที่เป็โทษ ก่ออันตรายแก่ร่างกายและจิตใจ เช่น การพนัน ยาเสพติด สุราเมรัย เป็นต้น รู้จักคิดพิจารณาแล้ว หลีกเว้นเสีย

2) ความสุขในระดับครอบครัว ความสุขในครอบครัวเป็นความสุขในสังคมเล็กที่ประกอบด้วยบิดา มารดา และบุตรธิดา ชีวิตครอบครัว พระพุทธศาสนาเรียกว่า “ฆราวาส” แปลว่าการอยู่ครองเรือน ผู้ครองเรือนนั้นจะมีความสุขในครอบครัวได้มีวิธีปฏิบัติดังนี้

(1) ความสุขที่เกิดจากบุคคลในครอบครัวมีคุณธรรมหมายถึง การที่บุคคลในครอบครัวมีคุณธรรม ประพฤติสิ่งที่เป็เกื้อกูลต่อกัน มีความขยันหมั่นเพียร มีพื้นฐานทางจิตใจที่ดีงาม ซึ่งทำให้ชีวิตครอบครัวมีความสุข เช่น มีสัจจะ ความจริงใจ มีทมะ ความข่มใจ มีขันติ ความอดทน มีจาคะ เสียสละมีน้ำใจต่อกัน เป็นครอบครัวที่มีความเมตตา กรุณา ความรัก ปรารถนาดีต่อกัน รู้จักการแบ่งปัน พุดจากด้วยความรัก การประพฤติสิ่งที่ประโยชน์ต่อกันและการวางตนสม่ำเสมอ เป็นต้น

(2) ความสุขที่เกิดจากบุคคลในครอบครัวมีจริยธรรม หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัวมีข้อประพฤติปฏิบัติที่ดีงามหรือพึงประพฤติปฏิบัติต่อกันในฐานะคนในครอบครัว เป็นการนำหลักคุณธรรมที่มีอยู่ในจิตใจไปสู่การปฏิบัติหรือที่เราเรียกว่า “หน้าที่” อันเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบิดา มารดา สามเณร และบุตรธิดา ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่จะสามารถสร้างความสุขให้เกิดขึ้นได้ เช่น หน้าที่ของสามี ตามหลักพระพุทธศาสนาถือว่า “สามีที่ดี” จะต้องปฏิบัติต่อภรรยา คือให้เกียรติยกย่อง ไม่ดูหมิ่นไม่ประพฤตินอกใจ มอบความเป็นใหญ่ให้ หน้าที่ของภรรยา จะต้องปฏิบัติ ต่อสามี เช่น จัดการงานดี สงเคราะห์คนข้างเคียงดี ไม่ประพฤตินอกใจ รักษาทรัพย์ที่สามีหามาได้ ขยันไม่เกียจคร้านในกิจทั้งปวง หน้าที่ของบิดามารดา จะต้องปฏิบัติต่อบุตรธิดาของตนเอง คือ ห้ามไม่ให้ทำความชั่ว ให้ตั้งอยู่ในความดี ให้ศึกษาศิลปวิทยา หามภรรยา (สามี) ที่สมควรให้ และมอบทรัพย์ สมบัติให้ในเวลาอันสมควรเป็นต้น เมื่อบุคคลในครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างถูกต้องและสมบูรณ์ ความสุขในครอบครัวย่อมเกิดขึ้นได้ มรรควิธีนี้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อสร้างความสุขในครอบครัวให้เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพียงผู้เดียวจะกระทำให้เกิดขึ้นมิได้แต่ทุกคนในครอบครัวจะต้องร่วมกันกระทำหรือสร้างสรรค์ความสุขให้เกิดขึ้น

3) ความสุขในระดับสังคม พระพุทธศาสนามีมรรควิธีเพื่อสร้างความสงบสุขหรือสันติภาพ ในสังคมในหลายมิติ เช่น สังคมจะต้องมีความเสมอภาค ยุติธรรม มีความสามัคคีต่อกันในสังคมใดก็ตามที่บุคคลในสังคมมีความพร้อมเพรียง สมัคสมานสามัคคีกันในการกระทำกิจกรรมทุกอย่าง ย่อมทำให้สังคมนั้นๆ เจริญก้าวหน้าและมีความสุข ดังพระพุทธเจ้าตรัสว่า “ความพร้อมเพรียงของหมู่คณะ (สงฆ์) เป็นเหตุให้เกิดสุข” ดังนั้น บุคคลในสังคมจะมีความสมัคสมานสามัคคีกันได้ จะต้อง ปฏิบัติต่อกันด้วยหลัก “สารณียธรรม” เช่น การมีเมตตาทางกาย วาจา และใจต่อกัน มีความเสมอภาคด้วยความคิดเห็นและวิถีแห่งการปฏิบัติ ยอมรับและเคารพซึ่งกันและกัน ไม่เบียดเบียนตนเอง และผู้อื่นให้เดือดร้อน มีหลักที่เรียกว่า เบญจศีล เบญจธรรม โดยการกระทำที่ไม่มีผลให้เกิดความทุกข์ หรือความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น เช่น ไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ลักทรัพย์ มีเมตตา มีสัมมาอาชีวะ มีสติ เป็นต้น

4) ความสุขในระดับ โลกุตระ หรือนิพพานสุขพระพุทธศาสนามุ่งเน้นการฝึกอบรมทางจิตใจและปัญญาเพื่อความหลุดพ้นจากกิเลสไปสู่มรรคผลนิพพานที่เรียกว่า “วิปัสสนาภาวนา” คือ การเจริญปัญญาให้เกิดความ เห็นแจ้งเป็นวิธีการฝึกอบรมจิตใจที่เนื่องด้วยทัศนะทางใจจากการพิจารณาสภาวธรรม เช่น ชันธ 5 อายตนะ 12 เป็นต้น แยกพิจารณาให้รู้ตามสภาวความเป็นจริง โดยยกขึ้นสู่สามัญลักษณะว่า เป็นอนิจจัง เป็นทุกข์ และอนัตตา ปฏิบัติจนเกิด “วิชชา” คือ ความรู้แจ้งเป็นภาวะที่สุข สงบ ผ่องใส และเป็นอิสระ เพราะพ้นจากอำนาจครอบงำของกิเลส ญาณและวิชชา จึงเป็นจุดหมายของวิปัสสนา เพราะนำไปสู่วิมุตติ คือ ความหลุดพ้นเป็นอิสระอย่างแท้จริง คือ เข้าถึงนิพพาน นอกจากนี้สามารถปฏิบัติด้วยหลักสติปัฏฐาน 4 คือ การพิจารณาเห็นแจ้งในกาย เวทนา จิต และธรรม ยกจิตเข้าสู่การหลุดพ้นจากกิเลส ตัณหา เครื่องเศร้าหมองทั้งปวง ทำให้มีความสุขอย่างแท้จริง

สรุป ความสุขในพระพุทธศาสนามีหลายระดับที่บุคคลสามารถปฏิบัติและเข้าถึงได้ด้วยการฝึกฝนตนเอง และทำหน้าที่อย่างถูกต้อง เป็นธรรมและพิจารณาเห็นสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เมื่อบุคคลประพฤติตามธรรม ย่อมจะได้ความสุข และเมื่อแบ่งปันความสุข ก็จะได้พบความสุขในทุกที่

ทุกสถานเบิกบาน ร่าเริง แจ่มใส มีสุขทางจิตวิญญาณที่ดี สุขทางจิตวิญญาณความรู้สึกถึงความต่อเนื่องกลมกลืนระหว่างตนเองของผู้สูงอายุกับผู้อื่นธรรมชาติ และสิ่งนอกเหนือตนเอง บุคคลเหล่านี้มักเป็นผู้ที่มีใบหน้าสดชื่น ยิ้มหัวเราะ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าการมีชีวิตของตนเองมีความสุข สงบ เยือกเย็น สมหวัง มีกำลังใจที่เข้มแข็ง

สภาพจิตของผู้สูงอายุ

เรื่องสุขภาพร่างกายและสภาพจิตของผู้สูงอายุและสิ่งที่แยกกันไม่ออกถ้าร่างกายไม่แข็งแรงเจ็บป่วยมีโรคทางกายจิตใจคนเราก็ไม่สบายไปด้วยหรือจิตใจไม่สบายก็ก่อให้เกิดความเครียดหรือเหตุการณ์ทางสังคมก็เป็นสาเหตุและเป็นผลต่อการมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุขได้จากที่กล่าวมาแล้วว่าผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างนี้

1) ความรู้สึกสูญเสียเริ่มตั้งแต่การสูญเสียความสามารถด้านร่างกายและเกี่ยวโยงถึงการสูญเสียอิสรภาพในการช่วยเหลือตนเองสูญเสียความสามารถของประสาทสัมผัสต่างๆ สูญเสียคู่สมรสหรือบุคคลอันเป็นที่รักการสูญเสียการงานเกษียณอายุซึ่งส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจผู้สูงอายุจะมีความกังวลความกลัวความเครียดความหวาดความท้อแท้และความซึมเศร้าอย่างอ่อนๆ จนถึงขั้นรุนแรงบางคนอาจมีอาการนอนไม่หลับวิงเวียนบ่อย ขาดความอยากอาหารหรือขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างผู้สูงอายุบางรายจะมีพฤติกรรมถดถอยหรือตัดขาดความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

2) ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลงเนื่องจากสาเหตุหลายอย่างเช่นการเสื่อมสภาพด้านร่างกายผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นยิ่งทำให้ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่นซ้ำยังเป็นภาระต่อบุตรหลานทำให้สิ้นหวังท้อแท้ผู้สูงอายุจะรู้สึกที่ตนเองได้ความสำคัญบุตรหลานไม่ให้ความเคารพนับถือเกิดความรู้สึกความรู้สึกลดน้อยใจเมื่อความรู้สึกเหล่านี้สะสมมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มั่นคงพฤติกรรมที่แสดงออกคือ จะพยายามทุกวิถีทางที่ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงขึ้นได้แก่การเก็บรักษาทรัพย์สินไว้อย่างดีการแสวงหาบุคคลที่ตนเองจะพึ่งพิงได้

3) ความกลัวตายทั้งนี้เพราะในวัยนี้มีความเสื่อมถอยในด้านต่างๆ หรือกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคนทั้งนี้เพราะในวัยนี้มีความเสื่อมถอยในด้านต่างๆ ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อผู้สูงอายุนึกถึงความตายของตนเองประกอบกับต้องรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับความตายของเพื่อนฝูงคู่สมรสจึงทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตั้งแต่ตกใจกลัวจนต้องอยู่เฉยๆ แยกตัวจากสังคมปฏิเสธไม่ยอมรับการตายของญาติเพื่อนญาติหรือเป็นผู้ที่มีอารมณ์โกรธฉุนเฉียวกับผู้ใกล้ชิด

4) ความว่าเหวจะพบนางในผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียคู่สมรสเพราะเป็นผู้ใกล้ชิดที่มักจะปรึกษาหารือเรื่องต่างๆ แม้ว่าจะอยู่กับบุตรหลานหรือญาติก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าอยู่คนเดียวเพราะทุกคนต้องปฏิบัติหน้าที่ของตนนอกจากนี้ในวัยนี้การร่วมกิจกรรมทั้งในบ้านและนอกบ้านลดน้อยลงยิ่งส่งเสริมให้เกิดความว่าเหวมากขึ้น

5) ความรู้สึกโกรธ จะเกิดเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองถูกรบกวนและสังคมทอดทิ้ง ไม่มีความสำคัญ ไม่มีอำนาจ และเกิดความรู้สึกผิดหวังพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจน คือ หงุดหงิดไม่พอใจในการกระทำของบุคคลรอบตัว ชีโมโห จู้จี้ ไม่ว่าใครจะทำอะไรให้โกรธและเครียดแค้นคิดว่าผู้อื่นจะดูถูกดูแคลนตนเอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความวุ่นวายขึ้นในครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวก็เกิดความเบื่อหน่ายของผู้สูงอายุได้ นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมที่มีผลต่อ

สภาพจิตใจของผู้สูงอายุแล้วลักษณะหรือสถานภาพส่วนบุคคลด้านเพศอายุและรายได้ก็มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

องค์ประกอบของจิตที่ดี

พระมหาไกรส โชติปัญโญ, (2557) ได้กล่าวว่า ในทางพระพุทธศาสนานั้นพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้กล่าวถึง ด้านสุขภาพจิตที่ดี องค์ประกอบที่ทำให้สุขภาพจิตดีทรงมีพระดำรัส แม้ร่างกายจะเจ็บหนัก แต่ยังสามารถพัฒนา ให้ไปสู่การบรรลุธรรม ได้การส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยหนักมีความหวังที่จะดูแลรักษาใจซึ่งสำคัญที่สุดที่ สามารถประคองจิตที่ดีของตนให้ได้ตลอดไปจนกว่าชีวิตจะสิ้น การรักษาสุขภาพจิตมีองค์ประกอบของ จิตที่ดีไว้หลายประการ เช่น

1) การบริโภคอาหารฉันมื้อเดียวตลอดชีวิตพรหมจรรย์แล้วพระองค์ยังทรงพสุสาสอนและแนะนำให้เหล่าภิกษุสงฆ์ฉันอาหารมื้อเดียวด้วยภิกษุทั้งหลายมาเกิดแม้เธอทั้งหลายก็ฉันอาหารมื้อเดียวเธอทั้งหลายฉันอาหารมื้อเดียวจะรู้สึกว่ามีโรคน้อยภิกษุในธรรมวินัยนี้พิจารณาโดยแยบคายแล้วฉันบิณฑบาตไม่ใช่เพื่อนเล่นไม่ใช่เพื่อมวนเบาไม่ใช่เพื่อตกแต่งไม่ใช่เพื่อประดับประดาแต่เพียงเพื่อความดำรงอยู่ได้แห่งกายนี้เพื่อให้ชีวิตเป็นสิ่งเป็นไปได้เพื่อบำบัดความหิวเพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ด้วยความคิดเห็นว่าโดย อุบาย นี้เราจะกำจัดเวทนาเก่าเสียและจะไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น ความดำรงอยู่แห่งชีวิตความไม่มีโทษ และการอยู่โดยผาสุกจักมีแก่เรา แล้วจึงบริโภคอาหาร

2) การออกกำลังกาย พระพุทธเจ้าใช้วิธีออกกำลังกายโดยการทรงยึดหลักการปรับเปลี่ยนอิริยาบถทั้ง ยืน เดิน นั่ง นอน ให้มีความสมดุล โดยเฉพาะการเดินบิณฑบาตเป็นอิริยาบถที่มีความสำคัญเข้าทรงของทุกวันพระพุทธเจ้าและสาวกจะออกไปทำเขตไปตามหมู่บ้านเป็นประจำเป็นองค์ประกอบทำให้สุขภาพจิตดี

3) การบริหารจิต พระเจ้าทรงถือหลักปฏิบัติการบริหารจิตด้วยหลักใหญ่ๆดังนี้ตัดไว้ในโอวาทปาฏิโมกข์ 3 ประการคือละชั่ว ทำดี และทำจิตให้บริสุทธิ์ผ่องใส

4) การอยู่กับธรรมชาติ พระพุทธองค์อยู่ตามที่ต่างๆ เช่นตามป่าเขาบ้างโคนต้นไม้บ้าง ในถ้ำบ้าง

5) สุขลักษณะ พระพุทธเจ้าทรงให้ความสำคัญกับหลักการปฏิบัติเป็นองค์ประกอบเรื่องสุขภาพอนามัยของพระภิกษุสงฆ์ด้วย เพื่อที่จะให้สุขภาพจิตนั้นดีขึ้น บัญญัติให้ภิกษุสงฆ์ปฏิบัติ 2 ประการ คือ สุขอนามัยด้านร่างกาย และสุขอนามัยด้านสิ่งแวดล้อมดังนี้ เป็นต้น

พระพุทธศาสนากล่าวถึงองค์ประกอบป้องกันโรคมกกว่าการรักษาคือใช้ ปัญญาและวิธีการนอกจากการใช้ตัวอย่างผู้ปฏิบัติตามหลักศีลสมาธิปัญญาย่อมมีโรคน้อยไม่เป็นโรค ทางจิตใจตามความหมายทางพุทธศาสนาและทางจิตเวชพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่

1) พุทธวิธีการดูแลรักษาและพัฒนาสุขภาพเช่นการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์พอประมาณ

2) พุทธวิธีบำบัดรักษาโรคใช้ยาสมุนไพรใช้ฉันได้พอทหายอด

3) พุทธวิธีบำบัดด้วยโอสถเป็นวิธีแห่งปัญญาเป็นสัจธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์ปฏิบัติด้วยตนเอง เช่นการฟังธรรมการพิจารณาธรรมและการปฏิบัติธรรมเป็นเหตุให้จิตผ่องใสผ่อนคลายเป็นผลดีต่อสุขภาพการสวดสธยายธรรม มีใช้เพื่อความขลังศักดิ์สิทธิ์แต่เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกิดปัญญาเข้าใจชีวิตธรรมชาติของชีวิตที่ปรากฏในขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยที่ฟังสธญา 10 หรือโพชฌงค์ 7 แล้วหาย

ป่วยตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎกล้วนเป็นพระอรหันต์การฟังสวดน่าจะเป็นการดึงพลังแห่งการตรัสรู้มารับสารภาพภาษาทางจิตวิทยาเชื่อว่าผู้ไม่เครียดผ่อนคลายร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันภูมิคุ้มกันได้สูงและส่งภูมิคุ้มกันต่อต้านโรคนี้อันเป็นลักษณะองค์ประกอบของสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็งและเป็นสุขตลอดไป

การพัฒนาความสุขของจิต

การพัฒนาความสุขของจิตที่ดี ผู้สูงอายุต้องรู้จักการให้ทาน การรักษาศีลและการเจริญจิตภาวนาหรือทำสมาธิให้เกิดจิตใจสงบเป็นเหตุอันทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตที่ดี

1. การให้ทาน การให้ทานโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักจะทำทานเป็นประจำทุกวันจนเกิดเป็นความเคยชิน ในการให้ทาน สามารถทำได้ง่ายๆ หลายอย่าง เช่น การทำบุญ ตักบาตร โดยอาจคอยใส่กับพระภิกษุหรือสามเณรที่เดินบิณฑบาตอยู่ในละแวกบ้านหรือจะนำเอาข้าวปลาอาหารไปถวายพระที่วัด หรือจะ ถวายสังฆทาน คือการถวายแก่สงฆ์โดยไม่เจาะจงภิกษุรูปหนึ่งรูปใด ซึ่งทำได้หลากหลายวิธีด้วยกัน เช่น การนำสิ่งของไปถวายที่วัด หรือนิมนต์คณะสงฆ์มารับที่บ้าน แต่ที่นิยมทำกันมาก คือ การทำบุญ เลี้ยงพระเนื่องในโอกาสสำคัญต่างๆ เช่น ทำบุญขึ้นบ้านใหม่ ทำบุญวันคล้ายวันเกิด เป็นต้น

“การให้” หรือ “ทาน” ตามนัยพระพุทธศาสนานั้น เป็นเครื่องชำระสิ่งไม่สะอาดออกไปจากจิตใจของตน จนมีคุณสมบัติที่ตีนาเคารพยกย่อง ไม่ใช่เครื่องพอกพูนสิ่งที่เปื้อนกิเลสขึ้นในจิตใจของตนจนเป็นที่จึงเกลียดชังของผู้คนทั่วไป

“การให้” ได้ก่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แบ่งปันกันร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนได้ การให้ที่จะส่งผลเช่นนี้ได้ นั้น ต้องมีองค์ประกอบสำคัญครบถ้วน 3 ประการด้วยกัน คือ ผู้ให้ ผู้รับ และวัตถุสิ่งของที่ให้ ถ้าองค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้สมบูรณ์ไม่ขาดตกบกพร่อง คือ ทั้งผู้ให้และผู้รับมีคุณธรรมและจริยธรรมวัตถุสิ่งของที่มอบให้ก็ได้มาโดยสุจริตและเหมาะสมหรือสมควรแก่ผู้รับ

“การให้” ก็จะมีอานิสงส์มาก คือผู้ให้ก็ได้ชำระสิ่งไม่สะอาดออกไปจากจิตใจของตนเป็นคนน่าเคารพเลื่อมใส ในด้านชุมชนหรือสังคมก็ยิ่งพลให้เกิดความสามัคคีปรองดองกัน แต่นั่นก็ดูว่าจะไม่พอที่ “ผู้ให้” จะได้ขจัดสิ่งไม่สะอาดออกไปจากจิตใจของตน แม้ผู้ให้บางคน ชุมชนหรือสังคมจะชื่นชมว่าเป็นคนดี แต่ถ้ามี “เจตนา” ที่ประกอบไปด้วยอภิสล คนที่ให้แก่จะไม่สำเร็จประโยชน์ใดๆ คือ ไม่ได้อานิสงส์เท่าที่ควรจะเป็นด้วยเหตุนี้ ทางพระพุทธศาสนาจึงให้ดูที่ “เจตนา” อีกทีว่า “ก่อนให้” มีจิตใจที่ประกอบไปด้วยความเมตตา กรุณาหรือไม่ ปราบปรามจะฝึกตนให้เป็นคนเสียสละมากน้อยแค่ไหน “ขณะให้” ทำด้วยความจริงใจหรือไม่ ทำด้วยความเมตตากรุณา ปราบปรามให้คนอื่นแก้ปัญหาปากท้องของตนพ้นจากความทุกข์ ความยากจน จริงหรือไม่ และ “หลังให้” มีความสุขใจมากน้อยแค่ไหน ถ้าการให้นั้นเป็นไปโดยนัยนี้ ไม่มีอะไรแอบแฝง ผู้ให้ก็จะเอบอิมและสุขใจ ชุมชนหรือสังคมก็จะดำรงอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ทุกข์ภัยใดๆ ที่เข้ามา ก็จะร่วมมือกันแก้ปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ โดยไม่ก่อให้เกิดระบบอุปถัมภ์ที่เกื้อหนุนกันในหมู่คณะของตน

2. การรักษาศีลโดยให้ผู้สูงอายুরักษาศีล 5 หลังจากที่ดินนอนขึ้นมาในตอนเช้าแล้วทำการนั่งสงบจิตก่อน จะลุกขึ้นไปทำกิจกรรมต่างๆ แล้วทำการสมาทานศีล 5 เพื่อที่จะรักษาศีลให้ดีภายใน

1 วันนี้โดยไม่ให้ผิดซ้ำอีกเหมือนวันที่ผ่านมาแล้วค่อยออกไปใช้ชีวิตตามปกติผู้สูงอายุมีความสุขทางจิตวิญญาณจากการรักษาศีลเพราะเชื่อว่าเมื่อรักษาศีลแล้วจะทำให้ได้อานิสงส์ คือ

- 1) ย่อมเป็นที่รักใคร่พอใจของมนุษย์ และเทวดา
- 2) ดำเนินชีวิตไปได้เป็นปกติ สุข สงบ เย็นใจ ไม่เดือดเนื้อร้อนใจ
- 3) เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้อื่นได้
- 4) เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพและมากด้วยคุณค่าในสังคม
- 5) เป็นผู้มีความองอาจ กล้าหาญ ไม่เก้อเขินในสังคม
- 6) เป็นผู้นำที่ดีในสังคม
- 7) เป็นที่เคารพยกย่อง และนับถือในสังคม
- 8) เป็นผู้นอนหลับอย่างเป็นสุข ไม่ฝันร้าย
- 9) เป็นต้นเหตุเบื้องต้นแห่งการทำความดีให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป
- 10) เป็นผู้มั่งคั่งสมบูรณ์จนถึงนาทีสุดท้ายของชีวิต ไม่หลงตาย
- 11) เป็นผู้ควรแก่การนับถือบูชาหลังจากสิ้นชีวิตไปแล้ว

นอกจากนี้ยังเชื่อว่าเมื่อรักษาศีล แล้วจะทำให้เกิดผลคือ

- 1) เป็นสังคมที่มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย
- 2) เป็นสังคมที่มีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ไม่แตกแยกกัน
- 3) เป็นสังคมที่มีความสงบสุข ไม่มีการเบียดเบียนในกรรมสิทธิ์ของกันและกัน
- 4) เป็นสังคมที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไม่เห็นแก่ตัว

3. การเจริญสติภาวนา การเจริญสติภาวนามีวิธีการปฏิบัติคือให้ผู้สูงอายุกำหนดติดตามความรู้ สึกนึกคิดต่างๆ ที่เข้ามาในร่างกาย และจิตใจของตน โดยไม่มีความยินดีหรือยินร้าย หรือเข้าไปในความรูสึกของตนว่า ดีหรือไม่ดีแต่อย่างใดเพียงแต่คอยเฝ้าดูว่า หากมีความรูสึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นต้นว่า รูสึกคัน หรือ ได้ยินเสียงหนึ่งเสียงใด ก็ไม่เข้าไปคิดพิจารณาต่อไปว่าความรูสึกที่ตนได้รับขณะนี้เป็นอย่างไร ไม่เข้าไป วิจารณ์ว่าเสียงนั้นเป็นอย่างไร เพียงแต่กำหนดรู้อย่างเดียวว่า ขณะนี้มีความรูสึกอย่างนี้เกิดขึ้น และมี เสียงอย่างนี้ที่ได้มากกระทบกับโสตประสาทของตน ไม่มีการกำหนดคำภาวนาไม่ต้องท่องคาถาแต่ประการใด ปล่อยใจให้สบายและให้จิตของตนสบายเป็นธรรมชาติ หากจิตคิดฟุ้งซ่าน คิดกังวลเรื่องต่างๆ ให้เฝ้าดูจิต ให้คิดไปตามเรื่องนั้นๆ โดยประคองสติให้รูว้ว่าขณะนี้จิตของตนกำลังคิดเรื่องนั้น เรื่องนี้อยู่ หรือรูสึกอยู่โดยไม่เข้าไปวิจารณ์ หรือครุ่นคิดว่าเป็นความรูสึกนึกคิดที่สำคัญหรือไม่สำคัญ ชอบหรือไม่ชอบ เพียงแต่เฝ้าดูอย่างมีสติและไม่ต้องอาศัยความพยายามใดๆ ทั้งสิ้น พบว่าการปฏิบัติ ดังกล่าวเพียง 60 นาที จะเห็นผลว่าจิตใจของผู้สูงอายุจะสงบลง และมีความคิดที่ปลอดโปร่งขึ้นผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในตนเองมากยิ่งขึ้น อารมณ์ที่ขุ่นมัวจะลดน้อยลงและมีความคิดที่เป็นเหตุเป็น ผลมากยิ่งขึ้น

การบำเพ็ญจิตภาวนา โดยการกำหนดลมหายใจเข้าออกนั้นใน พระพุทธศาสนามีวิธีปฏิบัติสมาธิภาวนาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมาก และเป็นวิธีการที่พระพุทธเจ้าทรงรับรองไว้ว่าทรงเจริญอานาปานสตินี้ จนทำให้ตรัสรู้พระสัมมาสัมโพธิญาณได้ในที่สุด การกำหนดลมหายใจเข้าออกทำร่วมกับการ ท่องคำภาวนา หรือบริกรรม “พุทโธ” ซึ่งเป็นการทำจิตภาวนาสองอย่าง คือ อานาปานสติ และพุทธานุสสติในเวลาเดียวกัน หรือไม่ทำร่วมกับการท่องคาภาวนาใดๆ เพียงแต่กำหนดความรูสึกที่

ปลายจมูก ถึงลมหายใจผ่านเข้าออกโดยหลับตา หรือไม่หลับตา ซึ่งหากเริ่มปฏิบัติใหม่ การหลับตาจะช่วยให้จิต สงบและเป็นสมาธิได้ง่าย นอกจากนี้ยังสามารถปฏิบัติได้ในทุกอิริยาบถ ทั้งนั่ง นอน ยืน โดยการจดจ่อที่ลมหายใจเข้าออกให้นานที่สุด ไม่นึกถึงสิ่งอื่นจะทำให้จิตสงบ และเกิดสภาพของความรู้สึกร่างกายเบา ใจเบา หรือเกิดความรู้สึกปีติ หลังจากนั้นการอธิษฐานจิต เพราะว่าการอธิษฐานจิตนั้นเป็นการปฏิบัติธรรมอย่างหนึ่ง การอธิษฐานจิตไม่ใช่การสวดอ้อนวอนเพื่อขอต่อพระผู้เป็นเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ตน ได้บรรลุมรรคผลในสิ่งที่ตนเองปรารถนา แต่เป็นการใช้ปัญญาในการพิจารณาความเป็นจริงของชีวิตตน และวางแผนที่จะให้สิ่งที่อันเป็นเป้าหมายของชีวิตของตนนั้นได้บรรลุมรรคผลตามที่ต้องการ ด้วยความ จริงใจและบริสุทธิ์ใจ

สรุป จิต คือธรรมชาติที่รู้อารมณ์ หรือธรรมชาติที่ทำหน้าที่ เห็น ได้ยิน รู้กลิ่น รู้รส รู้สึกรู้สีกต่อการสัมผัสถูกต้องทางกายพระพุทธานุศาสน์จำกัดความคำว่า จิต ไปในทางธาตุรู้หรือธาตุคิด ที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปตามองค์ประกอบหรือคุณภาพต่างๆ จิตทำหน้าที่เป็น จุดศูนย์รวมแห่งการรับรู้ วิญญาณ หมายถึงธาตุรู้ (วิญญาณธาตุ) และระบบการรับรู้ของจิตหลังจากที่ได้สัมผัสกับอารมณ์ หรือสิ่งที่มากระทบสัมผัสทางตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ เป็นระบบที่เกิดจากประสาทสัมผัส เช่น เมื่อตาได้สัมผัสกับรูป เกิดการรับรู้ขึ้น การรับรู้ขึ้นนั้นแหละคือสิ่งที่เรียกว่า วิญญาณ เป็นขั้นหนึ่งในขั้น 5 คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ ความสุขทางจิตวิญญาณในพระพุทธานุศาสน์ มีหลายระดับที่บุคคลสามารถปฏิบัติและเข้าถึงได้ด้วยการฝึกฝนตนเองและ ทำหน้าที่อย่างถูกต้อง เป็นธรรมและพิจารณาเห็นสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เมื่อบุคคลประพฤติตามธรรม ย่อมจะได้ความสุข และเมื่อแบ่งปันความสุข ก็จะมีพบความสุขในทุกที่ทุกสถานเบิกบาน ร่าเริง แจ่มใส มีสุขทางจิตวิญญาณที่ดี ความสุขทางจิตวิญญาณความรู้สึกรู้ถึงความต่อเนื่องกลมกลืนระหว่างตนเองของผู้สูงอายุกับผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งนอกเหนือตนเอง บุคคลเหล่านี้มักเป็นผู้ที่มีใบหน้าสดชื่น ยิ้มหัวเราะ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตของตนเองมีความสุข สงบ เยือกเย็น สมหวัง มีกำลังใจที่เข้มแข็ง มีความพร้อมที่จะเผชิญหรือดำเนินชีวิตไปข้างหน้าได้อย่างมั่นใจ

4. หลักธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงหลักธรรมเป็นคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าที่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อให้รู้เท่าทันตามความเป็นจริงของโลกของชีวิต และให้รู้เท่าทันกฎธรรมชาติ สามารถให้อยู่กับโลกแห่งความเป็นจริงได้อย่างเป็นสุข พุทธศาสนิกชนทั่วไปควรเลือกนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับวัยของตนเองหลักธรรมเสริมสร้างความสุขทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและนำหลักธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงนำไปประพฤติ ฝึกปฏิบัติในการเตรียมตัวแก้ไข ปัญหาชีวิตเพื่อจะดำเนินชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ

1) บุญกิริยาวัตถุ 31

(ที.ปา. (ไทย) 11/30/5/296.) บุญกิริยาวัตถุ 3 เป็นหลักการทำดี ได้แก่ การให้ทาน รักษา ศีล และการภาวนา มี รายละเอียด ดังนี้

1) การให้ทาน (ทานมัย) คือ ทำบุญด้วยการให้ การสละ การเผื่อแผ่แบ่งปันเป็นการให้ เพื่อการอนุเคราะห์เช่น การช่วยเหลือผู้ยากไร้ตกทุกข์ได้ยากบ้าง เพื่อให้สงเคราะห์เพื่อยึดเหนี่ยว จิตใจ สมานไมตรีแสดงน้ำใจสร้างสามัคคีบ้าง เพื่อให้บุพการีคุณงามความดี เพื่อยกย่องส่งเสริมสนับสนุน คนดี

บ้าง เป็นการให้ในด้านทรัพย์สิน สิ่งของปัจจัยเครื่องใช้ยังชีพ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ก็มี ให้ความรู้ ศิลปะ วิชาการ ให้คำแนะนำสั่งสอนบอกแนวทางดำเนินชีวิต หรือให้ความธรรมก็มี ให้ความมีส่วนร่วม ร่วมในการบำเพ็ญจิตที่งดงาม ก็มีตลอดจนให้อภัย คือ เรียกว่า “อภัยทาน”

2) รักษาศีล (ศีลมัย) คือ ทำบุญด้วยการรักษาศีลประพฤติปฏิบัติดีงามและการหาเลี้ยงชีพ ในทางสุจริต ความมีระเบียบวินัยและความมีกิริยามารยาทงาม เฉพาะอย่างยิ่งเน้นที่ศีล 5 เป็นการไม่เบียดเบียนหรือการอยู่ร่วมกันด้วยดี โดยสงบสุขในสังคม กล่าวคือ การไม่ประทุษร้ายต่อชีวิต และร่างกายการไม่ละเมิดกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินของกันและกัน การไม่ละเมิดของรักไม่ประทุษร้าย จิตใจหลบหลู่เกียรติทำลายวงศ์ตระกูลซึ่งกันและกัน การไม่หกรานผลประโยชน์กัน ด้วยวิธีประทุษร้าย ทางวาจาการไม่ซ้ำเติมตนเองด้วยสิ่งเสียดแทงซึ่งทำให้เสื่อมตามเสียดศีลสัมปชัญญะ ที่เป็นเครื่อง เหนี่ยวรั้งป้องกันจากความผิดพลาด เสียหายและคุ้มครองตัวไว้ในคุณความดี

3) การภาวนา (ภาวนามัย) ทำบุญด้วยการเจริญภาวนา ด้วยการฝึกจิตและปัญญาการอบรมจิตใจให้เจริญขึ้น ด้วยคุณธรรมต่างๆ ให้เข้มแข็งมั่นคงหนักแน่นและให้มีปัญญารู้เท่าทันสังขาร หรือที่เรียกว่า “รู้เท่าทันโลกและชีวิตภาวนานี้” ก็คือการเจริญสมาธิและวิปัสสนาภาวนาหรือที่เรียกว่า “เจริญสติปัฏฐาน 4” ตลอดจนชำระจิตใจด้วยการสวดธรรม รวมถึงการอ่าน ที่เรียกว่า “สมณะ การแสดงธรรม สนทนาธรรม ตลอดจนการแก้ไขปลูกฝังความเชื่อความเห็นความเข้าใจถูกต้อง การเจริญเมตตา และการควบคุมขัดเกลากิเลสโดยทั่วไป

2) อิทธิบาท 4

หลักธรรมที่ทำให้อายุยืน เพราะทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีกำลังและมีทางเดินไปข้างหน้าสู่จุดหมาย ซึ่งทำให้ชีวิตมีความหมายที่จะอยู่ต่อไป ไม่ใช่อยู่อย่างเลื่อนลอย นอกจากนั้นยังเป็นตัวตัดอารมณ์ป้องกันสิ่งที่ไม่ควรที่จะเข้ามาในชีวิต ทำให้ชีวิตปลอดโปร่งโล่งสบาย เมื่อข้างในตนเองมีพลังทางเดินที่จะไปข้างหน้าก็แน่ชัด ข้างนอกก็ไม่มีอะไรมาขัดขวาง ชีวิตก็ยืนยาวยืดขยายอายุต่อไป

3) สติปัฏฐาน 4

เมื่อผู้สูงวัยก้าวสู่วัยชราหรือไม่ที่จะต้องฝึกหัดตนเองให้รู้จักกฎของธรรมชาติในทุกสภาพ สิ่งว่าหลักไตรลักษณ์ คือ อะไร พิจารณาแล้วมีผลต่อสุขภาพจิตของตนอย่างไรมากน้อยแค่ไหน เพื่อให้รู้จักปล่อยวางจิตใจ ไม่ให้หลงไปตามกระแสแห่งโลกหรือวัตถุที่ คอยหลอกให้ปุณชนทั้งหลายซึ่งผ่านการพิจารณาด้วยปัญญาจะต้องจมปรักอยู่เหมือนช้างที่ติดหล่ม (ขุ.ธ. (ไทย) 25/327/135.) ฉะนั้นจึงควรเข้าใจวิปัสสนาว่า หมายถึง ความเห็นแจ้ง คือ เห็นตรงต่อความเป็นจริงของสภาวธรรม ปัญญาทุกสภาพสิ่งว่าหลักไตร ลักษณะอันสอนความหลงผิดรู้ผิดในสังขารและยังจะได้เป็นการฝึกอบรมปัญญาให้เกิดความชัดเจนใน ภาวะธรรมทั้งหลาย (ที.ม. (ไทย) 10/372 – 405/301 - 340) หลักสติปัฏฐาน 4 หมายถึง พิจารณาสิ่งทั้งหลายให้รู้เห็นตามความเป็นจริง ซึ่งก็คือ หลักการปฏิบัติวิปัสสนาภาวนา ให้เห็นทางเดียวเท่านั้นที่เป็นทางดำเนินไปสู่จุดหมายคือพระนิพพาน ผู้สูงวัย จึงรู้จักพิจารณาและปฏิบัติตามวิปัสสนาที่สำคัญในพระพุทธศาสนา เพื่อให้จิตใจรู้จักปล่อยวาง ภาระต่างๆ อันเป็นหน้าที่ทางสังคมของมนุษย์ทั่วไปและหันมาสนใจต่อภาระให้ตนพึงปฏิบัติในแต่ละ วันเพื่อให้จิตมีตรภาพที่บริสุทธิ์ปลอดโปร่ง ผ่องใสไม่เศร้าหมอง และเป็นแนวทางไปสู่การพ้นจาก สภาวะแห่งทุกข์ทั้งปวง และเป็นการปฏิบัติ 4 ได้แก่ (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม)

1) กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน การตั้งสติกำหนดพิจารณาภายในรู้เห็นตามเป็นจริง ว่าเป็นเพียงกาย ไม่ใช่สัตว์บุคคลตัวตนเราเขา ท่านจำแนกปฏิบัติไว้หลายอย่าง คือ

- (1) อานาปานสติกำหนดลมหายใจ
- (2) อิริยาบถ กำหนดรู้ทันอิริยาบถ
- (3) สัมปชัญญะ สร้างสัมปชัญญะในการทำความเคลื่อนไหวทุกอย่าง
- (4) ปฏิกุลมณสิการพิจารณาส่วนประกอบอันไม่สะอาดทั้งหลายทั้งปวงประชุมเข้าเป็นร่างกายนี้

(5) ธาตุมนสิการ พิจารณาเห็นร่างกายของตนโดยสักว่าเข้าเป็นธาตุ แต่ละอย่าง

(6) นวสีวิกา พิจารณาซากศพในสภาพต่างๆ อันแปลกกันไป 9 ระยะเวลาได้เห็นคติธรรมของร่างกาย ของผู้อื่นเช่นใดของตนก็จะเป็นเช่นนั้น

2) เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐานการตั้งสติกำหนดพิจารณาเวทนาให้รู้เห็นตามเป็นจริงว่าเป็นแต่เพียงเวลาไม่ใช่สัตว์บุคคลตัวตนเราเขา คือ มีสติรู้ชัดเวทนาอันเป็นสุขก็ดี ทุกข์ก็ดี เฉยก็ดี ทั้งนี้เป็นสามิส และเป็นนิรามิส ตามที่เป็นไปอยู่ในขณะนั้น

3) จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐานการตั้งสติกำหนดพิจารณาจิตให้รู้เห็นตามเป็นจริงว่าเป็นแต่เพียงไม่ใช่สัตว์บุคคลตัวตนเราเขาคือมีสติรู้ทันจิตของตนที่มีราคาไม่มีราคามีโทษมีโทษไม่มีโทษมีเศร้าหมองหรือผ่องแผ้วฟุ้งซ่านหรือเป็นสมาธิอย่างไรตามที่เป็นไปอยู่ในขณะนั้นๆ

4) ธัมมานุปัสสนาสติปัฏฐาน การตั้งสติกำหนดพิจารณาธรรมให้รู้เห็นตามเป็นจริงว่าเป็นแต่เพียงธรรม ไม่ใช่สัตว์บุคคลตัวตนเราเขา คือ มีสติรู้ชัดธรรมทั้งหลาย ได้แก่ นิรวณ 5 ชั้น 5 อายตนะ 12 โพชฌงค์ 7 อริยสัจ 4 คืออะไร เป็นอย่างไร มีในตนหรือไม่ เกิดขึ้น เจริญบริบูรณ์ และดับไปได้อย่างไร เป็นต้น ตามที่เป็นจริงของมันอย่างนั้น

4) มรณะสติ

คือ การระลึกถึงความตายที่จะเกิดขึ้นแก่ตนเพื่อความไม่ประมาทในชีวิตโดยระลึกถึงความตายอันจะเกิดขึ้นแน่นอน เช่น ชีวิตไม่แน่นอน แต่ความตายเป็นของแน่ เมื่อระลึกถึงความตายอยู่เป็นประจำ ก็จะทำให้เจ้าของชีวิตไม่ปล่อยเวลาให้ล่วงไปเปล่า จึงเร่งทำกิจหน้าที่ให้สมบูรณ์ในปัจจุบันไม่นิ่งนอนใจปล่อยปละละเลยหรือรอให้ใครมาถึงตน จึงตื่นรนชวนขวยและปฏิบัติจิตที่โอนด้วยความเอาใจใส่ ชะมักเขม้น ไม่ท้อถอย เหมือนถูกไฟศรีระแล้วนั่งเฉยๆอยู่ไม่ได้ ดังพุทธพจน์ที่ สรุปรื่องมรณะสติได้ชัดแจ้ง ความว่า บุคคลควรทำความเย็นตั้งแต่วินาทีเดียวใครเล่าจะรู้ว่า ความตายจะมีในวันพรุ่งนี้เพราะว่าความผิดเพี้ยนกับมัจจุราชผู้มีเสนามากนั้นย่อมไม่มีแก่เราทั้งหลาย การระลึกถึงความตายอันจะต้องมีมาถึงตนเป็นธรรมดา 38 เป็นวิธีการสู่จุดหมายสูงสุดของชีวิตการที่มนุษย์ ปุถุชนอย่างเราจะมีความรู้สึกลึกซึ้งใจเข้มแข็งมั่นคงกล้าเผชิญความตายอย่างมีสติสัมปชัญญะ นั้นจำเป็นต้องฝึกจิตให้คุ้นเคยกับความตายซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ด้วยการเจริญมรณะสติ แม้พระพุทธพระองค์ที่ทรงสอนทำโดยการแสดงความตายให้เห็นประจักษ์เป็นเรื่องสุดท้ายด้วยชีวิตของ พระพุทธองค์เอง ทรงปรินิพพานท่ามกลางพุทธสาวก เพื่อเป็นการย้ำเตือนให้เหล่าสาวกได้ตระหนัก และสำนึกถึงความเป็นอนิจจังของสรรพสิ่งดังนั้น จึงควรพิจารณาให้เฝ้าสังเกตจากอกุศลธรรม เกิดความ ไม่ประมาทและไม่หวาดกลัว คิดเร่งชวนขวยบำเพ็ญจิตและทำความดี

จากการศึกษาหลักพุทธธรรมสำหรับผู้สูงอายุในด้านการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิต อย่างมีความสุขลดทอนความทุกข์และเกี่ยวข้องกับโลกได้อย่างไรก็อยู่กลั่น มีแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้

บุญกิริยาวัตถุ 3 หรือ ทาน ศีล ภาวนา คือเป็นหลักธรรมปฏิบัติที่สามารถช่วยขัดเกลาจิตใจของผู้สูงอายุให้มีความสุข สงบ และเป็นกุศลจิต และยังเชื่อมโยงไปถึงการปฏิบัติอื่นๆ ได้แก่ สติปัฏฐาน 4 และอิทธิบาท 4

1) การให้ทาน (ทานมัย) เช่น การให้ผู้สูงอายุใส่บาตรทุกวันในตอนเช้า และแบ่งปันสิ่งที่มีให้กับผู้อื่นและสังคมเช่น การบริจาคทรัพย์แก่ผู้ยากไร้ หรือเพื่อทำนุบำรุงพระศาสนา ให้ความเมตตา มีน้ำใจเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น ร่วมการให้อภัยทาน ละคลายความโกรธเคือง หรือพยายาเป็นต้น ซึ่งการที่ผู้สูงอายุให้ทานในลักษณะต่างๆ เป็นประจำเรื่องส่งผลให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่เบิกบาน สดใส เกิดปิติ สุข ใจจากการที่ได้เสียสละเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นและการมีสุขภาพจิตที่ดีดังกล่าวย่อมส่งผลให้สุขภาพร่างกาย ดีตามไปด้วย

2) ได้แก่

- (1) การไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น มีเมตตาจิตอยู่เสมอ
- (2) การไม่เอาเปรียบหรือเบียดเบียนทรัพย์ของผู้อื่น
- (3) การไม่นอกใจสามีหรือภรรยา และไม่เที่ยวในยามวิกาล
- (4) พูดแต่เรื่องมีสาระประโยชน์ พูดความจริง และพูดด้วยความสุภาพ
- (5) ไม่เสพของมึนเมาที่ทำให้ขาดสติ เสียสุขภาพ และเป็นภาระต่อผู้อื่น

3) การภาวนา คือ การเจริญสติเพื่อกำหนดพิจารณาสิ่งทั้งหลายให้รู้เห็นตามความเป็นจริง อันเป็นหลักของการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน ซึ่งการเจริญสติด้วยหลักสติปัฏฐาน 4. ก็เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกำหนดรู้เท่าทันสภาวะของร่างกาย ความรู้สึก สภาวะทางจิตใจ และสภาวะอันเป็นธรรมชาติทั้งหลาย และดำรงจิตอยู่ในขณะปัจจุบันรู้เท่าทันและเป็นอิสระ จากอารมณ์ที่เศร้าหมอง ทั้งปวงจึงสามารถดำรงให้ผ่องใสเบิกบานอยู่ได้ทุกขณะซึ่งการเจริญสติปัฏฐาน 4. เพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วย และใช้บรรเทาความทุกข์ทั้งกายและใจของผู้สูงอายุนั้น เป็นหลักการในการใช้ คำนำของสติ สมาธิ และขันติ คือ ความอดทนอดกลั้นในการกำหนด และเร่ง พิจารณาเพื่อให้ เห็นชัดในสภาวะทั้ง 4 คือ กายสังขาร เวทนาสังขาร จิตสังขาร ธรรมสังขารได้อย่าง ครบถ้วนสมบูรณ์ มีแนวทางปฏิบัติตามหลักการของพระพุทธศาสนา ดังนี้ สมัยหนึ่งพระอนรุทธะอาพาธหนักอยู่ ณ ป่าอันธวัน เขตกรุงสาวัตถี ครั้นนั้นภิกษุจำนวนหนึ่งพากันไปเยี่ยมถึงที่พักเมื่อได้เห็นพระอนรุทธะ ครั้นได้รับทุกข์เวทนาอย่าง รุนแรง แต่ไม่ได้แจ้งอาการทรมานทรมาย ถึงได้ถามถึงหลักธรรมที่พระอนรุทธะใช้อยู่ในขณะนั้น พระอนรุทธะได้ตอบไปว่า ถ้ามีจิตตั้งมั่นอยู่ในสติปัฏฐาน 4 ทุกขเวทนาทางกายที่เกิดขึ้น จึงไม่อาจครอบงำ จิตใจของท่านได้ ดังข้อความใน พารหคิลานสูตรที่ว่า ท่านอนรุทธะอยู่ ด้วยวิหารธรรมอะไร ทุกขเวทนา ทางกายที่เกิดขึ้นแล้ว จึงไม่ครอบงำจิตอยู่ได้ ท่านพระอนรุทธะตอบ ว่า

ผู้มีอายุทั้งหลาย จงมีจิตตั้งมั่นอยู่ในสติปัฏฐาน 4 ประการ ทุกขเวทนาทางกายที่เกิดขึ้นแล้ว จึงไม่ ครอบงำจิตอยู่ได้สติปัฏฐาน 4 ประการ อะไรบ้าง คือ ในพระธรรมวินัยนี้ เช่น

- (1) พิจารณาเห็นกายในกายอยู่ ฯลฯ

(2) พิจารณาเห็นเวทนาในเวทนาทั้งหลาย ฯลฯ

(3) พิจารณาเห็นจิตในจิต ฯลฯ

(4) พิจารณาเห็นธรรมในธรรมทั้งหลายอยู่ มีความเพียร มีสัมปชัญญะ มีสติ กำจัด อวิชชาและโทมนัสในโลก ด้านผู้มีอายุทั้งหลาย ผู้มีจิตตั้งมั่นอยู่ในสติปัฏฐาน 4 ประการนี้ ทุกขเวทนา ทางกายที่เกิดขึ้นแล้ว จึงไม่ครอบงำจิตอยู่ได้ (ส.ม (ไทย) 19/90/8/440-441.) เนื้อความจากพระสูตร ในกรณีของพระพุทธเจ้า และพระอนุรุธะที่ได้กล่าวมาแล้ว ข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเจริญสติปัฏฐาน 4 นอกจากจะใช้เป็นข้อปฏิบัติสำหรับบรรลुพระนิพพานแล้วยังสามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาความ เจ็บป่วยและการบรรเทาทุกข์เวทนาอันเกิดจากโรคต่างๆ ได้ เช่นกัน ซึ่งในบางกรณีอาจไม่ต้องใช้ยา รับประทานได้เลย การเจริญสติปัฏฐาน 4 เพื่อแก้ปัญหาความ เจ็บป่วยและใช้บรรเทาทุกข์เวทนา ได้นั้น สามารถอธิบายตามหลักการของพระพุทธศาสนา ดังนี้ (อุทัยวรรณ เล่าประเสริฐสุข, 2546)

1) เมื่อเกิดความเจ็บปวดทุกข์เวทนาในร่างกายแล้วในขณะที่กำลังกำหนดขึ้นพิจารณา ทุกขเวทนานั้นจึงสามารถกำหนดรู้และพิจารณาความเป็นไปในการต่างๆ ได้อย่างชัดเจนจนกระทั่ง เห็นด้วยปัญญาอันรู้แจ้งได้ว่าขนาดว่า เวทนา กล่าวคือ ในขณะที่กำหนดขนาดนั้น จะไม่มีความรู้สึก เป็นตัวตนเราเขา เป็นผู้ไปยึดถือว่าเป็นผู้ได้รับความเจ็บปวดหรือเป็นผู้เสวยเวทนา ดังนั้นเวลาจะมีอยู่ ก็ตาม ก็จะได้เห็นว่าเวทนา เวทนามีอยู่ก็รู้สึกได้รู้สีกว่ารู้สึกเท่านั้น และการเสวยเวทนามีอยู่ ก็รู้สึกว่า เป็น การเสวยเวทนาเท่านั้น ไม่มีตัวตนใครเป็นผู้เสวย จะมองเห็นเวทนาทางกาย ก็ส่วนเวทนาทางกายเป็น คนละส่วนกันได้ เมื่อสามารถพิจารณาได้เช่น นี้ความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดทั้งหลาย ก็จะไม่ ครอบงำจิตใจบุคคลนั้นได้ เมื่อความเจ็บปวด หรือทุกข์เวทนาไม่สามารถครอบงำได้แล้ว จิตใจของ ผู้ เจริญสติ สติปัฏฐาน 4. ก็ไม่รู้สึกกระวนกระวายแต่สามารถวางเฉยต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ เพราะ เป็นการใช้ธรรมะคุมความเจ็บปวดได้ด้วยอำนาจของสติปัญญา นั่นเอง โดยสามารถรู้กำหนด เฉพาะ ภายในระบบประสาทเท่านั้นที่ยังรู้สึกปวดแต่ใจไม่ได้เจ็บปวดตามไปด้วย นี่ประการหนึ่ง

2) การเจริญสติปัฏฐาน 4 ด้วยการกำหนดจิตไว้แต่ในเรื่องของทุกขเวทนาเพียงอย่างเดียว เท่านั้น ซึ่งเป็นการถือเอาความเจ็บปวดนั้นมาเป็นอารมณ์ของสมาธิ โดยอาศัยกำลังของสติกำลังของ สมาธิ และกำลังของขณิจิตที่เคยผ่านการฝึกฝนไว้อย่างมากและเพียงพอมาแล้ว และนำมากำหนดขึ้น พิจารณาดูในทุกขเวทนา จนกระทั่งจิตสงบและสามารถรวมเป็นหนึ่งได้แล้ว อีกจะมีพลังในการมีภาวะ ของการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปของทุกขเวทนาไปได้ ดังนั้นภาวะของจิตที่เป็นที่เกิดจากการเจริญสติ ปฏฐาน 4 ต่างๆ นี้จึงมีพลังที่จัดทุกขเวทนาที่เกิดขึ้นให้หายไป

3) การปฏิบัติสติปัฏฐาน 4 ยังเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพใจให้มี ความบริสุทธิ์และมีความเป็นอิสระ กล่าวคือ เมื่อสติกับอยู่กับสิ่งที่ต้องการกำหนดอย่างเดียวและ สติปัญญารับรู้ เท้าทันสิ่งนั้นตามที่มันเป็นเป็นการควบคุมกระแสการรับรู้ และความคิดอันให้บริสุทธิ์ ไม่มีข้อความต่างๆ จะเกิดกิเลส หรือความขุ่นมัวต่างๆ จะเกิดขึ้นกับจิต ในเมื่อวิเคราะห์หามองเห็นสิ่ง ต่างๆ เพียงแค่ตามที่มันเป็น ไม่ใส่ความรู้สึก หรือไม่สร้างความเป็นธรรมอย่างไรลงไป จิตใจก็ย่อมไม่ มีความมุงมั่นถือมั่นในสิ่งต่างๆ เหล่านั้นจิตใจจึงสงบ เบาสบาย ผ่องใส ไม่ขุ่นมัวจากกิเลส อาจกล่าว โดยสรุปได้ว่า การเจริญสติปัฏฐาน นอกจากจะเป็นข้อปฏิบัติสำหรับบรรลุพระนิพพาน หรือถึงความ ดับทุกข์ แล้วยังสามารถนำมาใช้บำบัด หรือแก้ปัญหามารยาทความเจ็บป่วยและใช้บรรเทาทุกข์เวทนา อันเกิดจากโรคต่างๆ อย่างได้ผล ทั้งในสมัยพุทธกาลและในสมัยปัจจุบัน ดังนั้นจึงถือได้ว่าพระธรรม

โอสถ คือ “สติปัญญา 4” เป็น วิธีการบำบัด ซึ่งสามารถทำให้ความทุกข์กาย ทุกข์ใจ บรรเทา หรือ สลายไปได้นั่นเอง นอกจากนี้ยังมีการภาวนาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ หลักมรณะสติ ซึ่งเป็นการ ฝึกสติสัมปชัญญะให้นึกถึงความตายอยู่เสมอ เพื่อการใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1) การมองให้เห็นความจริงว่า ชีวิตไม่มีความแน่นอนความตายเป็นสิ่งแน่นอนแต่ไม่รู้ เวลา ตายที่แน่นอนจึงควรมีคุณค่าของเวลาที่มีอยู่และชวนชวายุกระทำการสิ่งที่ดีที่ควรกระทำดังพุทธ พจน์ใน อรกสูตร ว่า “พราหมณ์ หยาดน้ำค้างยอดหญ้า เมื่อดวงอาทิตย์ขึ้น เกิดเหือดแห้งไปอย่างรวดเร็ว อยู่ได้ไม่นาน แม้ฉันใดชีวิตของมนุษย์ทั้งหลายที่เปรียบด้วยหยาดน้ำค้าง ก็ฉันนั้นเหมือนกัน เป็นของ นิดน้อย รวดเร็ว มีทุกข์มาก มีความคับแค้นมาก บุคคลจึงรู้ด้วยปัญญา จึงทำกุศล พึงประพฤติ พรหมจรรย์ ไม่มีหอรก สัตว์ที่เกิดมาแล้วจะไม่ตาย” (อง.สตุตค. (ไทย). 23/74/168)

2) ให้รู้เท่าความจริงว่า ทรัพย์และบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ได้เป็นของตนไม่กลัวโรคและ สะสมทรัพย์สินเงินทองจนเกินสมควร หรือหวงแหน ตระหนี่ แต่ควรรู้จักจัดสรร ใช้สอยให้เกิด ประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งควรตระหนักว่าตนเองไม่สามารถอยู่กับบุคคลที่ตนรักได้ตลอดไป ที่เรียกว่า อภินิพจเวกขณ คือ ธรรมที่ควรพิจารณาธรรมที่พระพุทธรเจ้าตรัสไว้ว่าในฐานะสูตร คือ ฐานะที่ควรพิจารณาอยู่ 5 ประการที่สตรี บุรุษ คฤหัสถ์หรือบรรพชิตต้องพิจารณาเนื่องๆ ดังนี้ว่า

(1) เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้

(2) เรามีความเจ็บไข้เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไปได้

(3) เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้

(4) เราจะต้องพลัดพรากจากของรักของชอบใจทั้งสิ้น

(5) เรามีกรรมเป็นของตน เป็นผู้รับผลของกรรม มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย เราทำกรรมใดไว้จะเป็นกรรมดีหรือกรรมชั่วก็ตาม เราย่อมเป็นผู้รับผลของ กรรมนั้น

เมื่อพิจารณาข้อ (1) อยู่เสมอๆ ว่าเรามีความแก่เป็นธรรมดา ย่อมทำให้เกิดสติและความ มัวเมาในความเป็นหนุ่มสาว ซึ่งเป็นเหตุให้คึกคะนองประพฤติชั่ว หรือทำให้เบาบางลงได้

เมื่อพิจารณาข้อ (2) อยู่เสมอๆ ย่อมละความมัวเมาในความไม่มีโรคนั้นแม้ว่าขณะนี้ร่างกาย ของเราแข็งแรงดี แต่อาจมีโรคระบาดเฉียบพลัน

เมื่อพิจารณาข้อ (3) อยู่เสมอๆ ยอมรับความรวมเอาในชีวิตนั้นได้โดยสิ้นเชิงหรือทำให้เบา บางลงได้ และเริ่มใส่ใจศึกษาปฏิบัติธรรมอย่างจริงจัง ระมัดระวังในการดำเนินชีวิต

เมื่อพิจารณาข้อ (4) อยู่เสมอๆ ยอมรับความกำหนดด้วยอำนาจความพอใจในของรักของ ชอบนั้นได้โดยสิ้นเชิง หรือทำให้เบาบางลงได้

เมื่อพิจารณาข้อ (5) อยู่เสมอๆ ย่อมละทุกข์จิตทางกาย ทางวาจา และทางใจ ได้โดยสิ้นเชิง เพราะตระหนักแล้วว่ากรรมที่เราทำเราต้องรับผลกรรมนั้น กรรมเป็นผู้ให้กำเนิดแท้จริงของเรา พ่อแม่ มีส่วนให้กำเนิดอยู่บ้างแต่น้อยกว่ากรรมที่เราต้องเป็นทายาทอย่างแท้จริง

3) ควรฝึกจิตให้คุ้นเคยกับความตายเมื่อผู้ใดพิจารณาความตายอยู่ว่าทุกลมหายใจเข้าออก นั้นระลึกอยู่ว่าหายใจเข้าแล้วไม่หายใจออกก็ตายเพราะหายใจออกไม่หายใจเข้าก็ตาย เป็นอยู่ อย่างนี้ เรียกว่า “เป็นผู้ไม่ประมาท” แท้ที่จริงความตายนั่นไม่ใช่สิ่งน่ากลัวแต่พอที่จะตายนั่นเป็นตอน สำคัญ จะตั้งสติรักษาจิตด้วยอาการอย่างไรให้มันคงที่จะไม่ให้หวั่นไหวตรงนั้นจึงสำคัญที่สุด (ปฐม และภทรา

นิคมานนท์, โครงการหนังสือบูรพาจารย์หลวงปู่เทสก์ เทสรังสี, 2548) ตามพระสูตรที่พระผู้มีพระภาคตรัสไว้ใน ปฐมมรณสสตีสูตร ว่า “ภิกษุทั้งหลายมรณสสตีเจริญทำให้มากแล้ว ย่อมมีผลมาก มีอานิสงส์มาก หยั่งลงสู่อมตะ มีอมตะเป็นที่สุด เธอทั้งหลายเจริญมรณสสตีอยู่หรือไม่เราทั้งหลายจะเป็นผู้ไม่ประมาท อยู่กับการเจริญมรณสสตีอย่างแรงกล้าเพื่อความสิ้นอาสวะทั้งหลาย นอกจากนี้จากปัญหาของผู้สูงอายุจะเห็นว่าการที่ผู้สูงอายุมีจิตใจที่ห่อเหี่ยว ท้อแท้รู้สึกว่า ตนเองไม่มีคุณค่า นั้นสาเหตุหนึ่งมาจากการขาดจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิตทำให้ชีวิตตนเองไม่มีค่า ไม่มีความหมายซึ่งหลักอิทธิบาท 4 เป็นหลักธรรมที่สร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุได้มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ซึ่งมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

1) ผู้สูงอายุควรมีความพอใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อทำสิ่งที่ดีงามสำหรับตนเองหรือผู้อื่น เพราะฉะนั้นสิ่งแรกที่ผู้สูงอายุควรมองหาและพิจารณาว่าเราต้องการทำอะไร ต้องมีสิ่งที่ต้องการจะทำ อาจจะเป็นงานอดิเรกชอบ หรืออาจจะขอให้ไปช่วยทำงานทำการบางอย่างก็ได้เพราะเมื่อมีสักอย่างที่เราอยากจะทำที่เห็นว่ามิประโยชน์สิ่งเหล่านั้นจะเป็นหลักประกันให้ใครมีสูตรที่มุ่งไปข้างหน้าเพราะคิดว่าเราต้องทำก็ไม่มีเวลาให้ใจเหงา ไม่มีเวลาให้คิดถึงบ้าน

2) ผู้สูงอายุควรมีความเพียรพยายาม ความแก่งัดกล้าเข้มแข็ง มีกำลังใจที่จะสู้ หรือเดินหน้ากำลังใจเป็นคุณสมบัติสำคัญที่ทำให้คนเข้มแข็ง คนที่อายุมากอาจจะคิดว่าเรานั้นร่างกายอ่อนแอลงแล้วทำอะไรก็ไม่ขึ้นใหม่ในความอ่อนแอทางร่างกายนี้ต้องประสานกับทางจิตใจ ถ้าจิตใจไม่อ่อนแอร่างกายที่แข็งแรงได้จริง แม้ร่างกายไม่แข็งแรงจริง แบบใดที่มีกำลังใจนี้ทำให้เกิดความรู้สึกแข็งแรงได้

3) ผู้สูงอายุมีใจจดจ่อใส่ใจอยู่กับเรื่องที่ทำ เมื่อใจอยู่กับสิ่งที่ปรารถนาจะทำให้เห็นคุณค่า และเป็นประโยชน์จิตตะตออารมณ์อื่นที่ไม่เข้าเรื่องออกไปได้ สูงอายุมักจะรับอารมณ์จุจิก อารมณ์ที่ไม่สบายใจเข้ามากระทบตา ก็เก็บเอามาทำให้ตายของไม่สบายโดยไม่เข้าเรื่องได้แต่คิดว่าทำไมคุณเป็นอย่างนี้ ไม่เป็นอย่างนั้น เก็บถ้อยคำของผู้อื่นมาคิดขุ่นมัวในใจตัวเอง มีเรื่องที่ยากจะทำ ใจรักใจชอบ ก็จะไปเอาเป็นหลักของจิตได้แล้วจะไม่รับเรื่องจุจิก ถึงกระทบผ่านเข้าบ้าง ก็ตัดออกไปได้พอใจอยู่กับหลักและก็ไม่วุ่นไปแต่จะสงบแนวได้ จิตใจเป็นสุข

4) ผู้สูงอายุควรใช้ปัญญา กล่าวคือ ผู้สูงอายุถ้าไม่ใช้ปัญญา ไม่ใช้ความคิดก็จะแก่เร็ว และสมองฝ่อ การมีวิมังสา คือ การใช้ปัญญาตรวจการพิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล ให้เห็นความจริงในสิ่งที่เราทำ ว่าสิ่งที่เราทำนั้นประโยชน์อยู่ตรงไหน คุณค่าของมันคืออะไร ได้ผลดีและผลเสีย มีข้อบกพร่องอย่างไร ควรแก้ไขปรับปรุงที่ใดอย่างไร เมื่อเราเอาปัญญามาใช้กับเครื่องที่มีจุดหมาย ก็ไม่มีเรื่องของความฟุ้งซ่าน เป็นปัญญาที่ปลอดโปร่ง เป็นความผิตตามกระแสความจริงซึ่งเป็นเรื่องของความสบาย การให้ทาน และการรักษาศีลเป็นข้อปฏิบัติที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้ชีวิตดำเนินไปอย่างเป็นปกติสุข แต่ครั้งนี้ปัญหาหรือความทุกข์ทางกายของผู้สูงอายุ ก็มีสาเหตุหลักมาจากการขาดความเข้าใจในความเป็นจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ที่มาจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรู้สึกสับสน หงุดหงิดและขาดความมั่นใจในตนเอง ดังนั้น การพัฒนาจิตใจให้มีความสงบและตั้งมั่น โดยการเจริญสติ หรือการภาวนา ที่มีความสำคัญในการควบคุม หรือปรับอารมณ์ได้เป็นอย่างดี สำหรับอานิสงส์ของการเจริญสติปัฏฐาน 4 มีรายละเอียดดังนี้ (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรม ฉบับประมวลและขยายความ, 2554)

1) ในเรื่องของความบริสุทธิ์ เมื่อสติจับจ้องกับอยู่กับสิ่งที่ต้องการกำหนดอย่างเดียว และสัมปชัญญะ รู้เข้าใจจากนั้นตามทีมนั้น ย่อมเป็นการควบคุมการรับรู้และความคิดไว้ให้บริสุทธิ์ไม่มีช่องที่กิเลสต่างๆ จะเกิดขึ้นและในเมื่อวิเคราะห์หามองเห็นสิ่งเหล่านั้น เพียงตามทีมนั้นเป็น ไม่ใช่ความรู้สึกรู้ ไม่สร้างความคิดคำนึงความโน้มเอียงและใส่ใจต่างๆ ที่เป็นปกติวิสัย ลงไปย่อมไม่มีความยึดมั่นถือต่างๆ นั้นไม่มีช่องที่กิเลสทั้งหลาย เช่น ความโกรธจะเกิดขึ้นได้ และเป็นกำจัดอาสวะเก่า และป้องกันไม่ให้อาสวะใหม่ๆ ไม่ให้เกิดขึ้น

2) ในแง่ของความเป็นอิสระ เมื่อมีสภาพจิตที่บริสุทธิ์จากในข้อ 2 แล้ว ก็ย่อมมีความเป็นอิสระด้วย โดยจะไม่ไหวหวั่นไปตามอารมณ์ต่างๆ ที่เข้ามา กระทบเพราะอารมณ์เหล่านั้นถูกใช้เป็นวัตถุสำหรับศึกษาพิจารณาแบบสมาธิวิสัยไปหมด เมื่อไม่ถูกแปลความหมายตามอำนาจอาสวะที่เป็นปกติวิสัยสิ่งเหล่านั้น ก็ไม่มีอิทธิพลตามสุขนิสัยบุคคลนั้นและพฤติกรรม ต่างก็จะหลุดพ้นจากการถูกบีบบังคับ ด้วยกิเลสที่เป็นแรงขับ หรือแรงจูงใจไร้สำนึกต่างๆ และจะเป็นอยู่อย่าง ที่เรียกว่า “ไม่อิงอาศัย” (คือไม่ต้องขึ้นต่อตัณหาและทิฏฐิ) ไม่ยึดมั่นสิ่งใดในโลก

3) ในแง่ของปัญญา เมื่ออยู่ในกระบวนการทำงานของจิตเช่นนี้ปัญญาย่อมทำหน้าที่ได้ผลดีที่สุด เพราะจะไม่ต้องถูกเคลือบหรือหั่นเห่ไปด้วยความรู้สึก ความเอนเอียง และอคติต่างๆ ทำให้รู้เห็นได้ตามทีมนั้นเป็น คือ รู้ตามความจริง

4) ในแง่ของความพ้นทุกข์ เมื่อจิตอยู่ในภาวะตื่นตัว เข้าใจสิ่งต่างๆ เข้าใจตามทีมนั้นเป็น และคอยรักษาทำที่ของจิตอยู่ได้แค่นี้ความรู้สึกเอนเอียงในทางบวกหรือลบต่อสิ่งนั้นๆ ที่มีใช่เป็นไปด้วยเหตุผลบริสุทธิ์ย่อมเกิดขึ้นไม่ได้ จึงไม่มีทั้งความรู้สึกในด้านการหายาก (อภิชมา) และความขัดเคืองกระแทกใจ (โทมนัส) ปราศจากอาการกระวนกระวายต่างๆ เป็นภาวะจิตที่เรียกว่า มีความโปร่งเบา ผ่อนคลาย สงบ เป็นตัวของตัวเอง การทำจิตใจให้อยู่กับปัจจุบันขณะยังเป็นเหตุให้ผิวพรรณผ่องใส ขึ้นช่วยชะลอความแก่ หรือความทรุดโทรม ของรูปลักษณะภายนอก ได้ดังพุทธพจน์ ที่ตรัสว่า ภิกษุทั้งหลายไม่เท่าสุขถึงอดีต ไม่คิดถึงอนาคต กำหนดอยู่กับปัจจุบัน เพราะเหตุนี้ ผิวพรรณจึงผ่องใส เพราะคิดถึงอนาคต เศร้าโศกถึงอดีต ด้วยเหตุนี้ ภิกษุทั้งหลายผู้เข้างูชบชิตเหมือนต้นอัสสดีที่ถูกถอนขึ้นแล้ว ฉะนั้น นอกจากนี้ พระพุทธเจ้าได้ตรัสถึง อานิสงส์ ของผู้ถือศีล 5 ไว้ดังนี้

บุคคลผู้มีศีล สมบูรณ์ด้วยศีลในโลกนี้ ย่อมมีโมกขทรัพย์เป็นอันมาก ซึ่งมีความไม่ประมาทเป็นเหตุ นี่เป็นอานิสงส์ประการที่ 1 แห่งศีลสมบัติของบุคคลผู้มีศีล กิตติศัพท์อันงามของบุคคลผู้มีศีล สมบูรณ์ด้วยศีล ย่อมขจรไป นี่เป็นอานิสงส์ประการที่ 2 แห่งศีลสมบัติของบุคคลผู้มีศีล

บุคคลผู้มีศีล สมบูรณ์ด้วยศีล เข้าไปยังบริษัทใดๆ จะเป็นชาติติยะบริษัทก็ตาม พราหมณ์บริษัทก็ตาม คหบดีบริษัทก็ตาม สมณะบริษัท ก็ตาม ย่อมแก่ล้ากว่า ไม่เก้อเขินเข้าไป นี่เป็นอานิสงส์ประการที่ 3 แห่งศีลของบุคคลผู้มีศีล

บุคคลผู้มีศีล สมบูรณ์ด้วยศีล ย่อมไม่หลงลืมสติตาย นี่เป็นอานิสงส์ประการที่ 4 แห่งศีลสมบัติของบุคคลผู้มีศีล

บุคคลผู้มีศีล สมบูรณ์ด้วยศีล หลังจากตายแล้ว ย่อมไปเกิดในสุคติโลกสวรรค์ นี่เป็นอานิสงส์ประการที่ 5 แห่งศีลของบุคคลผู้มีศีล

สรุป สำหรับในด้านการพัฒนาและแก้ปัญหาทางจิตใจ ในทางพระพุทธศาสนาถือว่าสาเหตุของโรคทางใจนั้นมีรากเหง้าที่เรียกว่า อกุศลมูล 3 ประการ ได้แก่ ความโลภ ความโกรธ ความหลง

ซึ่งหลักพุทธธรรมที่สามารถใช้ในการพัฒนาและแก้ปัญหาทางจิตใจ บุญกิริยาวัตถุ 3 ที่เป็น หลักการทำความดี คือ การให้ทาน การรักษาศีล และการภาวนา ซึ่งในส่วนของการภาวนานั้น ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามหลักสติปัฏฐาน 4 ควบคู่ไปกับการเจริญมรณะสติสามารถเห็นตรงต่อ ความเป็นจริงของสภาวธรรม และกล้าเผชิญหน้ากับความตาย อันนำไปสู่การก่อนวางทางจิตใจไม่ให้ หลงไปตาม กระแสแห่งโลกหรือวัตถุ เพื่อให้จิตใจมีสภาพที่บริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง ผ่องใส ไม่เศร้าหมอง และเป็นแนวทางไปสู่การพ้นจากสภาวะแห่งทุกข์ทั้งปวง ส่วนหลักอิทธิบาท 4 เป็นหลักธรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2.3 ผู้สูงอายุและภาวะติดเตียง: แนวคิด และงานวิจัย

2.3.1 ผู้สูงอายุในพระพุทธศาสนา

ในทัศนะของพระพุทธศาสนา “ผู้สูงอายุ” มีความหมายเช่นเดียวกับ “ชรา” ซึ่งตามหลักพระพุทธศาสนา “ชรา” เป็นปรากฏการณ์หนึ่งของชีวิตทุกชีวิตที่เกิดขึ้นสืบเนื่องมาโดยตลอดตั้งแต่เป็นทารกจนกระทั่งตาย ในสัมมาทิฏฐิสูตร กล่าวถึงความแก่ชราว่า “ชรา เป็นอย่างไร คือ ความแก่ ความคล้ำคร่ำ ความมีฟันหลุด ความมีผมหงอก ความมีหนังเหี่ยวย่น ความเสื่อมอายุ ความ แก่หง่อม แห่งอินทรีย์ในหมู่สัตว์นั้นๆ ของเหล่าสัตว์นั้น ในเทวทูตสูตรซึ่งเป็นพระสูตร ที่เตือนให้ระลึก ถึงคติธรรมของชีวิตมิให้ประมาทได้แก่ ความแก่ ความเจ็บ และความตาย ได้แสดงลักษณะของหญิง หรือชายที่เป็นคนชรา ดังนี้ “สตรีหรือบุรุษมีอายุ 80 ปี 90 ปี หรือ 100 ปี เป็นคนชรา มีซีโครงคดหลังโกง หลังค่อม ถือไม้เท้าเดินงๆ เจ็บๆ เก้งๆ กังๆ หมดความเป็นหนุ่มสาว ผมหงอก ศีรษะล้าน หนังเหี่ยว ตัวตกกระ ความชรา ยังเป็นกฎธรรมชาติหรือหลักความจริงที่มีอยู่โดยปกติธรรมดา” คือ เป็นไปตามหลักไตรลักษณ์ และปัจจุสมุปบาท คือ ความแปรปรวนเปลี่ยนแปลงของสังขาร โดยที่ คำว่า “ชรา” มักจะปรากฏควบคู่กับคำว่า “พญาย” (ความเจ็บ) และ “มรณะ” (ความตาย) เสมอ จึงมัก เรียกกันว่า “ชราพญายมรณะ” เป็นการอธิบายความหมายผู้สูงอายุโดยใช้อายุและลักษณะการ เปลี่ยนแปลงทางกายเป็นหลักชราในปัจจุสมุปบาท จึงหมายถึง ความแปรปรวนหรือวนเวียนอยู่ใน ทุกข์หรือกล່องทุกข์ ในทัศนะของนักปราชญ์ทางพระพุทธศาสนา พุทธทาสภิกขุ ให้ความหมาย คำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้เห็นอนิจจังมากขึ้น เห็นทุกข์มากขึ้น เห็นอนัตตามากขึ้น เห็นอิทัปปัจจยตามากขึ้น เห็นตถตามากขึ้น จนคงที่ไม่หวั่นไหว ไม่เปลี่ยนแปลง หรืออีกนัยหนึ่ง ผู้สูงอายุโดยแท้จริง คือ ผู้สูงอายุด้วยคุณธรรมในจิตใจ มีธรรม มีความถูกต้องที่กายวาจาและใจ มีความเป็นอยู่อย่างสงบสุข อนึ่ง เพื่อทำความเข้าใจว่าผู้สูงอายุ เริ่มขึ้นเมื่อใด สมเด็จพระมหาสมณเจ้ากรมพระยาวชิรญาณวโรรส ทรงแบ่งช่วงชีวิตมนุษย์ออกเป็น 3 วัย คือ

- 1) ปฐมวัย เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 21 ปี เป็นช่วงที่ร่างกายเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว
- 2) มัชฌิมวัย เป็นช่วงหลังจากอายุ 21 ปีจนกระทั่ง 60 ปี ร่างกายคงที่ไม่เจริญสืบไปมี แต่จะทรุดโทรมลง
- 3) ปัจฉิมวัย เป็นช่วงคนอายุ 50 ปี ไปแล้วร่างกายยิ่งทรุดโทรมลงไปตามลำดับการซึ่งนับว่าเป็นวัยของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาความหมายผู้สูงอายุ ตามความหมายทางพระพุทธศาสนา ผู้สูงอายุ

คือ ผู้ที่มีความเสื่อมโทรมของร่างกายที่สามารถเห็นได้ชัด เช่น ฟันหัก ผมหงอก ศีรษะล้าน หนังเหี่ยว ตกรกระ หลังโก่ง และเป็นผู้ที่มีอายุมาก ที่ควรมีความเข้าใจเห็นถึงความจริงของชีวิต มีความ เป็นอยู่ อย่างสงบสุข

2.3.2. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง

จากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมี แนวโน้มผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ผู้สูงวัยมีแนวโน้มที่จะ มีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยในปี พ.ศ. 2557 เพศชาย 71.3 ปี เพศหญิง 78.2 ปี ซึ่งจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงการ การดูแลที่มากขึ้น จากความเสื่อมทางร่างกายส่งผลต่อภาวะพึ่งพิง โดยส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการ ดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น จากการรวบรวมสถิติทางประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า เมื่อเปรียบเทียบดัชนีภาวะพึ่งพิง คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เทียบกับประชากรวัยทำงาน คือ ช่วงอายุ 15 - 59 ปี ในจำนวน 100 คน (60+ / < 15) พบว่า ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่มากที่สุด คือ ภาคเหนือ 104.6 ต่อพันประชากร รองลงมา คือ ภาคกลาง 85.1 ต่อพันประชากร และจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 2 ของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะ “ติดเตียง” ที่ต้องการการพึ่งพิง คือ อยู่ใน สภาพพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากข้อมูลการพึ่งพิงในวัยผู้สูงอายุต่อประชากร วัยแรงงาน ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประชากรวัยแรงงาน 5 คน ต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทย คือ มีขนาดเล็กลง รูปแบบของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปโดย ในช่วงปี พ.ศ. 2543 - 2556 พบว่า ขนาดของครอบครัวเล็กลง เป็นครัวเรือนเดี่ยว และครัวเรือน แห้วกลาง มีการขยายตัวมากที่สุด จากความสัมพันธ์ทางสังคมและขนาดของ ครอบครัวที่ เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ของพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นสังคมเมืองมีเพิ่มขึ้น แรงงานภาคการเกษตรลดลงย้ายไปสู่ระบบแรงงานภาคอุตสาหกรรม และพนักงาน ที่ต้องทำงาน ประจำมากขึ้น เนื่องจากพื้นที่ทางการเกษตรลดลง ทำให้ครอบครัวเสี่ยงต่อ การขาดผู้เข้ามาเป็นดูแล อีกทั้งคนไทยยังมีปัญหาเชิงคุณภาพทั้งด้านการดูแลสุขภาพการเรียนรู้ และคุณธรรม คุณภาพการ ให้บริการทางสาธารณสุขยังคงมีความเหลื่อมล้ำกันระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะ การกระจายทรัพยากร ทางการแพทย์ และสาธารณสุข ยังมีความขาดแคลนบุคลากร เป็นอย่างมาก

จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนทำให้มีความต้องการดูแล ในภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการทางด้านสุขภาพ เนื่องจากภาวะสุขภาพ ที่ถดถอย อันเกิดจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เสื่อมถอยลงตามอายุส่งผลต่อระดับ ความต้องการการดูแล เมื่ออยู่ในวัยชราตอนปลาย หรือมีภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดในสมอง หรือการได้รับอุบัติเหตุ การพลัด ตกหกล้ม และมีภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบาก ในการเดิน ทางเข้ามารับการบริการในสถานบริการทางสุขภาพ อีกทั้งยังได้รับผลกระทบทาง เศรษฐกิจและการ

ดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มที่ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลตลอดเวลา

2.3.3 การประเมินภาวะติดเตียงในผู้สูงอายุ

ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุนั้นเพื่อการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์การให้บริการด้านสุขภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมินดัชนี Barthel ADL index (Barthel Activity of Daily Living index) เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตาม ศักยภาพของผู้สูงอายุ สำหรับสังคมไทยมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง 0 - 4 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับสูง กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่ 3 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง

ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง 5 - 11 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับปานกลาง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม 2 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

ผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่ต้องการการพึ่งพิง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม 1 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุติดเตียง ใช้แบบประเมิน ADL (Activity Daily Living) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำแต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก - นั่ง การเคลื่อนไหว การเข้าห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบภาวะพึ่งพิง ความต้องการการดูแลและการจัดบริการการช่วยเหลือดูแล

ในประเทศไทย การวัดภาวะพึ่งพิงด้วยตัวชี้วัด Barthel ADL Index มีการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 พบว่า สถานการณ์การพึ่งพิงในผู้สูงอายุชายมีร้อยละ 1.7 ในผู้สูงอายุหญิงมี ร้อยละ 2.4 และเพิ่มขึ้นตามลำดับซึ่งมีผลต่อการสูญเสียปีสุขภาพที่ดีที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การสูญเสียปีสุขภาพ หรือ DALYs (Disability Adjusted Lite Years) เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งจากการตายและความบกพร่องทางสุขภาพ โดยคำนึงถึงระยะเวลาของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และระยะเวลามีชีวิตอยู่ด้วยความพิการหรือความบกพร่องทางสุขภาพ จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2547 มีการสูญเสียปีสุขภาพในผู้สูงอายุไทยประมาณ 1.4 ล้านคน โดยมีสาเหตุลำดับที่1 เพศชายและหญิงสาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง อันดบรองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคปอดอุดกั้น ตามลำดับ ทำให้ผู้สูงอายุไทยสูญเสียปีสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานส่งผลต่อการเป็นภาระพึ่งพิงที่ยาวนาน จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการพึ่งพิงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นนโยบายในการดูแลระยะยาวโดยมีการให้ความหมาย การนอนติดเตียง (Bed Bound Elder) หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมต้องนอนอยู่ในเตียงตลอดเวลา อาจขยับตัวได้

เพียงเล็กน้อย แต่จะช่วยเหลือตัวเองอย่างอื่นไม่ได้ แม้แต่การขับถ่าย ผู้สูงอายุที่อายุมากอาจเกิดจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรม การนอนติดเตียงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่รุนแรงได้หลายอย่าง เช่น แผลกดทับ ภาวะขาดอาหารรุนแรง การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

ประเทศไทยสาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุที่พบบ่อย พบว่า ร้อยละ 40 มีโรคประจำตัว 1 - 2 โรค หรือมีปัญหาทางสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จากการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว และมีร้อยละ 7 ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ (ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในภาวะเจ็บป่วย ที่มีความบกพร่องหรือความพิการทาง ร่างกาย) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และการหกล้ม เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานันท์ และวิพุธ พูลเจริญ, 2542) นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน บกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถ ทำกิจกรรมได้ตามปกติ ซึ่งถือว่ามีความทุพพลภาพ โดยประสบปัญหาทุพพลภาพนานกว่า 6 เดือน ถึงร้อยละ 19 และมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4 ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรง ปานกลาง และรุนแรงมากมีประมาณ ร้อยละ 1.7 - 2.1 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวัน

2.3.4. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care: LTC)

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้นมีการสนับสนุนการทำงานตามศักยภาพและประสบการณ์ เพื่อส่งเสริมให้มีการดำรงชีวิต การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือชะลอความทุพพลภาพ และโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ก่อให้เกิดภาระให้แก่ บังคับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ การส่งเสริมให้ความสำคัญกับมิติทางสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นวาระสำคัญที่ทุกนโยบายสาธารณะ (Health in all Policies) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามนโยบายของทุกภาคส่วน การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพประชาชนวัยสูงอายุ จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยติดเตียงที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมถอย ระบบสุขภาพที่ต้องพึ่งพิงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีผลกระทบต่อครอบครัวที่ดูแล โดยมีแนวคิดในการดูแลระยะยาว 6 ประการ ดังนี้ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนาณิชย์ และธนิกันต์ ศักดาพร, 2552)

1. เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพที่ทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและความพิการ
2. เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง
3. มีกิจกรรมที่มีความหลากหลายเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน

4. เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้านในชุมชนหรือในสถาบัน เช่น ครอบครัว สถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล Nursing Home

5. เป็นการจัดการบริการที่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยด้านสุขภาพ

6. มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในการดูแลฟื้นฟู การบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มักจะมีโรคเรื้อรัง และมีความพิการอย่างรุนแรง (Long Term With Extreme Disabilities) ซึ่งมีสาเหตุมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยตามอายุที่สูงขึ้น และโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินอาการของโรคที่มากขึ้นตามพยาธิสภาพของโรคที่เจ็บป่วยบางครั้งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล การพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆ เช่น แผลกดทับ มีการอุดตันของทางเดินหายใจ หรือการอุดตันทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (Total Care) การนอนติดเตียง (Bed Ridden) ต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจง บางคนต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อการอยู่รอดและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัญหาทางเดินหายใจ ต้องพึ่งพิงออกซิเจน (Oxygen Therapy) อาจมีการใส่ท่อเจาะคอ (Tracheostomy Care) การดูดการดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ (Suction) การเตรียมอาหารเหลว (Blenderized Diet) การให้อาหารทางสายยาง (NG Tube or Gastrostomy Feeding) การทำแผลกดทับ การฉีดยาอินซูลิน การใส่สายสวนปัสสาวะ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เป็นต้น (กรมอนามัย, 2555)

สรุป การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ป่วยเรื้อรัง มีความพิการ หรือทุพพลภาพ ที่ทำให้เกิดการสูญเสีย ความสามารถในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง อันเนื่องจากการเจ็บป่วยทุพพลภาพเป็นการดูแล ที่ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานอย่างต่อเนื่องโดยมีกิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลาย ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เกิดขึ้นที่บ้านโดยครอบครัวเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และมีการสนับสนุนอย่างเป็นทางการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาวในการดูแล ฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ต้องมีการให้ความสำคัญกับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. การสร้างระบบค่านิยมการมองประโยชน์ผู้อื่น ปลูกฝังความรักและความเมตตา และจิตใจที่สงบมั่นคงทั้งกับตัวเองและผู้อื่นซึ่งเป็นพื้นฐานของความรัก

2. การสร้างความศรัทธาและความหวัง การมีชีวิตอยู่กับความจริง ซึ่งเป็นการสร้างความหวังและศรัทธาความเชื่อในการดำเนินชีวิตบนโลกทั้งของตนเองและของผู้อื่น

3. การปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ปลูกฝังการปฏิบัติ ทางจิตวิญญาณ

4. การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือเพื่อการดูแล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความเข้าใจต่อผู้สูงอายุติดเตียง ความเห็นอกเห็นใจในการมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นกับผู้สูงอายุที่ดูแล

5. ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ การแลกเปลี่ยนความรู้สึกและเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและทางลบ

6. การแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงกับความสามารถในการดูแลด้วยความรัก

7. ส่งเสริมการเรียนรู้การสอน การเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับความเป็นหนึ่งเดียวกัน เอาใจใส่และคิดถึงความรู้สึกของผู้อื่น

8. ประคับประครอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ การสร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด

9. ความพึงพอใจต่อการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการ

10. การยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ที่เกี่ยวกับการมีชีวิตและความตายการดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่สำคัญของระบบสุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งผู้ดูแล มีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ผู้ดูแลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว โดยการขับเคลื่อน ทางสังคมโดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 กำหนดปรัชญาหลักในการดูแลไว้ 3 ด้าน (ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2558) คือ

1. ผู้สูงอายุมิใช่ผู้ด้อยโอกาส ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

2. ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

3. สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อีกทั้งได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักไว้ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของประชากร 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) ระบบคุ้มครองทางสังคม 4) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา และพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ 5) การประมวล พัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามงานวิจัยของอุทัยวรรณ สุกิมานิล (2020) พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้พุทธวิธีเสริมสร้างพลังในตนเอง คือ กายภาวนา หรือ สมกภาวนา มี 2 วิธีการ คือ

วิธีการที่ 1 การเจริญภาวนา ด้วยการเคลื่อนไหวร่างกาย สำนวณกาย ดูแลร่างกายให้มีความแข็งแรงของอวัยวะ มีกำลังคล่องแคล่ว มี 2 แนวทาง

- 1) เคลื่อนไหวกาย เติบจนกรมฝึกกลมหายใจเข้าออก ส้ารวมกาย
- 2) ดูแลส่งเสริมสุขภาพในวิถีชีวิต การบริหารกายออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับ

ร่างกาย

วิธีการที่ 2 การเจริญกายเมื่อเจ็บป่วย มี 2 แนวทาง

- 1) ดูแลสุขภาพด้วยการรักษา ควบคุมสมดุลของร่างกาย
- 2) ให้มีความแข็งแรงของอวัยวะ มีกำลังคล่องแคล่ว มี 2 แนวทาง ให้มีความแข็งแรง

ของอวัยวะ มีกำลังคล่องแคล่ว มี 2 แนวทาง

วิธีการที่ 3 การดูแลร่างกาย ด้วยการควบคุมการบริโภคอาหาร มี 2 แนวทาง

- 1) เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ และการเจ็บป่วย
- 2) รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ

4. ด้านการดูแลสุขภาพสภาพจิตผู้สูงอายุ มี 2 แนวทาง คือ

วิธีการที่ 1 การควบคุมจิต

- 1) การฝึกการเดิน นั่ง ยืน รับประทานอาหารให้มีสติรู้ตัว ทำให้จิตเยือกเย็น
- 2) การฝึกคิดหาเหตุผล

วิธีการที่ 2 การฝึกคิดเชิงบวก เป็นการเจริญจิต พัฒนาจิต อบรมจิตของตนเอง

- 1) หมั่นเจริญจิตให้กำลังใจตนเอง เมตตากรุณาต่อตนเองด้วยการคิดบวก
- 2) พัฒนาจิตมองหาด้านดีงาม มุมมองทางบวก

5. ด้านการดูแลสุขภาพอารมณ์ผู้สูงอายุ ในพุทธวิธีปฏิบัติ 3 วิธีการ

วิธีการที่ 1 การแสดงออกทางอารมณ์ ในฐานะผู้รักษาศีลอย่างเหมาะสมทั้งกาย วาจา ใจ มี 2 แนวทาง

- 1) ต้องสร้างอารมณ์ขึ้น ทำจิตผ่องใส
- 2) ปรับกระบวนการคิดด้วยการรักษาศีล 5 มิให้บกพร่อง ให้เกิดความบริสุทธิ์กาย วาจา ใจ ทำให้มีความสุข สบายใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์

วิธีการที่ 2 ควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ ต่อผู้อื่น มี 2 แนวทาง

- 1) อดทน ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
- 2) ใช้หลักพรหมวิหาร 4

วิธีการที่ 3 รับรู้คุณค่าของตนเองด้วยจิตภาวนามี 2 แนวทาง

- 1) ฝึกจิตภาวนา พิจารณาการกระทำของตนเองมีคุณค่า
 - 2) พิจารณาประโยชน์ที่ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้สร้างประโยชน์แก่ผู้อื่น
- เห็นความสำคัญขอชีวิตตนเอง

6. ด้านการดูแลสุขภาพสังคมผู้สูงอายุ มี 2 วิธีการ

วิธีการที่ 1 การเจริญกายภาวนา ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มี 3 แนวทาง

1) ผู้สูงอายุควรมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพิ่มพูนความรู้
 2) ฝึกสมาธิภาวนา ในกิจกรรมพัฒนา กิจกรรมสร้างสรรค์ประโยชน์ เสริมสร้างประสบการณ์ใหม่ งานอดิเรก

3) การเจริญสมถกรรมฐาน หรือให้เกิดสมาธิ ด้วยการร่วมกิจกรรมทางศาสนาทำงานสวนมนต์ที่วัด เจริญภาวนา การฝึกสมาธิ เจริญสติร่วมกับเพื่อนผู้สูงอายุครอบครัว และคนในชุมชน

วิธีการที่ 2 การเจริญอัฐภาวนา ศีลภาวนา เป็นการพัฒนาจิตใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นของผู้สูงอายุที่ต่างก็มีประสบการณ์มาก มี 2 แนวทาง

1) เจริญจิตภาวนา แสดงออกสื่อความรัก ความเอื้ออาทร

2) แสดงตนเป็นแบบอย่าง ในการรักษาศีลภาวนา ความเสียสละ จิตอาสารักษาสัจจะ

7. ด้านการดูแลสุขภาพจิตวิญญาณในชีวิตผู้สูงอายุ เสริมสร้างพลังความมั่นคงในการรักษาความผาสุกของจิตวิญญาณ และมีจุดหมายในชีวิต 3 วิธีการ

วิธีการที่ 1 รักษาศีลภาวนา เชื่อในสิ่งดีงามด้วยพุทธวิธี

วิธีการที่ 2 หาความรู้ความเข้าใจในการดำเนินชีวิตด้วยศีลธรรม

วิธีการที่ 3 ผู้สูงอายุเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมศาสนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่บ้านและที่วัด

พลมาลย์ สงอน (2565) พบว่านโยบายการบริหารที่มีต่อผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า

1. นโยบายการบริหารที่มีต่อผู้สูงอายุ อบท. ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตรา ส่วนพึงพิง ในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

1) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ

2) ความต้องการทางด้านการประกันรายได้

3) ความต้องการที่จะลด ความพึ่งพาคนอื่น ให้น้อยลง

4) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว

5) ความต้องการมีชีวิตรวมในชุมชน

2. หน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริม และพัฒนาผู้สูงอายุ ด้วยการติดตาม ประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

1) หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

2) การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

3) ปลุกจิตสำนึก ให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าการสนับสนุนส่งเสริมผู้สูงอายุ

3. ปัญหาการนำนโยบายการบริหารที่มีต่อผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

1) ผู้สูงอายุ ขาดสวัสดิการ ในด้านการประกันรายได้

2) นโยบายรัฐมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรม โครงการผู้สูงอายุ

3) งบประมาณจากส่วนกลางไม่ทั่วถึง

- 4) รัฐบาลให้ความสำคัญกับเศรษฐกิจมากกว่าผู้สูงอายุ
- 5) ขั้นตอนการจัดทำเอกสารค่อนข้างยากในการเบิกจ่ายงบดูแลผู้สูงอายุ
- 6) ผู้สูงอายุมีรายได้น้อย ขาดผู้ดูแลใกล้ชิด ว่างงานและไม่มีรายได้

4. การดำเนินงาน ตามเป้าประสงค์ เป็นผลสัมฤทธิ์ตามประเมินยุทธศาสตร์

เป้าประสงค์ที่ 1. มีการบูรณาการ ทั้งระดับนโยบายกลไกสู่การปฏิบัติมีการเชื่อมโยง แผนนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ระดับหน่วยงานเพื่อเป็นกลไกในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ และสร้างความร่วมมือ งานด้านผู้สูงอายุระหว่างประเทศ

เป้าประสงค์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และเตรียมความพร้อม คนทุกวัยผู้สูงอายุได้รับการ พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมให้ มีงานทำ มีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคมผ่านเครือข่าย และกลไก ระดับพื้นที่ และคนทุกวัยมีการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ

เป้าประสงค์ที่ 3 ผู้สูงอายุ ได้รับการพิทักษ์ และคุ้มครองสิทธิ อย่างทั่วถึงผลักดันและ ขับเคลื่อน มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พร้อมทั้งสร้างระบบ คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และบริบทในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์ประโยชน์ อย่างทั่วถึง ปฏิบัติการจัดทำโครงการเกี่ยวกับ สวัสดิการผู้สูงอายุเช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ส่งเสริมรายได้ผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วม จากหน่วยงานทั้งภาครัฐภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการสนับสนุนทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และให้ความสำคัญกับ ประเด็นผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ควรมีการจัดตั้ง และพัฒนาบริการทางด้านสังคมในชุมชนที่เข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยดำเนินการให้บริการถึงบ้าน และมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม

- ระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การเยี่ยมบ้าน
- บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่างๆ
- จัดตั้งระบบเฝ้าระวัง เกื้อกูลและดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชน
- จัดให้มีอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- ให้ความรู้ความสามารถ ให้กับผู้ดูแล และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- ท้องถิ่นได้รับ โอนภารกิจ มาให้ดำเนินการต่อจากพัฒนาสังคมเพื่อนำไปจัดทำแผนพัฒนา

5 ปี โดยจัดตั้ง ศูนย์ บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ศูนย์ บริการทางสังคมผู้สูงอายุ โดยตั้งเป็น เอกเทศ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ สถานสงเคราะห์ และศูนย์บริการโดยชุมชน

เป้าประสงค์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อยกระดับการให้บริการเพื่อให้ ประชาชน มีความ พึงพอใจ ตอบคุณภาพการให้บริการโดยออก แบบการบริการที่ยึดกลุ่มเป้าหมาย เป็นศูนย์กลาง มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือนวัตกรรมที่เหมาะสม

- หน่วยงานได้จัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุได้แก่

- 1) จัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุข
- 2) บริการตรวจสุขภาพที่บ้าน

- 3) บริการให้ความรู้แนะนำการดูแลสุขภาพที่ถูกวิธีให้กับผู้ดูแล
- 4) บริการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและโรคร้ายไข้เจ็บเป็นรายบุคคล
- 5) บริการด้านกายภาพบำบัด

สายพิณ ปั่นทอง (2565) ได้ศึกษา องค์ประกอบ เชิงสำรวจ ความต้องการจำเป็นพื้นฐานที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุประกอบด้วย

1. ความต้องการแสวงหาสิ่งใหม่ ประกอบด้วยความต้องการ 4 ด้านคือ
 - 1) ความต้องการแสวงหาสิ่งใหม่อย่างต่อเนื่องจากความสามารถของผู้สูงอายุที่ผ่านมา
 - 2) ความต้องการ จะแสวงหาสิ่งใหม่อย่างต่อเนื่องและสิ่งใหม่ นั้น ผู้สูงอายุไม่เคยทำมาในอดีต
 - 3) ความต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆของชุมชน และสังคม
 - 4) ความต้องการหารายได้ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาหาเลี้ยงชีพตนเองและนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน
2. ความต้องการด้านสุขอนามัย ประกอบด้วยความต้องการย่อย 4 ด้านคือ
 - 1) ความต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
 - 2) ความต้องการอาหารการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ
 - 3) ความต้องการ การบำรุงรักษาร่างกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - 4) ความต้องการได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ
3. ความต้องการด้านอารมณ์ และจิตใจ ประกอบ ด้วยความต้องการย่อย 3 ข้อคือ
 - 1) ความต้องการสิ่งแวดล้อม เฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความสนใจของตนเอง
 - 2) ความต้องการที่จะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การเปลี่ยนแปลงจะทำได้ช้า
 - 3) ความต้องการ แสดงออกทางอารมณ์ เกี่ยวเนื่องกับ การตอบสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม
4. ความต้องการมีส่วนร่วมและความเคารพนับถือ มีความต้องการ 5 ด้านคือ
 - 1) ความต้องการ การยอมรับ เคารพยกย่องนับถือ แสดงออกถึงควมมีคุณค่าจากสมาชิกในครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ
 - 2) ความต้องการสร้าง วิธีดำเนินชีวิตของตนเอง มุ่งสร้างความดีงาม ให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น
 - 3) ความต้องการการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคม และหมู่คณะ
 - 4) ความต้องการ ชีวิต หรือสังคม และมีบทบาทในสังคมตามความถนัด

5) ความต้องการการควบคุมทางจิตใจหรือต้องการควบคุมอาการผิดปกติในด้านจิตใจ และอารมณ์ ไปในทิศทางที่ดีเสมอ

5. ความต้องการ ความช่วยเหลือด้านพยาบาล ประกอบด้วยความต้องการ 3 ด้าน คือ

1) ความต้องการมีผู้ดูแล ช่วยเหลือ ให้การพยาบาล อย่างใกล้ชิด เมื่อยามเจ็บปวด

2) ความต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด

3) ความต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวกรวดเร็วและ ทันทีทันที่

6. ความต้องการรายได้ ประกอบด้วยความต้องการ 3 ด้านคือ

1) ความต้องการได้รับการรักษาพยาบาล แบบให้เปล่า จากรัฐบาลเฉพาะ

2) ความต้องการประกันรายได้และประกันความชราภาพ

3) ความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทั้งทางด้านการเป็นอยู่ หลายและการบริการจากรัฐ

2.3.5 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ความหมายการดูแล

ความเปลี่ยนแปลงของครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ต้องให้การดูแล ส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยทฤษฎีครอบครัวได้อธิบายถึงปรากฏการณ์ทางสังคม ของครอบครัวที่เป็นหน่วยสังคมที่เล็ก แต่มีความสลับซับซ้อนหน่วยหนึ่ง ในสังคม โดยเฉพาะ ครอบครัวเป็นระบบย่อยที่สำคัญและเป็นสถาบันที่เป็นรากฐานในการสร้างเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม ในการถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานมากที่สุด ครอบครัวเป็นระบบที่ซับซ้อนและ ประกอบขึ้นด้วยระบบย่อย ภายในครอบครัวอีกหลายระบบ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อการดำเนินการดำเนิน ชีวิตของครอบครัว การทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ ของครอบครัว เป็นการขยายมุมมองในการวิเคราะห์ครอบครัว ได้อย่างกว้างขวาง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้นรัฐบาลได้สนับสนุน นโยบายโดยดำเนินการระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยเน้นการดูแลที่ บ้าน ซึ่งได้ใช้คำว่า “Family Caregiver” หรือ “Informal Caregiver” หมายถึง สมาชิกครอบครัว ญาติ หรือบุคคลที่ให้ ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2557) ซึ่งมีการให้ ความสำคัญในการดูแลไว้ ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแล อาจเป็น สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต

2. ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะโรค ความพิการ หรือความเสื่อมของร่างกายที่บกพร่อง จิตใจ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันหรือ มีความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์โดยต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่าง ต่อเนื่อง

3. การให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4. การให้การช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชน ในแหล่งที่อยู่อาศัยที่ไม่ใช่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้น เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุเป็นสถาบันหนึ่งของสังคมที่ทำหน้าที่ในการปกป้องสมาชิก รวมทั้ง เป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญ ที่จะตอบสนองความต้องการของ สมาชิกในครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือสมาชิกอย่างเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับ การแสดงความเคารพ เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

การแบ่งภาระการดูแลตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ในการดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม, 2553; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ได้แก่

ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง โดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในภาวะที่ผู้สูงอายุ เจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจคิดเป็นชั่วโมงการดูแลต่อวันที่สูงสุดหรือ ยอมรับว่าตนเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลโดยอาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม บางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่า ผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น

การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยครอบครัวยังเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การจัดบริการการดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม ในการดำเนินงานการดูแลได้มี การแบ่งประเภทของผู้ดูแลไว้ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ให้การดูแลช่วยเหลือ การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้สูงอายุที่รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัว ยังคงมีส่วนที่ใหญ่มากที่สุดของการดูแลระยะยาว เช่น ลูก หลาน ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน โดยมุ่งเน้นการดูแลที่ไม่มีค่าตอบแทน

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเฉพาะ และการศึกษาสำหรับการดูแลโดยเฉพาะ ทั้งทางคลินิก ทางสังคม และการบริการทางสาธารณสุข ตามมาตรฐานการดูแล ซึ่งอาจจัดบริการให้ทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือในสถาบันต่างๆ

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้นโดยสังคมไทย มองว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว โดย National Center of Health พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจะตกเป็นหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ โดยเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family caregiver)

ปัจจัยในการรับบทบาทผู้ดูแลที่บ้านของสมาชิกในครอบครัว (ซูชิน ชีวพูนผล, 2541; รุจา ภูโพบูลย์, 2541) มีดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมา โดยส่วนใหญ่ ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และร่วมเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยเฉพาะเพศหญิง จะได้รับการอบรมให้เป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งคำสอนให้บุตรต้องดูแลบิดามารดา ในยามแก่ชรา หรือป่วยไข้ ซึ่งหากบุตรคนใดเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ ก็จะได้รับการทำงานจากสังคมภายนอกได้

2. สัมพันธภาพ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใย ในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อป่วยนอนติดเตียง

3. ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจตัวผู้สูงอายุ ที่ต้องดูแลเข้าในการดำเนินของโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น บุตรเป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ก็มีแนวโน้มว่าจะต้องเป็นผู้ดูแลมากกว่าบุคคลอื่นๆ

4. การยอมรับของผู้สูงอายุที่สามารถบอกเพื่อเลือกผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

5. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล ที่สามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน เช่น อายุ สถานภาพสมรสงานประจำ เช่น ผู้ที่ต้องทำงานประจำ สถานที่ทำงาน อยู่ไกล ย่อมไม่ค่อยมีเวลาและให้เวลาในการดูแลน้อยกว่าบุตรที่ทำงานอยู่ใกล้

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำ มักต้องเป็นผู้รับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อยาได้ครอบครัวน้อยลง

วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2547) พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นบุตร เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การดูแลเป็นหน้าที่ของญาติ โดยบทบาทที่ถูกกำหนดไว้ สำหรับเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นแม่บ้าน ผู้ดูแลจะอยู่ในวัยกลางคนมากกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนั้นสามารถสรุปองค์ประกอบการดูแลได้ 8 ประการ ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้มีความเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ

2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ที่ต้องการจะให้ความช่วยเหลือ

3. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน คือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4. ความอดทน (Patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

5. ความหวัง (Hope) เป็นการมองไปในอนาคตของผู้ให้การดูแลเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

6. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้ป่วยอีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย

7. ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8. การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (Alternating Rhythms) ผู้ดูแลต้องดูปัญหาหลายแนวมีการประเมินการดูแล และปรับปรุงเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอและในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงนั้นต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ดูแลให้มีชีวิต ความเป็นอยู่ที่มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสามารถแบ่งการดูแลได้ 5 ด้าน ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และพรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2544)

1. ด้านการดูแล เป็นการดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ดูแลสิ่งแวดล้อมในการจัดของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สามารถทำได้ เช่น การป้อนอาหาร การเคลื่อนย้าย การทำความสะอาดร่างกายการสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

2. ด้านการประคับประคอง เป็นการประคับประคองทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารและน้ำ การเลือกใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมตามฤดูกาล การประคับประคองทางจิตใจ เช่น การปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ในการดูแล เป็นต้น

3. ด้านการสนับสนุน เป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่สามารถทำได้ ให้คำชมเชย ยกย่อง จัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุ สามารถทำกิจกรรมได้สะดวกและปลอดภัย

4. ด้านการเป็นผู้ประสานและเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกในครอบครัวญาติมิตร กับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

การดูแลในระยะยาวนั้นผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงต้องมีสัมพันธภาพระหว่างกันที่ดีรวมทั้งการถ่ายทอดพลังจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกันเพื่อการบำบัดเยียวยาผู้ที่ได้รับการดูแล หรือ เรียกว่า “แนวคิดการดูแลมนุษย์” (Theory of Human Caring) โดย Watson (2000) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการทัศน์ ในการดูแลแบบเอื้ออาทร ไว้ดังนี้

บุคคล (Person) เป็นองค์รวมประกอบด้วย กาย ใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการตระหนักในตัวตน (Self) ของบุคคล เป็นการตระหนักในความรู้สึกชั้นสูง เป็นพลังภายในบุคคล มีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สุขภาพ (Health) ภาวะสุขภาพและมีความกลมกลืนกันระหว่างจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างตัวตนตามการรับรู้และตัวตน ตามประสบการณ์จริง ส่วนการเจ็บป่วย (Illness) เป็นภาวะที่ไม่สมดุลของร่างกาย จิตใจและ จิตวิญญาณ การดูแลที่เข้าถึงจิตใจบุคคล (Transpersonal Caring) เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจ และความรู้สึกของบุคคลเป็นการให้การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยา การเจ็บป่วยและเป็นการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายช่วยให้บุคคลที่ได้รับการดูแลด้วยศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพัฒนาการบำบัดบุคคล ที่ดูแล

ปัจจัยการดูแล (Caritive Factors) เป็นตัวเชื่อมต่อระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลตามแนวคิดของ Watson (2000) มีปัจจัยการดูแล 10 ประการดังนี้

1. การสร้างค่านิยมของการเป็นมนุษย์ (Humanistic Altruistic System of Value) มีเมตตา โดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น

2. การสร้างความศรัทธาและความหวัง (Faith - Hope) โดยมีความเชื่อว่าความศรัทธาและความหวังเป็นพลังในการเยียวยาชีวิตมนุษย์

3. มีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (Sensitivity of Self and Others) ผู้ดูแลต้อง มีสติรู้ตัวอยู่เสมอ ผู้ดูแลต้องมีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้รับการดูแล สามารถเรียนรู้ถึง การมองโลกของผู้รับการดูแล วัฒนธรรม การสื่อสาร ภาษา ระบบความเชื่อ ค่านิยม และความต้องการ ทางสุขภาพ

4. การพัฒนาสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Helping - Trusting Human Caring Relation) ต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพในการดูแลได้เป็นอย่างดี การเห็นใจการเข้าใจทำให้ผู้รับการดูแลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย

5. การส่งเสริมการยอมรับ การแสดงออก ถึงความรู้สึกทั้งด้านลบและด้านบวก (Express Positive and Negative Feeling) เป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพการดูแลระหว่างบุคคล การเอาใจใส่ การดูแลแบบองค์รวม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

6. การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหา (Creative Problem - Solving Caring Process) ผู้ดูแลต้องมีไหวพริบปฏิภาณ ความรู้ความสามารถ ความชำนาญ ในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ต้องไวต่อความรู้สึกอย่างมาก ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบคลุมและได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องที่สุด

7. การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการ (Transpersonal Teaching and Learning) คือ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการเรียนรู้ร่วมกัน โตตอบ และประเมิณผลร่วมกัน การเรียนรู้ที่ดี ทำให้ผู้รับการดูแลรู้สึกอุ่นใจและวางใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติตน

8. การจัดให้เกิดการสนับสนุนป้องกัน การประคับประคองและแก้ไขสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Supportive, Protective and/ or Corrective Mental,

Physical, Societal and Spiritual Environment) การดูแลเอาใจใส่และเป็นการเสริมอัตมโนทัศน์ที่ดี และเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองของผู้รับการดูแล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมเยียวยาผู้ดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณของตนเองอย่างต่อเนื่องในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการให้ผู้สูงอายุที่ต้องการ พึ่งพิงนั้นสามารถจำแนกความต้องการ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

8.1 ความต้องการเพื่อความอยู่รอด คือ ความต้องการอาหารน้ำ การขับถ่าย การหายใจ (Survival Need)

8.2 ความต้องการด้านหน้าที่ (Function need) ความต้องการการทำการกิจกรรม หรือการพักผ่อน

8.3 ความต้องการระดับสูงที่เป็นความต้องการแบบผสมผสาน (Integrated Need) เป็นความต้องการความสำเร็จ ในการทำการกิจกรรมใดๆ ผู้รับการดูแลต้องการความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันจากครอบครัว

8.4 ความต้องการระดับสูงเป็นการต้องการการเจริญเติบโต (Growth Seeking Need) เป็นความต้องการภายในบุคคล และระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณและตัวตนที่แท้จริง ในปัจจุบัน (Self - Actualization) ช่วยให้ผู้ดูแลหาเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Human Needs Assistance) ในการมีชีวิตอยู่ โดยครอบครัวต้องค้นหาความต้องการที่สำคัญมากที่สุด และช่วยเหลือให้บรรลุเป้าหมาย

10. การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิต (Existential - Phenomenological Spiritual Forces) จิตวิญญาณเป็นแก่นหรือตัวตนภายในบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลค้นพบคุณค่า ความหมายและเป้าหมายในชีวิต บุคคลจะมีการพัฒนาตามประสบการณ์ของชีวิตซึ่งจะเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา

ขอบเขตของครอบครัว (Family Boundaries) หมายถึง การแบ่งครอบครัวออกจากระบบอื่นๆ ตามสภาพแวดล้อม โดยสามารถแบ่งเป็นครอบครัวแบบปิดและแบบเปิด ขึ้นอยู่กับการยอมรับ การเข้าการออกของข้อมูล ครอบครัวมีขอบเขตระหว่างบุคคลภายในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่น ๆ

ภาวะสมดุลของครอบครัว (Family Homeostasis) หมายถึง ความคงที่ของสภาวะการเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยต่างๆ ภายในครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวจะอยู่ในระบบสมดุล (Homeostatic System) อันเกิดจากความยืดหยุ่นของการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง

จากประสบการณ์การดูแล ตามความเชื่อของครอบครัว ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้วยความเอื้ออาทรตามแนวคิดของ Watson (2000) ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ครอบครัวใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งการยืดหยุ่นและประสบการณ์การดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคมที่มีผลต่อจิตวิญญาณในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น การพัฒนาการดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับความเชื่อของครอบครัว และการจัดการในครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญต่อผลในการดูแลสมาชิกที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว ความแตกต่างในกระบวนการดูแลที่เกิดจากการแตกต่างทางกายภาพของภาวะความเจ็บป่วย แต่ในการดูแลนั้นยังเชื่อว่ามีความต้องการในเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เหมือนกัน เพื่อบรรเทาทุกข์ จากความเจ็บป่วย เพื่อการฟื้นฟู และเพื่อการดูแลทางจิต

วิญญาน (Wright, Watson & Bel, 1996; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ได้สังเคราะห์ผลงานวิจัยครอบครัวไทยและผู้สูงอายุ จากการสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 - 2550 พบว่า การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัวผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 71.4 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 28 โดยผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 7.5 และอาศัยอยู่กับหลานในลักษณะครอบครัวแห่ง ร้อยละ 3.1 แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวโดยทั่วไปมีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันไม่แตกต่างกัน ได้แก่ การทำกิจวัตร ประจำวัน เช่น การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เดินรอบๆ บ้าน การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ทำบุญตักบาตร สวดมนต์ ฟังธรรม เป็นต้น

ในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้นต้องมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำทฤษฎีระบบมาประยุกต์ใช้ซึ่งมีส่วนสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ (Goal) 2) สิ่งนำเข้า (Input) 3) กระบวนการ (Process) 4) สิ่งนำออก (Output) 5) การส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) 6) การควบคุม (Control) 7) สิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญในการให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน (Friedman et al, 2003)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่

1. ระยะเวลาในการดูแล การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายและเกิดความเครียด มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต ซึ่งระยะเวลาการดูแลสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานขึ้น ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

2. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดเตียง สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเครือญาติ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน มีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรัก ความใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีความแตกต่างจากบุคคลภายนอกครอบครัว เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท คนในบ้านเดียวกัน คนใกล้ชิด อาจเริ่มจากการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ที่มีหลากหลายรูปแบบ ส่งผลต่อความคาดหวังในการช่วยเหลือเกื้อกูลที่จะได้รับ ซึ่งขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่มีต่อกันและกัน ความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ

3. ระดับการศึกษา พบว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีข้อมูลในการเข้าใจสถานการณ์ได้ดี การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ แสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษาหรือการศึกษามีผลต่อ การพัฒนาสติปัญญา ช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เรื่องโรคและการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุติดเตียง มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ

4. รายได้ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และเป็นตัวที่กำหนดถึงความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกในครอบครัวรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะรับรู้ถึงภาระการดูแลได้ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะรับรู้ถึงภาระการดูแลที่มากกว่า

5. อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาระแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องแก้ปัญหาและต้องเผชิญกับปัญหาการดูแล ประสบการณ์การดูแลจึงมีความสำคัญมากกว่า การรับรู้ถึงภาระการดูแล แสดงว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์การดูแล จะรับรู้ถึงภาระการดูแลที่น้อยกว่า

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลที่มีสมาชิก 1-2 คน จะมีภาระการดูแลที่น้อยกว่าครอบครัวที่มีสมาชิก 3-8 คน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้สูงอายุติดเตียงเท่านั้น แต่ยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ด้วย

7. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระการดูแล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ คำแนะนำการให้สุศึกษา การให้ความรู้ในการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดภาระ รวมถึงการลดความเครียดจากปัญหาการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัวที่ต้องการการพึ่งพิงระยะยาว เป็นการดูแล ต่อเนื่องในช่วงเวลายาวนาน พบว่า ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลครอบครัวและชุมชนการทบทวนวรรณกรรมในการรับรู้ถึงภาระและผลกระทบของผู้ดูแล พบว่า ระดับการรับรู้ถึง ภาระการดูแลของผู้ดูแลนั้นไม่เท่ากันซึ่ง ประกอบด้วย 4 มิติ (Chou, 2000) ได้แก่

1. การรับรู้ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละประเภท

2. ภาระการดูแลเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลายมิติ ทั้งภาระที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม จิตวิญญาณและด้านเศรษฐกิจ

3. ภาระของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับความต้องการและความคาดหวังของผู้ดูแล

4. ภาระของผู้ดูแลจะมีการเพิ่มขึ้นเสมอ ขึ้นอยู่กับความต้องการที่เพิ่มขึ้นกับสิ่งที่เป็นอยู่ของผู้ดูแล

โดยสรุป ในการที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงระยะยาวนั้น ก่อให้เกิดภาระการดูแลและผลกระทบต่อครอบครัว และยัง พบว่า การรับรู้ถึงภาระการดูแลมีทั้งในด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อการดูแลการรับรู้ในภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในทางบวก (ศิริพันธ์ุ สาส์ตัน, 2555) ได้แก่

1. การได้ทดแทนบุญคุณ การให้การดูแลผู้สูงอายุในบริบทของคนไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าการดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการทดแทน บุญคุณที่ท่านเคยได้รับมาและมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป

2. ได้ทำหน้าที่เป็นที่พึ่งในฐานะสามี หรือภรรยา หรือลูกหลาน เป็นคำตอบที่ผู้ดูแลตอบเป็นส่วนใหญ่ ในการทำหน้าที่ที่พึงกระทำให้ เกิดคำถามถึงคุณภาพการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแล ไม่ต้องการให้การดูแลแล้วแต่ต้องทำหน้าที่เพราะสังคมบังคับ อาจเกิดปัญหาในการดูแล

3. การตอบแทนบุญคุณความดี ประเด็นที่มักจะพบในผู้ดูแลที่เป็นคู่สามี ภรรยาซึ่งบางรายอาจจะเบื่อหน่ายต่อการดูแล แต่ด้วยผู้ที่ต้องดูแลนั้นเคยทำดีกับผู้ดูแลไว้ ทำให้ไม่สามารถ ที่จะทอดทิ้งกันไปได้

4. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงและผู้ดูแลดีขึ้น จากการที่มีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้น

การรับรู้ในภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในทางลบ ที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นภาระการดูแล สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ (WHO, 2000; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแลซึ่ง พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออก ได้แก่

1.1 อารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไปผู้ดูแลจะรู้สึก สูญเสียดูแลของตนไปทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรม ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

1.2 ความรู้สึกผิดเพราะบางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธทะเลาะกับผู้สูงอายุติดเตียงเนื่องจาก ความไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลและทำกิจกรรมต่างๆ แล้วผู้ดูแลมักจะรู้สึกผิดจาก การกระทำของ ตนเองภายหลัง

1.3 ความโกรธ ผู้ดูแลอาจจะโกรธผู้สูงอายุที่ดูแล โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทาง การแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาให้ผู้สูงอายุติดเตียง มีอาการดีขึ้นได้

1.4 ความรู้สึกอับอาย ซึ่งในบางครั้งผู้สูงอายุติดเตียงแสดงอาการด้านพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอาย

1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูงทำให้ต้องใช้เวลา ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการออกไปพบปะกับเพื่อนฝูง ทำให้บางครั้งขาดการ ติดต่อกับครอบครัวออกจากสังคม ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว

1.6 ความรู้สึกเครียด เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการที่ต้องรับภาระการดูแลเพียงลำพัง และต้องอยู่ดูแลตลอดเวลา

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological) ปัญหาที่ผู้ดูแลเป็นอยู่บ่อยๆ ทางร่างกาย ได้แก่

2.1 อาการปวดหลัง ซึ่งส่วนมากจะบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัว เนื่องมาจากการยกและเคลื่อนย้ายโดยไม่ถูกวิธี และมีการออกแรงในการยกเกินกำลัง และปัญหา ปวดหลังบางครั้งอาจบ่งบอกถึงความเครียดทางจิตใจ โดยเป็นอาการเตือนเพื่อให้ร่างกายได้หยุดพัก บ้าง

2.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่พักผ่อนน้อย ไม่เพียงพอทำให้ ร่างกายอ่อนแอ อาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย

2.3 ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้นซึ่งผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็น สามี ภรรยา หรือบุตรส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ดูแลมักจะอยู่ในวัยสูงอายุและมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1-2 โรค เมื่อพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นอาจจะกำเริบมากขึ้นและอาจมีสุขภาพอื่น เพิ่มขึ้น

3. ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ (Socio-economic) ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะ การทำงาน ของตนให้เข้ากับภาระในการดูแล เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงาน บางอย่างบางเวลา หรือบางรายอาจจะลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงเต็มเวลา

3.2 รายได้ลดลง ผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานที่ต้องทำ หรือลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูง

3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูงที่บ้านถ้าปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือรายที่มี ครอบครัวของตนเองแล้ว อาจเกิดปัญหาจากการไม่มีเวลาให้ครอบครัวของตนเอง

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ถึงแม้ว่าจะเป็น บทบาทที่ต้องดูแลจากมีความสัมพันธ์กัน ในครอบครัว แต่ก็ยัง พบว่า การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่ติดเตียงเป็นภารกิจที่ก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งโครงสร้างครอบครัว บทบาทของครอบครัวทัศนคติ ความรู้สึกของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ ต้องพึ่งพิงสูงรวมถึงพฤติกรรม การเลี้ยงดูที่ผู้ดูแล คิดว่ามีผลต่อการทำหน้าที่ ในการดูแลได้เป็นอย่างดี โดยไม่ทำให้รู้สึกอยากละทิ้งภาระการดูแล ผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากการศึกษาของ ศิริภาณี ศรีหาคาศ และคณะ (2556) พบว่า ภาระและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลของครอบครัว และผู้ดูแล มีการเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับ การศึกษา ของ วรเวศน์ สุวรรณระคา (2552) พบว่า ต้นทุนของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการเสียสละทางการงานของสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งที่ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแล พบถึง ร้อยละ 3.14 และจากการศึกษาของ พารุณี เกตุกราย (2550) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทางสมองต้องมี การเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวสูงมากในการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไป ภาระการดูแลในอดีตส่วนใหญ่ พบว่า มีผู้ช่วยดูแลมากกว่า 1 คน แต่ในปัจจุบันอาจมีผู้ดูแลคนเดียว เพียงลำพัง โดยผู้หญิงในครอบครัวมักจะต้องรับหน้าที่ในการดูแล บทบาทในการหารายได้ และ ค่าใช้จ่ายในการดูแลทำให้ครอบครัวเกิดภาระและผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งเป็นปัจจัย หลักต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

การทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้นเป็นภาระการดูแลที่มีความคลุมเครือในบทบาทหน้าที่ทำให้เกิดความเครียดในหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถให้ การดูแลได้บรรลุเป้าหมาย ตอบสนองความต้องการการดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีหลายหน้าที่ ทั้งการดูแลโดยตรงและทางอ้อม (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2537) ดังนี้

1. ความต้องการการดูแลโดยตรง ทั้งทางร่างกาย (Physical Support) และทางจิตใจ (Emotional Psychological Support) อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกายความบกพร่องทางความคิด และการเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ ประกอบด้วย

1.1 การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลให้เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพและการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การป้องกันการตกเตียง ระบบระบายอากาศ การจัดเตรียมของเครื่องใช้ เป็นต้น

1.2 การดูแลการทำกิจกรรมตามแผนการรักษา เช่น ทำแผล เปลี่ยนนํ้ายาล้างไต ให้ยาให้อาหารทางสายยาง การดูแลเสมหะ เป็นต้น

1.3 การดูแลให้กำลังใจ ปลอบใจ ประคับประคองจิตใจ ให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น

2. การดูแลระหว่างบุคคล เป็นบุคคลกลางในการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรทางสุขภาพอื่นๆ เพื่อรักษาสัมพันธภาพและความขัดแย้ง ที่อาจเกิดขึ้นได้ และมีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เช่น การติดต่อสื่อสารกับแพทย์ พยาบาล ติดต่อขอความช่วยเหลือ การเลือกวิธีการรักษา และกิจกรรมที่เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

3. การดูแลทั่วไปเป็นการดูแลอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วนั้น ได้แก่ ความรับผิดชอบดูแลการทำงานต่างๆ ทั้งภายใน และภายนอกบ้าน รับภาระค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เป็นต้น

2.3.6. คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เมื่อกลับจากโรงพยาบาลไปสู່บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยญาติผู้ดูแลต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งถ้ากระทำการกิจกรรมการดูแลไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุติดเตียงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลการส่งเสริมการพึ่งพิงตนเองของบุคคล ครอบครัวชุมชนเพื่อให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้

แบบแผนเบื้องต้นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการที่บ้าน สถานที่พักอาศัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และบำบัดต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ (พรทิพย์ เกยุรานนท์, 2539) โดยสามารถแบ่ง การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การให้การดูแลที่บ้าน โดยนำศาสตร์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวคิดในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2. การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการผสมผสานบริการสาธารณสุขพื้นฐานกับสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้บริการที่บ้านครอบคลุมบริการพื้นฐาน 4 อย่าง คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู

3. การใช้รูปแบบทางระบาดวิทยา ประกอบกับกระบวนการพยาบาล โดยถือว่า Host คือ ครอบครัว Environment คือ บ้าน Agent คือ Stressor ทางร่างกาย จิตใจ และ/หรือธรรมชาติทางสังคม

ลักษณะความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน (สุนทราวดี เจริญพิเชฐ และคณะ 2551) การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน อันดับแรก คือ การช่วยเหลือใน การรับประทานอาหาร รองลงมา ได้แก่ การให้กำลังใจ การดูแลเรื่องการนอนหลับ และการดูแล เรื่องยา การพาไปพบแพทย์ ปัจจัยที่ทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุป่วย การสนับสนุนทางสังคม (ปันนเรศ กาศอุดม, 2547; วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, 2547, จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, 2549) ตัวแปรที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว คือ สัมพันธภาพที่ดีใน ครอบครัวที่ดี ปัจจัยด้านบุคคลของผู้ดูแล คือ ความเข้าใจในตนเองของผู้ดูแล การมีความรู้ ความเข้าใจในความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเสริมพลัง ในการทำหน้าที่การดูแลครอบครัวมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลการภาวะสุขภาพและสามารถทำกิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านประกอบด้วย (อัมพรพรรณ อีรานูตร, นางลักขณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และคลวิวัฒน์ แสนโสม, 2552)

การดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้สูงอายุ ติดเตียงทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งได้รับกำลังใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถประกอบ กิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

1) การรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 2 - 3 มื้อต่อวัน และได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณ 8 - 10 แก้วต่อวัน ขณะรับประทานอาหารผู้สูงอายุติดเตียงอาจสำลักได้ผู้ดูแล ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับอาหารครบถ้วน ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียง โดยเริ่มจากป้อนอาหารเหลวที่มีลักษณะข้นครึ่งละน้อยๆ ถ้าผู้สูงอายุติดเตียงกลืนได้ให้กระตุ้นการกลืน โดยการป้อนของเหลวอื่น หรืออาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มให้บ่อยครั้งขึ้น ต่อจากนั้นจึงให้ดื่มน้ำเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงสามารถกลืนได้ดี สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่มีการอ่อนแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดคอ จะทำให้อาหารติดคอและสำลักได้ง่าย ดังนั้น การกลืนควรให้ผู้สูงอายุติดเตียงนั่งในท่าก้มหัวคางชิดอก จะช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงกลืนน้ำได้ เนื่องจากฝากล่องเสียงจะปิด ต้องทำความสะอาดในช่องปากก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นน้ำลาย และรู้สึกอยากรับประทานอาหารควรตัดอาหารคำเล็กๆ ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงที่สามารถดักอาหารรับประทานได้เอง ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงใช้อุปกรณ์หรือการกลืนที่ถูกต้องเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงรับประทานอาหารเสร็จ แล้วควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่นั่งอีก 30-45 นาที เพื่อป้องกันการสำลักในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางผู้ดูแลควรดูแลให้สายยางให้อาหารอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้ไม่มีการเลื่อนเข้าออก หรือหลุด ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับอาหารวันละ 4 - 6 มื้อ หรือประมาณ 2,000 - 3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

2) การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่จะมีปัญหามีปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้น ผู้ดูแลต้องดูแลไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น อาจใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ สำหรับผู้ชายและใส่ผ้ากันซึม หรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ และให้การช่วยเหลือทำความสะอาด บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังจากขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3) การขับถ่ายอุจจาระผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการดูแลทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และได้รับการกระตุ้นในการออกกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้องและมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ ควรหัดให้ผู้สูงอายุติดเตียงถ่ายอุจจาระโดยนั่งกระโถนในเวลาเดียวกันทุกวัน แม้ว่า จะไม่ปวดเพื่อฝึก สุขนิสัย โดยเฉพาะหลังอาหารเช้าเพราะอาหารเช้าจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ให้รับประทานอาหารที่มีกากประเภทผัก ผลไม้เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ให้ผู้สูงอายุติดเตียงดื่มน้ำมากๆ 2 - 3 ลิตรต่อวัน สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 - 4 วันหรืออุจจาระอัดแน่นเป็นก้อนแข็ง อาจต้องใช้ยาเหน็บ หรือสวนอุจจาระหรืออาจจะล้างทุก 2 - 3 วัน และทุกครั้งให้ผู้สูงอายุต้องการขับถ่ายต้องรีบให้ถ่าย ไม่ควรให้ผู้สูงอายุติดเตียงรอหรือพลัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงหายปวดและมีการดูดซึมน้ำกลับทำให้อุจจาระแข็งได้ การขับถ่ายจะดีขึ้นเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น คือ สามารถนั่ง เคลื่อนย้าย

ออกกำลังกายได้ เพราะกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้นแต่เนิ่น ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีการขับถ่ายอุจจาระอย่างปกติได้

4) การดูแลสุขอนามัย การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุดเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุติดเตียงอย่างยิ่ง ในผู้สูงอายุติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลต้องช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาด หลังจากล้างสบู่ ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

5) การแต่งกาย ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย สะดวก หลวมๆ ใส่สบาย เสื้อผ้าต้องโปร่งไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เพื่อป้องกันความอับชื้น ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุดในการเปลี่ยนเสื้อผ้า และแต่งกาย อื่นๆ เช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวดซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่เอื้ออำนวยในการทำ กิจกรรม ควรสวมใส่ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดี และถอดข้างที่ตีก่อน

6) การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุติดเตียงภาระที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำต่อผู้สูงอายุติดเตียงเมื่อกลับไปอยู่บ้านก็ คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด คงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุติดเตียง การที่ผู้สูงอายุติดเตียงต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น หรือระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพเป็นระบบการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สูงสุดทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่โดยมี เป้าหมาย คือ ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีให้คงไว้ช่วยฟื้นฟู การทำหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะที่เสียไปให้กลับคืนมา โดยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีฟื้นฟูสภาพในกิจกรรม ดังนี้

1) การบริหารกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive Range of Motion การเคลื่อนย้ายตัวเอง การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เพื่อป้องกันความพิการและ ส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป เพื่อเสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรง และทำงานได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด ความมั่นใจและมีคุณค่าในตัวเอง ลดการพึ่งพิงผู้อื่น หลักการฟื้นฟูอยู่ที่พยายามฟื้นฟูสภาพ ส่วนที่เสียไปให้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีความตึกตัวของกล้ามเนื้อ ลักษณะท่าทางและ การเคลื่อนไหวอย่างปกติ การฟื้นฟูสภาพต้องกระทำไปพร้อมๆ กับการกระตุ้นเสียง การสัมผัส ร่างกาย การใช้สายตา เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความอยากเรียนรู้ซึ่งทำให้ กระบวนการฟื้นฟูสำเร็จ

2) การสื่อสาร ผู้ดูแลควรเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุติดเตียงที่ เปลี่ยนไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งหลักในการฝึกพูดหรือสื่อสารในผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมอง คือ ใช้ประโยคที่สั้นง่าย ชัดเจน และพูดซ้ำถ้าไม่เข้าใจควรถามทีละคำถาม การใช้หลายคำถาม จะทำให้สับสนได้ ไม่คาดหวัง ให้อบเพราะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่าย ไม่ควรแสดงอาการรำคาญ

3) สภาพจิตใจ การเจ็บป่วยที่มีความพิการเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ผู้สูงอายุ ติดเตียงจะเกิดความเครียดซึ่งในแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป โดยความเครียดจะเพิ่มขึ้นตาม ความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะพึ่งพิง การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สภาวะเศรษฐกิจ ที่แย่งลง อาการที่แย่งลง

ผู้สูงอายุติดเตียงบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ มีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง การเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุติดเตียงจะเป็นแบบใด ขึ้นอยู่กับโรคและภาวะคุกคามของโรค ผู้สูงอายุติดเตียงจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน และการดูแลด้านจิตใจ โดยได้รับการช่วยเหลือให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีการสื่อสารกับคนอื่นๆ พร้อมทั้งได้รับ ข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติมตามความต้องการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงมีข้อจำกัดหลายด้านทั้งนั้นผู้สูงอายุติดเตียงเหล่านี้จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มาก เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ ในระบบต่างและภาวะข้อติด เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุติดเตียงจึงควรได้รับการดูแลต่อไปนี้

1) การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 45 การดูแลควรมีการป้องกัน โดยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ได้รับการตรวจดูผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือขณะทำกิจกรรม ให้ผู้สูงอายุติดเตียงหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เลือดไหลกลับไม่สะดวก ไม่เลื่อนผู้สูงอายุติดเตียงด้วยวิธี ลากเพราะผิวหนังจะเกิดการเสียดสีทำให้เกิดการระคายเคืองและเป็นแผลนอกจากนี้ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยเฉพาะโปรตีน เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อในกระบวนการหาย ของแผลกดทับ

2) การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อ โดยมากที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ การดูแล คือ สังเกตอาการไข้ ลักษณะผิดปกติของเสมหะ และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำ และดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ พยายามให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้เคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง พยุงนั่ง เดิน ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมาจาก หลายสาเหตุ เช่น จากการใส่สายสวนปัสสาวะ การคั่งค้างของปัสสาวะ ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับ การดูแล ในการป้องกันการติดเชื้อโดยผู้ดูแลสังเกตอาการไข้ ลักษณะของปัสสาวะ และดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็งผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ในแต่ละท่าประมาณ 5 - 10 ครั้ง วันละ 1 - 2 ครั้งในการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขยียดมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนย้ายร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัวฝึกนั่งจากท่านอน ฝึกนั่งตัวตรงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ฝึกการยืนขึ้นและนั่งลง

การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็น เพราะมีผลต่อการฟื้นตัว ผู้สูงอายุติดเตียงแต่ละคนอาจจะได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับครอบครัว และขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ดังนั้น การดูแลที่บ้านของญาติจึงเป็นสิ่งจำเป็น การช่วยเหลือให้ญาติเกิดความรู้ความเข้าใจ และลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลของญาติจะช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ครอบคลุมซึ่งจะช่วยลดปัญหาความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การปรับตัวของครอบครัว (Family Adjustment) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานการณ์ที่จำเป็น เพื่อให้ครอบครัวอยู่ได้ในสภาวะสมดุล

การปรับตัวตามทฤษฎีของ Roy and Andrews (1999) เป็นการปรับตัวของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic Adaptation System) การ

ปรับตัวเพื่อทำการเปลี่ยนแปลงคนและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่งระดับการปรับตัว คือ ระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน รอยมอว่าการปรับตัวทำงานผ่านทางกระบวนการ 4 วิธีทาง ได้แก่ กระบวนการรับรู้หรือรับข้อมูล (Perceptual and Information Processing) คือ กิจกรรมการเลือกรับ ข้อมูลและการจดจำข้อมูล ผ่านกระบวนการเรียนรู้ (Learning) เป็นการเรียนรู้จากการเรียนแบบ การได้รับรางวัลผ่านกระบวนการตัดสินใจ (Judgment) และการแสดงอารมณ์ (Emotion) ตลอดจนกลไกการปกป้องทางจิตตอบสนองออกมา เป็นพฤติกรรมปรับตัวแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological Mode) ได้แก่ การควบคุมความสมดุลของร่างกาย ทั้งอากาศ น้ำ อาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย รวมถึงการควบคุมความรู้สึก การปรับตัวด้านร่างกายประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย

2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self - Concept Mode) ประกอบขึ้นจากความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง โดยเกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเองและปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้าง

3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function Mode) การปรับตัวเพื่อตอบสนองด้านความมั่นคง หรือได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นการทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม เน้นบทบาทตามหน้าที่ เป็นการกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ

4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาหว่ากัน (Interdependence Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงในสังคม เป็นการตอบสนองต่อการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้ได้รับความรักความห่วงใยผู้ที่ได้รับการดูแลรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีการดูแลเอาใจใส่ดูแล ให้การดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ โดยมีสิ่งเร้า กระตุ้น 3 ประเภท ได้แก่

1) สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) คือ สิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอกที่บุคคลต้องเผชิญที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด เช่น การเจ็บป่วยขณะนั้น

2) สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้นนอกเหนือจาก สิ่งเร้าที่กระทบต่อบุคคล ทั้งสิ่งเร้าทางบวกและสิ่งเร้าทางลบเช่น เพศ การศึกษา สัมพันธภาพ รายได้ของครอบครัว เป็นต้น

3) สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกระบบบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล อาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เช่น นิสัย ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ เป็นต้น ทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหา เพื่อให้ครอบครัว สามารถปรับตัว และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

พิศสมัย บุญเลิศ (2559) ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะหรัง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการ

พัฒนา แนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่ และ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนา ช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพทำบลด่างมัน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้าน ความรู้และ ทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครประจำ หมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน และวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและ ประเมินผล การปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในครั้งนี้เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และ ทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบท

ชนิกานต์ ส่วนนุ และคณะ (2562) ได้ทำวิจัยเรื่อง การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย และ ทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่มาก่อนมาดูแลผู้ป่วยติดเตียง และมีอาการพอๆ เดิมกับช่วงก่อนมาดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยทางกายและยังมี ภาวะเครียดเกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งภาวะเครียดส่วนใหญ่เกิดจากการมีข้อจำกัด ต่างๆ ส่วนความต้องการมากที่สุดในด้านต่างๆ ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการ ดังนี้ ข้อมูลในเรื่อง การ ดูแลผิวหนังของผู้ป่วยติดเตียง, ต้องการให้คนในครอบครัวรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น, ต้องการได้รับการ ดูแล รักษาเมื่อตนเองเจ็บป่วยขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียง, ต้องการได้รับการให้อภัยจากผู้ป่วย, ต้องการให้ สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงแทน ต้องการการสนับสนุนค่าใช้จ่าย ส่วนตัวของผู้ป่วย,ต้องมีเวลาพักผ่อน ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น และมีความต้องการให้ช่วยเหลือในด้านต่างๆ ขณะให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง

พิศมัย บุติมาลย์ และคณะ (2561) ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน โดยได้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การดูแล สุขภาพ อย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพสุขภาพแห่งชาติประเทศ ออสเตรเลีย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติ มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา และ ขอบเขตของปัญหา 2) การกำหนดวัตถุประสงค์และ กลุ่มเป้าหมาย 3) การกำหนดผลลัพธ์ ทางด้าน สุขภาพ 4) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 5) การยกย่องแนวปฏิบัติ ทาง การ พยาบาล และ ระยะที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ มี 2 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบความ ตรงเชิงเนื้อหา และ 2) การตรวจสอบความเที่ยงของแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 2) การ วางแผนการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง 3) การปฏิบัติกิจกรรม การดูแลเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงที่บ้าน โดยใช้ระบบการพยาบาล แบบสนับสนุนและให้ ความรู้ตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม และ 4) การประเมินติดตามผลโดยมีคู่มือให้ ผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางใน การปฏิบัติและบันทึกกิจกรรมการดูแล ซึ่งจำแนกตามภาวะแทรกซ้อนจาก

การนอน ประเทพ (แผลกดทับ ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า) ผลการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 9.0 และการตรวจสอบความเที่ยงโดยพยาบาล 2 ราย ที่ได้ใช้แนวปฏิบัติในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านรายเดียวกัน จำนวน 5 รายได้ค่าร้อยละของความสอดคล้องในการนำไปใช้ของพยาบาลทั้งสองเท่ากับ 44.2 แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านได้ อย่างไรก็ตาม ควรทำการศึกษาประสิทธิผลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านไปใช้ต่อไป

กัญวานไทย ออกตลาด (2560) ได้ทำวิจัยเรื่อง ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ดูแลทั้งกลุ่มอาสาสมัครและสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 70.8 และ 75.4 อายุเฉลี่ย 42 และ 50 ปี ตามลำดับ มีศักยภาพด้าน บทบาทโดยรวมคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 349.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.24, 54.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.28) คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.5 และ 47.0 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และ 24.5 ตามลำดับ และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 และ 74.6 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนของนัการแพทย์แผนไทย (adj. OR = 19.18, 95% CI 0.24-0.36)

ปารัชญานัน วงษ์ไตรรักษ์ (2561) ได้ทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a Caregiver) มี 4 ประเด็น คือ 1) การตัดสินใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก 2) การประเมินตนเองและเศรษฐกิจของผู้ดูแล 3) การ จัดการตนเองเพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพเศรษฐกิจ และบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของตนเอง 4) ผลตอบแทนที่ตนเองได้รับจากการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก องค์ประกอบที่ 2 การปรับตัวและ การพัฒนาของผู้ดูแลหลัก (Adjustment and Development) ในด้านการเรียนรู้ การลงมือปฏิบัติการพัฒนา และการประเมินผล เพื่อให้เกิดกระบวนการ ดูแลที่ดี มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านหลังจากพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลระยะที่ 2 การดูแลที่บ้าน ระยะที่ 3 การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 3 การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from Community) ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน ที่มีสุขภาพในชุมชน (ทีมหมอ ครอบครัว อสม. ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ) องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนเพื่อให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่าง

จันทนา สารแสง (2561) ได้ทำวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน ผู้สูงอายุมีระดับ คุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ในโรงเรียน ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้า ร่วม กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงยกเว้นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในส่วน การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value = 0.001, 0.002 \geq 0.001$ และ 0.002) ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value = \geq 0.0001, 0.002, \geq 0.0001, 0.001, \geq 0.0001$ และ ≥ 0.0001)

พระมหาโยธิน โยธโก (2560) ได้ทำวิจัยเรื่อง บทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า 1. แนวคิดเชิงคุณค่าในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลักธรรม พระพุทธศาสนาเกี่ยวข้องกับ การพัฒนากาย (พัฒนาอินทรีย์ 5) การพัฒนาจิต (จิตภาวนา) และการ ประพฤติธรรม เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสังคมในการอยู่ร่วมกัน และปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ให้ ผู้สูงอายุประพฤติปฏิบัติ เพื่อความดีความถูกต้องทั้งทางกายและจิตใจ ซึ่งเป็นพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ สามารถอยู่ในสังคมได้เป็นปกติสามารถนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่าง มีความสุขและเหมาะสมกับตนเอง 2. วัดส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความพร้อมในด้านการจัดสิ่งแวดล้อมความสะอาดให้มีความเป็นสัดส่วน สะดวกสบาย สงบร่มรื่น พระสงฆ์ได้สร้างบทบาทใน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต การ ส่งเสริมสุขภาพสังคม และการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ โดยการใช้ กระบวนการและกิจกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้ง 5 ด้าน คือ การสวดมนต์ และปฏิบัติธรรม การส่งเสริมการพัฒนาภูมิปัญญา วัฒนธรรม และประเพณี ท้องถิ่น การส่งเสริมอาชีพ และการสร้างรายได้ การส่งเสริมการออมทรัพย์ และจัดสวัสดิการ การ ส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการ และการออกกำลังกาย และการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรเป็น กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในบทบาทการเผยแผ่และการสาธารณ สงเคราะห์ตามพันธกิจของคณะสงฆ์ไทย 3. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาบทบาท พระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีทั้งในด้านสถานที่ และ สิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านงบประมาณ ด้านความร่วมมือ และการสร้างเครือข่าย ดังนั้น จึงต้องพัฒนาบทบาทพระสงฆ์โดยการสร้างเครือข่ายการทำงานแบบพหุภาคี การ ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในวัดให้เป็นแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิตและการนำองค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนามาส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิถี วัฒนธรรมเชิงพุทธท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นศูนย์ภาคีเครือข่ายประสานงานระหว่างวัดกับ ชุมชนและหน่วยงานราชการ ให้มีความคล่องตัวและบูรณาการกับหลักการพระพุทธศาสนามาเพื่อ พัฒนาหลักศรัทธาและปัญญา ให้สังคมเกิดความยั่งยืนและเป็นกัลยาณมิตรในการทำงานและการอยู่ร่วมกันในชุมชนและสังคมไทยอย่างสันติ

พระครูปลัดสุวัฒนเมธาคุณ (ชัยยงค์ สืบกระพันธ์) (2555) ได้ทำวิจัยเรื่อง พุทธบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน พบว่า รูปแบบการดำเนินชีวิตของ

คนไทยในสังคมปัจจุบัน มีความแตกต่างจากคนไทยในอดีต เนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น เทคโนโลยี และการสื่อสารเพื่อให้เท่าทันกับโลกาภิวัตน์ที่เคลื่อนไปอย่างรวดเร็ว สิ่งเหล่านี้สร้างความเจริญให้กับ คนไทยในด้านวัตถุอย่างต่อเนื่องแต่กลับสร้างความเสื่อมถอยทางด้านจิตใจ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเชิง จริยธรรมมากมายในการดำเนินชีวิตของคนไทยสังคมปัจจุบันในทุกกลุ่มอาชีพ และหลัก พุทธจริย ศาสตร์ในการดำเนินชีวิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชั้น คือ 1) พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น ได้แก่ หลัก เบญจศีลและเบญจธรรม 2) พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง ได้แก่ ศีล 8 และกุศลกรรมบถ 10 ประการ และ 3) พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง ได้แก่ มรรคมีองค์ 8 ส่วนการบูรณาการหลักพุทธจริย ศาสตร์ในการ ดำเนินชีวิตของคนไทยสังคมปัจจุบัน สามารถทำได้โดยนำหลักพุทธจริยศาสตร์ระดับ ต้นมาบูรณาการ กับการดำเนินชีวิตของกลุ่มบุคคลทั่วไป ได้แก่ นิสิต นักศึกษา, ครู อาจารย์, ข้าราชการ, นักธุรกิจ และนักการเมือง นำหลักพุทธจริยศาสตร์ระดับกลางมาบูรณาการกับการดำเนิน ชีวิตของกลุ่มผู้ปฏิบัติ ธรรม ได้แก่ แม่ชีและอุบาสก อุบาสิกา และนำหลักพุทธจริยศาสตร์ระดับสูงมา บูรณาการกับการ ดำเนินชีวิตของกลุ่มบรรพชิต ได้แก่ พระภิกษุและสามเณร และองค์ความรู้ใหม่ เกี่ยวกับรูปแบบการบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน ได้แก่ “FEE Model” เป็นหลักการที่เกิดจากการบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ให้สอดคล้องกับการ ดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบันในให้เบาบางลงและหมดไปใน

มานพ นักการเรือน (2561) ได้ทำวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนว พระพุทธศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นปรากฏการณ์หนึ่งของชีวิตควร จะพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือด้านชีวภาพ จิตและสังคม สุขภาพสามารถมองให้ครบ ทั้งก่อน จะเป็นโรค ขณะเป็นโรค และหลังจากเป็นโรค ให้เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคมอย่างสมดุล พระพุทธศาสนา ถือว่าวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์มาก เรียกว่า “เป็นผู้รัตตัญญู” มีหลักธรรมเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ไตรลักษณ์โยนิโสมนสิการ ภาวนา 4 การละเว้นอบายมุข 5, 6 สังคหวัตถุ 4 เบญจศีล เบญจธรรม สัปปุริสธรรม 7 โลกธรรม 8 เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

เจริญ นุชนิยม (2561) ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณา การ พบว่า 1) แนวคิดและทฤษฎีการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยวิธีพุทธบูรณาการ คือการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต ทางด้านกาย ศีล จิตและปัญญา ให้มีความสามารถในการพึ่งตนเอง ปฏิบัติตนอยู่ภายใต้ของหลัก ศีลธรรม 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง โดยนำหลักธรรมมาส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ทางด้านกาย คือสามารถยึดถือปฏิบัติ ตามหลักศีล และทางด้านจิต คือเกิดปัญญา ทำให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจ ที่แข็งแรง สมบูรณ์ 3) ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธ บูรณาการ ด้วยการนำหลักธรรมตรง หลักจักร 4 ภาวนา 4 และหลักธรรมที่ส่งเสริมร่วมในกิจกรรม การฝึกปฏิบัติสมาธิเบื้องต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับตัวให้เข้าใจในความเป็นจริงในการดำเนินชีวิต ร่วมกับสังคม ดูแลสุขภาพกายและจิต สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

ปราณี ประไพวรพันธ์ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ตำบลอร พิมพ์ อำเภอบรรพตพิสัย นครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ในชุมชน โดยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมในชุมชน ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา การพัฒนารูปแบบ การติดตามเยี่ยม

บ้าน เกิดอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการตั้งกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ มีการจัด กิจกรรมส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุโดย มีการประกวดสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุนั้น ชุมชนต้องมีการบูรณาการภารกิจร่วมกันระหว่างสถานบริการในพื้นที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อ ตอบสนองปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ

มานิต อินธิราช และฐานปัทม์ ศรีสุวรรณ (2558) ศึกษาเรื่องภาวะความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมองในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผลกระทบของการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ตัวผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง และการติดตามการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยภาระการดูแลที่ยาวนานและเป็นภาระที่หนัก ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวไม่มีผู้ช่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ผู้ดูแล มีความเครียดระดับปานกลางและระดับสูง อีกทั้งการดูแลยังมีผลกระทบต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ได้แก่ ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ขาดการพักผ่อน ที่เหมาะสมขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้คน ขาดรายได้แต่มีรายจ่ายสูง ซึ่งแต่ละคนมีการจัดการ ความเครียดที่แตกต่างกันทำให้บางคนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุราเพื่อคลายเครียด พระราชปริยัติวิมล (2564) รูปแบบการประยุกต์หลักพุทธธรรมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักไตรสิกขา และภาวนา 4 เป็นการดูแลด้านร่างกายและจิตใจให้สัมพันธ์เชื่อมโยงสมดุลอย่างปกติ ความสัมพันธ์ทั้งร่างกายจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จะขาดด้านใดด้านหนึ่งไปไม่ได้

แนวทางเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ

1. การพัฒนาด้านร่างกาย (กายภาวนา) การพัฒนาร่างกายให้สัมพันธ์กับ ทางกายภาพ การรู้จักให้อินทรีย์อย่างมีสติ
2. การพัฒนาด้านสัมพันธ์ทางสังคม (ศีลภาวนา) เป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง มีทัศนคติที่ดี การปรับตัวภายนอก และการปรับตัวภายใน
3. การพัฒนาด้านจิตใจ (จิตตภาวนา) เป็นการทำให้จิตใจให้เจริญองงาม ดั่งงาม เข้มแข็ง มีความสุข เบิกบาน
4. การพัฒนาด้านปัญญา (ปัญญาภาวนา) พิจารณาทุกสิ่งตามความเป็นจริงและส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหา ที่ดีได้ การฝึกอบรมเจริญปัญญาเพื่อสร้างความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ให้รู้จักคิด พิจารณา แก้ไขปัญหาด้วยปัญญา

แนวทางการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

1. หลักธรรมที่ส่งเสริมพัฒนา และแก้ไขปัญหาด้านร่างกายประกอบด้วย 1) ไตรลักษณ์ 2) ชั้น 5 และ 3) อริยสัจ 4 ผู้สูงอายุจะต้องปฏิบัติดังนี้ 1) การเตรียมใจไว้ล่วงหน้า ยอมรับความจริง 2) ออกกำลังกายสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับวัย 3) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และถูกหลักอนามัย และ 4) การพักผ่อนให้เพียงพอ
2. หลักธรรมที่ส่งเสริมพัฒนา และแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ ประกอบด้วย 1) การรักษาศีล และประพฤตินิยม 2) ไตรสิกขา เพื่อให้เกิด ศีลสมาธิ และปัญญา 3) บุญกิริยาวัตถุ และ 4) การปฏิบัติกรรมฐาน

3. หลักธรรมที่ส่งเสริมพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคม ประกอบด้วย 1) โลกธรรม 8 2) พรหมวิหาร 4 3) สังคัตถ์ 4 4) การละอาย 5) อคติ 4 6) ขันติ และโสรจจะ

ชูชาติ สุทธะ (2559) กระบวนการพัฒนาชีวิตเชิงพุทธบูรณาการใน 3 ระดับตามนัยยะในมงคลสูตร คือ

1. กระบวนการพัฒนาชีวิตในระดับต้น 5 ขั้นตอน ได้แก่

1) ปลุกมาตรฐานทางความคิด มี 3 มงคล คือ ไม่คบคนพาล, การคบบัณฑิต, การบูชาคนที่ควรบูชา

2) สร้างชีวิตบนปัจจัยพื้นฐาน มี 3 มงคล คือ การอยู่ในถิ่นอันสมควร, เคยทำบุญมาก่อน, ตั้งตนไว้ชอบ

3) ฝึกตนให้มีความชำนาญการ มี 4 มงคลคือ ความเป็นพหูสูตร, การรอบรู้ในศิลปะ, มีวินัยที่ดี, กล่าววาจาอันเป็นสุภาษิต

4) ทำงาน/บริหารครอบครัว มี 4 มงคลคือ การบำรุงบิดามารดา, การสงเคราะห์บุตร, การสงเคราะห์ภรรยา, การทำงานไม่ได้คั่งค้าง

5) สงเคราะห์ มวลประชา มี 4 มงคลคือ การให้ทาน, การประพฤติธรรม, การสงเคราะห์ญาติ, ทำงานที่ไม่มีโทษ

2. กระบวนการของการพัฒนาชีวิตในระดับกลาง 3 ขั้นตอน

1) ปรับสภาพจิตใจให้พร้อม มี 3 มงคลคือ ละเว้นจากบาป สรรวมจากการตมึนน้ำเมา, ไม่ประมาทในธรรมทั้งหลาย

2) น้อมนำธรรมเบื้องต้นใส่ตน มี 4 มงคลคือ มีความอดทน, เป็นผู้ว่าง่าย, การได้เห็นสมณะ, การสนทนาธรรมตามกาล

3. กระบวนการของการพัฒนาชีวิตระดับสูง 2 ขั้นตอนได้แก่

1) มุ่งปฏิบัติเพื่อกำจัดกิเลส มี 4 มงคลคือการบำเพ็ญตบะ, การประพฤติพรหมจรรย์, การเห็นอริยสัจ, การทำให้แจ้งซึ่งพระนิพพาน

2) เพียรฝึกจิตเกษมสุขสันต์นิรันดร มี 4 มงคลคือ มีจิตไม่หวั่นไหวในโลกธรรม, มีจิตไม่เศร้าโศก, มีจิตปราศจากกิเลสและมีจิตเกษม

เจริญ นุชนิยม (2561) หลักธรรมส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิถีพุทธบูรณาการ ดังนี้ 1. การบูรณาการหลักสติปัฏฐาน 4 การตั้งสติสัมปชัญญะ เพื่อความเพียรพิจารณากายเวทนาจิตธรรมเข้าใจหลักธรรมตามความเป็นจริงเป็นหลักปฏิบัติที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุ 2. การบูรณาการหลักสังคัตถ์ 4 ธรรมที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ให้เกิดความรักความสามัคคีการเสียสละแบ่งปัน 3. การบูรณาการหลักไตรสิกขา 3 ทำเบื้องต้นที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญเป็นผู้มีคุณธรรมและจริยธรรม ก่อให้เกิดความสงบสุขในสังคม 4. การบูรณาการหลักบุญ กิริยาวัตถุ 3 เป็นที่ตั้งแห่งการทำความดีเพื่อให้เกิดความสุข เกิดจาก ทาน ศีล ภาวนา 5. การบูรณาการหลักภาวนา 4 คือ กายภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนา และปัญญาภาวนา กายภาวนา การดูแลสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ปราศจาก การเจ็บป่วย

- ศีลภาวนา พัฒนาศีล ด้านความประพฤติให้ดีขึ้น มีระเบียบวินัยไม่เบียดเบียนผู้อื่น

- จิตภาวนา การพัฒนาจิตให้เข้าใจความเป็นจริงของชีวิต จิตมั่นคง แน่วแน่รู้ทันต่อเหตุปัจจัย

- ปัญญาภาวนา การพัฒนา ฝึกอบรมปัญญา ให้มีความรู้ความเข้าใจตาม ความเป็นจริง

ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เอกพล เคราเซ (2561) การสร้างสมดุลระหว่างองค์ประกอบต่างๆ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นการรับรู้ต่อสถานะในชีวิตตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และความหมายของระบบสังคม ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ผันแปรไปตามบริบท ทั้งยังสัมพันธ์กับเป้าหมายเชิงปัจเจกมาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ภาพของผู้สูงอายุ คือ

- การใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิ

- การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาพวะ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ

- การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่า ของการมีชีวิต

- การได้เข้าร่วมและเข้าถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมที่เหมาะสมรวมถึงสังคมเสมือน ดังแสดงเป็นแนวคิด “ดอกไม้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสาเหตุ 2 ส่วน คือ ปัจจัยที่มาจากตัวผู้สูงอายุการเตรียมตัวเข้าสู่วัยปลาย และวิธีการวางแผนตลอดชีวิตการสร้างสุขภาพกาย ใจ สังคม และจิตปัญญา

การสร้างความมั่นคงและปลอดภัย

ปัจจัยภายนอก: การเสริมสร้างระบบนิเวศทางสังคม และวัฒนธรรมการได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน สังคม การอยู่ในสภาพแวดล้อม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ มีหลักสูตร และโปรแกรมการพัฒนาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตการใช้ชีวิตอย่างภาคภูมิมีความภูมิใจในตัวเองครอบครัวให้ความเคารพสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่ห่วงใยเป็นอย่างดี

1. การเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น

1) การทำให้ผู้อื่นภาคภูมิใจ

2) ช่วยสมาชิกในครอบครัวทำงานบ้านเท่าที่สามารถทำได้

3) พอใจต่อการได้เข้าร่วมในพิธีต่างๆของชุมชน ในฐานะผู้หลักผู้ใหญ่

2. ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น

1) สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ

2) โรคประจำตัวบางครั้ง ทำให้ท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่

3. ความมั่นคงปลอดภัย และระบบนิเวศทางสังคม

1) แม้จะหารายได้ไม่ได้ แต่การ ทำงานบ้าน ก็เป็นการลดค่าใช้จ่ายในบ้าน

2) ที่พักที่อาศัยอยู่ มีการจัด ข้าวของเครื่องใช้ต่างๆเป็นระเบียบดี

3) ไม่สะดวก ใจในการต้องปรับตัวกับเพื่อนใหม่ ในวัยเดียวกัน/สูงอายุ

ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายในระบบทางเดินหายใจอันเนื่องมาจากผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม, ระบบนิเวศทางสังคมเพราะขาด ระบบคมนาคมขนส่ง ที่ไม่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ เกิดจากผลกระทบทางสังคม

ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการนอนไม่หลับอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของวัยที่อายุมากขึ้นความคิดความเชื่อและความวิตกกังวลปัญหาเศรษฐกิจขาดสภาพคล่อง ไม่มีทุนรายได้ลดลง จนถึง หมดอาชีพอันเคยสร้างรายได้

พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ (2559) พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีม สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่ายและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1. พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลอย่างต่อเนื่อง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลัก และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2. ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน และวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และระยะที่ 3. สรุปและการประเมิน หลังการปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 78.6

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในครั้งนี้เกิดจากการพัฒนา จากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพและทฤษฎีการเสริมสร้างมีส่วนร่วมที่เหมาะสม กับบริบทของพื้นที่เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม และนำไปปฏิบัติได้จริง

ไกรวรรณ ชินทตติโย (2560) พบว่า 1. กระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุโดยใช้หลักพุทธธรรม ไตรสิกขา (ศีล สมาธิ ปัญญา)

ด้านศีล ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบหน้าที่ การงานอย่างเต็มที่และปฏิบัติธรรมเป็นประจำ เสริมสร้างพัฒนาด้านกายและวาจาให้มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม อย่างถูกต้อง ทำจิตอาสาและบริจาคทรัพย์

ด้านสมาธิ ได้ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำสมาธิ ดูแลสุขภาพกายและใจให้มีความสัมพันธ์กันฝึกจิตให้มีสมาธิเข้มแข็งจนสามารถควบคุมตนเองได้ เมื่อปล่อยวาง ทำให้มีความสุข

ด้านปัญญา ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฝึก ดำรงตนอยู่ในความไม่ประมาท รู้เท่าทัน มีสติ มีความรู้ความเข้าใจตนเอง ใจเย็นมีเหตุผลมากขึ้น และควบคุมพฤติกรรม จนหลุดพ้นจากปัญหา ดับทุกข์ได้ทำให้เป็นอิสระสดใสเบิกบานสุขสบายอย่างแท้จริง

บูรณาการหลักพุทธธรรมกับการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรมไตรสิกขา (ศีล สมาธิ ปัญญา) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิต ไปไหนวิธีที่ถูกต้องดีงาม นำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างสุขภาวะ

ศีล เป็นการฝึกฝนพัฒนาด้านพฤติกรรม การสังคมสงเคราะห์การศึกษา การดำเนินชีวิตแบบพอเพียง การจัดกิจกรรม สุขภาวะแบบองค์รวม

สมาธิ เป็นการพัฒนาจิต ให้เป็นจิตใจที่ตั้งมั่นเข้มแข็งมีความสุขมีเจตจำนง ที่เป็นกุศลการ จัดดอกไม้ การอ่านหนังสือ การเย็บปักถักร้อย การทำขนมไทย การร่ายพวงมาลัย การช่อมะขาม

เสื้อผ้าปัญญา การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพกาย และจิตใจสามารถพึ่งตนเองได้ จัดกิจกรรม ศูนย์ 3 วัยใจเกินร้อย

นันทวรรณ นุตพงษ์ สุวาณี (2565) พบว่า การดูแลด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกัน อาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนต่างๆ การทำความสะอาดผิวหนัง และเหงื่อ การป้องกัน การเกิดแผลกดทับ

1. การฟื้นฟูการทำงานกายภาพบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ เช่น การป้องกัน กล้ามเนื้อ

2. ด้านข้อมูลข่าวสาร

2.1 ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้ อาการสาเหตุการเจ็บป่วย แผนการรักษา

2.2 ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานที่ หรือแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือ

3. ด้านค่าใช้จ่าย

1) ค่าใช้จ่ายเมื่อต้องเดินทาง ไปโรงพยาบาลตามการนัดหมาย

2) ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพด้วยแพทย์ทางเลือก เช่นการประคบ การนวด และการใช้สมุนไพร

4. ด้านสภาพแวดล้อม และการจัดการภายในบ้าน

1) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีความเหมาะสม และมีความปลอดภัย

2) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบๆบ้านให้มีความเหมาะสมและความปลอดภัย

พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน) (2558) พบว่า 1) แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตาม หลักพุทธศาสนานั้น ได้ใช้การรักษามีวิธีการที่แตกต่างกัน ตามลักษณะต่างๆ มุ่งเน้นให้เกิดความสมดุล ทางร่างกายเช่น การรักษาโดยใช้ตัวยา การใช้ธรรมะในการรักษาโรค การรักษาอาการป่วย กับการ ปฏิบัติกรรมฐาน การควบคุมการรับประทานอาหาร มั่นใจออกกำลังกายและหมั่นประพฤติธรรม ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถควบคุมโรคได้ และมีหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นคำสอนที่มุ่ง ประโยชน์โดยตรง สามารถนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นหลักอริยสัจ 4 อธิษฐานธรรม 4 โภชนมัตตัญญูตา อิทธิบาท 4 โยนิโสมนสิกา อภินิเวศกปฏิบัติ เป็นต้น 2) รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการ ประกอบด้วย CMDEED การสวดมนต์ (Chanting – C) การปฏิบัติ สมาธิ (Meditation – M) การสนทนาธรรม (Dhamma Discussion – D) การรับประทานอาหาร (Eating – E) การออกกำลังกาย (Exercise – E) การควบคุมอารมณ์ (Emotion Control – E) การปฏิบัติตนตามวงจรของชีวิตประจำวัน (Daily life Activity Around the Clock – D) การบูรณาการเชิงพุทธร่วมกับวิธีการดูแลรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันจะมุ่งเน้นกิจกรรมทาง พระพุทธศาสนาเป็นหลัก

รศ.ยานภิศ รัชตะวรรณ และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช (2020) พบว่า ตัวแบบการดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ FC4 PAR Model: Family – Community Capacity – four Participation – Ageing Regulation. 1. ความเข้มแข็ง ของครอบครัว (Family Strength: F) สนับสนุนส่งเสริม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ครอบครัว การรับประทานอาหาร รักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การจัดการสิ่งแวดล้อม ให้ได้รับ ความ สะดวกสบายและปลอดภัย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

คำรักษาพยาบาล การแก้ปัญหาการเจ็บป่วย การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเป็นเพื่อนคุยปรึกษาหารือหรือครอบครัวต้องมีความพร้อมด้านบุคคล เศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง 2. ศักยภาพของชุมชน (Community Capacity: C) อำนาจหรือคุณสมบัติ ที่แฝงอยู่ในองค์กรชุมชน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพสต. อสม. ชมรมผู้สูงอายุ สภาผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน 3. การมีส่วนร่วม 4 มิติ (Four Participations: 4P) การมีส่วนร่วมในมิติ ของบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ของใช้จำเป็นในการดำเนินชีวิต ภายใต้การบริหารจัดการที่สอดคล้องเป็นหนึ่งเดียว โดยมีเป้าหมาย ร่วมกัน คือการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม 4. การวางข้อกำหนดระเบียบ แนวปฏิบัติ และบทบาทหน้าที่ ในการดูแลผู้สูงอายุ (Ageing Regulation: Ar)

พระปลัดสมชาย ปโยโค (2588) แนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามหลักพุทธศาสน์นั้นได้ใช้การรักษาที่มีวิธีการแตกต่างกันตาม ลักษณะต่างๆ มุ่งเน้นให้เกิดความสมดุลทางร่างกาย การใช้ธรรมะในการรักษาโรคการรักษา โดยการปฏิบัติกรรมฐาน การควบคุมการรับประทานอาหาร มั่นเดินออกกำลังกาย หมั่นประพฤติธรรม ซึ่งหลักการเหล่านี้สามารถควบคุมโรคได้ เช่นหลักอริยสัจ 4 อธิษฐานธรรม 4 โภชนมัตตัญญูตา อิทธิบาท 4 โยนิโสมนสิการ อปณณกปฏิบัติ เป็นต้น

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการประกอบด้วย CMDEEED

C (Chanting) การสวดมนต์

M (Meditation) การปฏิบัติสมาธิ

D (Dhamma discussion) การสนทนาธรรม

E (Eating) การรับประทานอาหาร

E (Exercise) การออกกำลังกาย

E (Emotion Control) การควบคุมอารมณ์

D (Daily Life Activity Around the Clock) การปฏิบัติตามวงจรของชีวิตประจำวัน

ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงพุทธ ไปทดสอบใช้พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริม สุขภาพตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเชิงพุทธบูรณาการประกอบด้วย CMDEEED มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ ทางสถิติ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ปาริยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์ (2561) ผลการวิจัย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

องค์ประกอบที่ 1 ยอมรับการเป็นผู้ดูแล มี 4 ประเด็นคือ

1) รับการตัดสินใจ ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

2) การประเมินตนเอง และเศรษฐกิจของผู้ดูแล

3) การจัดการตนเองเพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพเศรษฐกิจ และบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง

4) ผลตอบแทนที่ตนเองได้รับจากการเข้าทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

องค์ประกอบที่ 2 การปรับตัวและการพัฒนาของผู้ดูแลหลัก ในด้านการเรียนรู้การลงมือปฏิบัติการปรับปรุงพัฒนาและการประเมินผลมี 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมต่อบทบาทหน้าที่หลังจากพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 การดูแลที่บ้าน

ระยะที่ 3 การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการจากชุมชน ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชนที่มีสุขภาพในชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน เพื่อให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอาสา กงตาล (2012) การศึกษานี้ใช้กระบวนการพัฒนาคณภาพ แพลนนิ่ง 4 ขั้นตอนคือ

P-Plan ศึกษาสถานการณ์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม	
D – Do จัดกิจกรรมพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง	กำหนดเป้าหมาย/วางแผนดูแล ประชุมปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่างแนวทางการพัฒนา
C – Check การติดตามสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนและประเมินผลเป็นระยะ	
A – Act ปรับปรุง แก้ไขการบริการและแผนพัฒนาให้เหมาะสม	

ผลวิจัยพบว่า

1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

- มีดัชนีมวลกายเกินปกติ
- มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง
- ไปรับยาที่โรงพยาบาล
- มีฟันแท้อย่างเดียว/ฟันแท้ + ฟันปลอม
- ได้ยินชัดเจน
- มองเห็นไม่ชัดเจน
- ปัญหากระดูกกล้ามเนื้อ ปวดเอว หลัง
- มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ท้องผูก
- ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่ได้

2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

- มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
- ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
- ปัญหาในครอบครัว

3) ภาวะสุขภาพด้านสังคม

- เป็นที่บริการครอบครัว

- ผู้ช่วยเหลือได้มากที่สุดคือบุตรหลาน
- ครอบครัวมีความรักใคร่ปรองดองกันดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

Kato, Tsura and Iizuka (2013) ศึกษาเรื่อง Models of Designing Long – Term Care Service Plans and Care Program for Old People พบว่า ภายใต้ระบบการประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่นโดยอิงตามโปรแกรมการดูแลระยะยาวซึ่งได้รับการออกแบบโดยผู้ให้บริการ ในบทความนี้ได้นำเสนอรูปแบบการออกแบบแผนบริการการดูแลระยะยาวและโปรแกรมการดูแล ผู้สูงอายุทั้งโดยการรวมประเด็นทางเทคนิคจากการศึกษาก่อนหน้านี้และโดยการออกแบบใหม่ทั้งหมด โดยรูปแบบการดำเนินการประกอบด้วย “Function”, “Knowledge Structure” และ “Action Flow”

Duner (2011) ศึกษาเรื่อง Implementing a Continuum of Care Model for Older People - Results From a Swedish Case Study พบว่า มีความจำเป็นในการดูแลแบบบูรณาการและการทำงาน ร่วมกันระหว่างองค์กรที่ให้การดูแลและวิชาชีพ เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแล ผู้สูงอายุที่ อ่อนแอ กระบวนการของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในบริบทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการแนะนำนี้ได้มุ่งเน้นที่จะเชื่อมโยงองค์กรที่รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม ผู้สูงอายุการให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมต่างๆ ขององค์กรการใช้รูปแบบการให้การดูแล ผู้สูงอายุบทบาทของผู้บริหารระดับสูงเป็นเรื่องสำคัญมาก นอกจากนี้การยอมรับรูปแบบ ต้องมีประสบการณ์อย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาจริง ในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน โดยใช้รูปแบบของผู้ปฏิบัติการดูแลในองค์กรจากด้านล่างขึ้นบน

Kathryn (2008) ศึกษาเรื่อง A reason to care: Motivation to assume a paid caregiver role and correlates of well-being among family members and friends ศึกษาเหตุผลในการดูแล: แรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลและความสัมพันธ์ที่ีระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน พบว่า ความรู้สึกและแรงจูงใจของผู้ดูแลและวิธีการดูแล ให้เหตุผลในการดูแลว่าเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ ของครอบครัวและเพื่อนของผู้ดูแล การจ่ายเงินในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เงินตามสิทธิผู้พิการและ ผู้สูงอายุภายใต้กฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนีย การสนับสนุนในด้านค่าบริการในการดูแลที่บ้าน โดยให้ความสำคัญในการศึกษาสถานการณ์ของครอบครัว และตามแนวทางทฤษฎีสตรีนิยม (FST) เพื่อ ชัดเจนทางสังคมในการดูแลและบริบททางการเมืองในสังคมที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิด ของผู้ดูแล การปรับตัวของครอบครัวร่วมกับแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนในการค่าใช้จ่ายของครอบครัวและแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

สรุป

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงปัจจุบันในประเทศไทยมีระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นหลากหลาย เช่น (1) โรงพยาบาลบางแห่งเปิดแผนกบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงขึ้นเป็นการเฉพาะ (2) มีสถานรับเลี้ยงผู้สูงอายุรวมกับ ผู้ป่วยติดเตียงอื่น (Nursing Home) (3) มีบริการส่งพนักงานไปดูแลประจำตามบ้าน เป็นต้น บริการเหล่านี้ยังต้องมีการพัฒนามาตรฐาน ระบบการกำกับ ดูแลและระบบการสนับสนุนอีกมาก โดยบริการเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งสิ้น รวมทั้งที่แต่ละบ้านใช้ญาติดูแลกันเอง โดยบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแล และจำนวนมากที่จ้างแรงงานต่างชาติมาช่วยดูแล

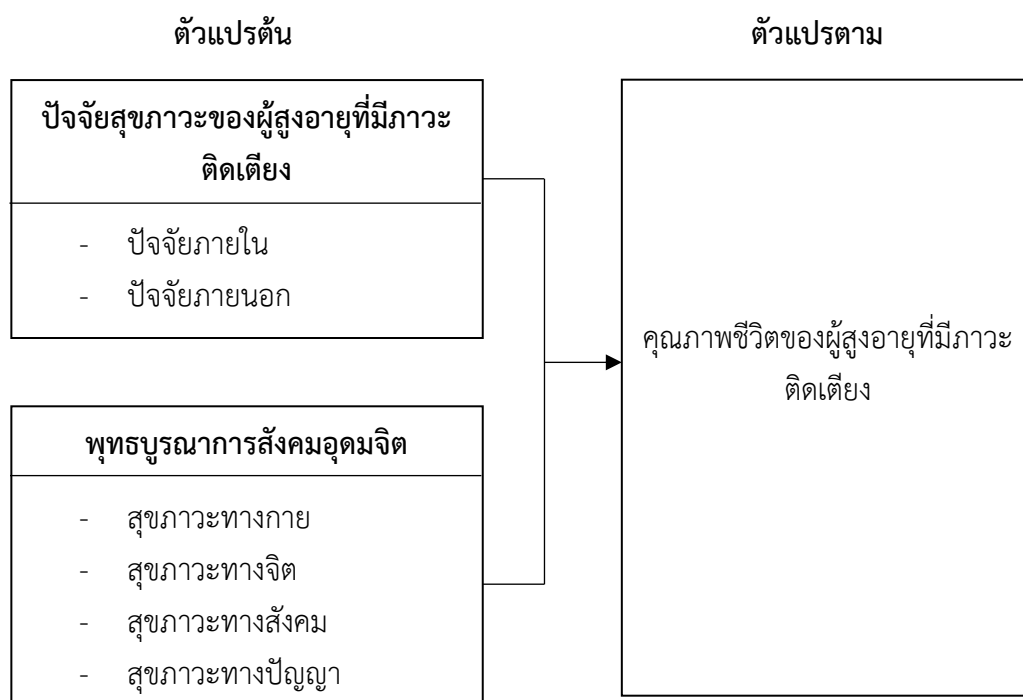
ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่และยากสำหรับแต่ละครอบครัวจะแบกรับและแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพราะปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง แม่บ้านต้องไปทำงานประจำนอกบ้านมากขึ้น พ่อแม่พึ่งพาลูกได้น้อยลง คนรับใช้ในบ้านหายากมากขึ้นๆ ผู้สูงอายุ ที่ต้องอยู่ตามลำพังมีราว 6 - 7 แสนคน

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตสรุปได้ว่า ระดับของการมีชีวิตที่ดี สุขภาพ สุขภาพใจ สุขภาพจิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม ความสัมพันธ์ทุกด้านระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติที่บุคคลอาศัยอยู่ โดยแต่ละด้านจะมีลักษณะเฉพาะในการสนองความต้องการของบุคคล คุณภาพชีวิตคือการส่งเสริมให้คนมีทางเลือกในชีวิตมากขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดีและมีความมั่นคงในชีวิต รวมทั้งมีเสรีภาพและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสุข ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสุข

แนวคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามหลักพุทธศาสนาสรุปได้ว่า ในการดำเนินชีวิตในสังคมตามหลักพุทธศาสนาจะต้องนำหลักธรรมมาปฏิบัติในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่มีอยู่ของธรรมชาติ และมีการดำเนินชีวิตไปใน 2 ส่วนด้วยพร้อมกันคือ กายกับจิต และสิ่งที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกันในชีวิตต่างๆ เช่น สังคมในครอบครัว คือ บิดา มารดา และสังคมในระดับชุมชน คือ มิตร ครูอาจารย์ฯ ซึ่งหมายความว่า ไม่ว่าการดำเนินชีวิตของคนเรานั้นจะดำเนินไปในทิศทางใด คือเป็นไปในทางดี หรือเป็นไปในทางเลว ก็ต้องสัมพันธ์กันกับสิ่งแวดล้อมธรรมชาติด้วย เพราะการดำเนินชีวิตนั้นได้กระทำต่อโลก กระทำต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในโลกนี้ โลกจึงเหมือนกับบ้านหลังใหญ่ เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้นกับสมาชิกที่อาศัยอยู่ หรือสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ผลกระทบก็ต้องเกิดขึ้นกับทุกๆ คนที่อยู่อาศัยในบ้านนั้นด้วย และเมื่อกล่าวโดยรวมถึงหลักการดำเนินชีวิตในพุทธศาสนาแล้ว ก็คือกระบวนการพัฒนาดน หรือกระบวนการพัฒนาชีวิตที่มีกล่าวไว้ครอบคลุมหลักคำสอนทั้งหมดในพุทธศาสนา คือ ไตรสิกขา 3

2.5 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการศึกษาและสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ตัวแปรที่ต้องนำมาศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แสดงดังภาพที่ 2.1

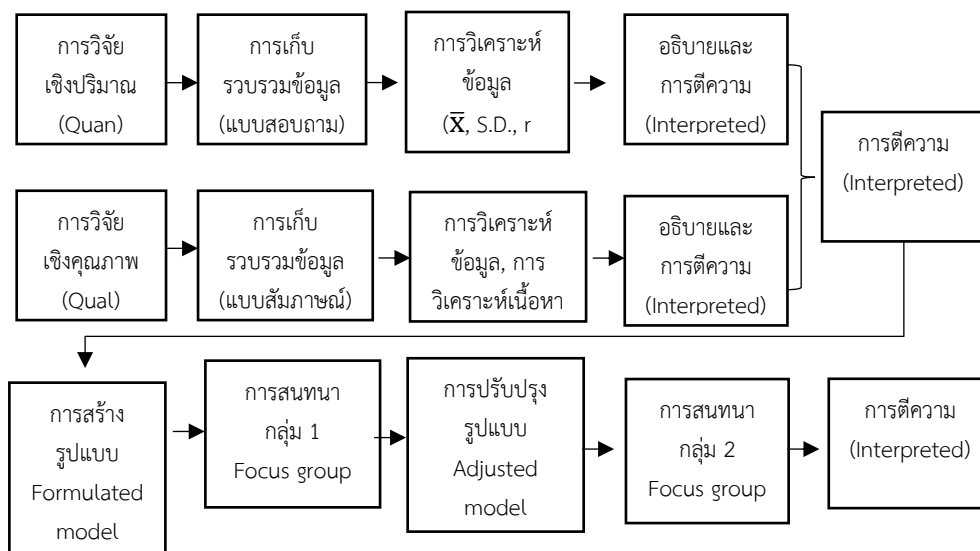


ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยรูปแบบการพัฒนาพุทธรูปการสังคมอดมจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Reaearch) เพื่อนำมาสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาพุทธรูปการสังคมอดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



3.1 การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study)

3.1.1 ประชากรและตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรที่จะศึกษาวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีภาวะติดเตียง หรือเคยอยู่ในภาวะติดเตียงเป็นระยะเวลาหนึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง เช่นลุก นั่งเองได้ ขยับเขยื้อนร่างกาย หรืออวัยวะได้บ้าง หรือสามารถเดินได้ในระยะสั้นๆ แต่ก็ยังต้องมีคนคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้วิจัยได้ประสานงานกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในพื้นที่ตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 85 คน พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนหนึ่งไม่สามารถพูดจาสื่อสารได้ บางคนไม่ยินยอมให้เข้าพบหรือตอบคำถามใดๆ ทำให้สามารถเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามได้เพียง 42 คนที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้

การสุ่มพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยใช้พื้นที่เทศบาลนครขอนแก่นเป็นพื้นที่ศึกษา ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด 8 แห่ง ผู้วิจัยสุ่มเลือกมา 2 แห่ง คือศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง และศูนย์สุขภาพชุมชนศรีฐาน

การสัมภาษณ์ แม้ว่าจะในแต่ละพื้นที่จะมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีจำนวนไม่มากนัก และผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงพร้อมที่จะให้ข้อมูลจากแบบสอบถามมีเพียง 42 คนเท่านั้นจึงทำการสำรวจทั้งหมด

3.1.2 เครื่องมือวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา การประกอบอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และสถานะของครอบครัว เป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ประกอบด้วย การมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ โรคภาวะแทรกซ้อนจากสภาวะติดเตียง สุขอนามัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง การพูดคุยสื่อสาร ลักษณะผิวหนัง การรับประทานอาหาร การดูแลสภาพในช่องปาก และการขับถ่าย เป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ตอนที่ 3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิต ในสภาวะปัจจุบันของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1)

ตอนที่ 4 พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต เป็นการศึกษาระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ที่มีต่อพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต 4 ด้านคือ ด้านความสุขทางกาย ด้านความสุขทางสังคม ด้านความสุขทางจิต และด้านความสุขทางปัญญา เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ระดับคือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1)

3.1.3 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) หลังจากผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยที่ส่งผลต่อสังคมอุดมจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจังหวัดขอนแก่น

2) นำผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นมาสร้างแบบสอบถามโดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอน โดยพิจารณาเนื้อหาให้ครอบคลุมกับความมุ่งหมายของการศึกษาวิจัย และสมมติฐานของการวิจัย

3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่กำหนด นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความถูกต้อง และครอบคลุมเนื้อหาของการศึกษา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญแนะนำเพิ่มเติม

4) ผู้ศึกษาวิจัยนำแบบสอบถามตามที่ได้ปรับปรุงแล้วนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความตรง (Validity) คือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความตรงเชิง

โครงสร้าง (Construct Validity) และความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องที่จะวัดจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่

- 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา
- 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาสังคม
- 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้อง

3.1.4 การหาคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้าง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม (IOC) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ให้คะแนน +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา
- ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา
- ให้คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา

จากนั้นพิจารณาคัดเลือกคำถามที่ค่า IOC ตั้งแต่ .05 – 1.00 จากผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนจำนวน 30 ข้อ แล้วจึงนำเสนอท่านอีกครั้ง

3.1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นผู้แนะนำและให้ข้อมูล รายละเอียดต่างๆ แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความยากลำบากและซับซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงไม่สามารถพูดจาติดต่อสื่อสารได้ พูดไม่ชัดเจนทำให้การสื่อสารลำบากมาก หรือบางคนหูตึงไม่ได้ยินอะไร ตลอดจนผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงไม่ยินยอมให้คนแปลกหน้าเข้าไปภายในบ้าน และไม่ยอมพูดจากับใคร ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยให้กลุ่ม อสม. เป็นผู้ช่วยผู้วิจัย ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 42 ชุด

3.1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติร้อยละในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การประเมินคุณภาพชีวิตและพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลความโดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้

- $\bar{X} = 1.00 - 1.50$ หมายความว่า ระดับคุณภาพชีวิต/ระดับการรับรู้ อยู่ในระดับน้อยที่สุด
- $\bar{X} = 1.51 - 2.50$ หมายความว่า ระดับคุณภาพชีวิต/ระดับการรับรู้ อยู่ในระดับน้อย
- $\bar{X} = 2.51 - 3.50$ หมายความว่า ระดับคุณภาพชีวิต/ระดับการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง
- $\bar{X} = 3.51 - 4.50$ หมายความว่า ระดับคุณภาพชีวิต/ระดับการรับรู้ อยู่ในระดับมาก
- $\bar{X} = 4.51 - 5.00$ หมายความว่า ระดับคุณภาพชีวิต/ระดับการรับรู้ อยู่ในระดับมากที่สุด

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง และพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แห่งเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยกำหนดค่า (r) ในการแปลความหมาย ดังนี้ (Best 1977)

4. การสร้างสมการทำนาย เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เมื่อพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตทั้ง 4 ด้านมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในที่นี้กำหนดให้ตัวแปรต้นคือพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต 4 ด้านคือ 1) ด้านความสุขทางกาย (TB) 2) ด้านความสุขทางสังคม (TC) 3) ด้านความสุขทางจิต (TD) และ 4) ด้านความสุขทางปัญญา (TE) และให้ตัวแปรตาม คือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง (TA)

สมการทำนายคือ $TA = a + b_1 (TB) + b_2 (TD) + b_3 (TE)$

3.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study)

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่วิจัย/พื้นที่ภาคสนาม เป็นการสุ่มพื้นที่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยกำหนดจากพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเป็นจำนวนมากกว่า 10 คนขึ้นไป โดยวิธีการสุ่มจากศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 8 แห่ง สุ่มเลือกมา 2 แห่งซึ่งมีความแตกต่างกัน โดยใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ใจกลางเมือง ศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง และศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งนอกเขตเมือง คือศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านศรีฐาน เมื่อได้พื้นที่ตัวอย่างแล้วจึงทำการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ซึ่งมีคุณลักษณะที่สามารถสื่อสารกันได้ พูดจาชัดเจน และยินยอมให้ผู้วิจัยเข้าพบ และสัมภาษณ์ ในการดำเนินงานลงพื้นที่เก็บข้อมูลครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นอย่างดี ทั้งในด้านการติดต่อพูดจากับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง การเข้าสัมภาษณ์และเป็นผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกต้อง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการสัมภาษณ์จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง (โนนทัน) จำนวน 10 คน, ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสีฐาน จำนวน 10 คน

3.2.2 เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi – Structure Interview) และใช้การสังเกตของผู้วิจัย เพื่อยืนยันสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยและชุมชนรวมถึงกิริยาอาการแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพก่อน – หลัง ที่อยู่ในภาวะติดเตียง ผู้ดูแลความสัมพันธ์ในครอบครัว สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะติดเตียง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

2. ข้อมูลด้านสุขภาวะ ประกอบด้วย สุขภาวะทางร่างกาย กิจกรรมประจำวัน อาหาร และน้ำดื่ม ความสะอาดภายในที่อยู่อาศัย และบริเวณโดยรอบ

3. ข้อมูลความสัมพันธ์กับชุมชน อัยยาศัยไมตรีที่มีต่อเพื่อนบ้าน ชุมชน และความเอื้อเฟื้อจากเพื่อนบ้าน ชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน องค์กร หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ

4. พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต 4 ด้าน 1) ด้านความสุขทางกาย 2) ด้านความสุขทางสังคม 3) ด้านความสุขทางจิต 4) ด้านความสุขทางปัญญา 5) สภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

การตรวจสอบคุณภาพ และเครื่องมือวิจัย แบบสัมภาษณ์โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ (แบบสอบถาม) เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบเนื้อหา ความสอดคล้อง และครอบคลุม ในวัตถุประสงค์ และกลุ่มตัวอย่าง ผู้เชี่ยวชาญให้ปรับปรุง ภาษาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เป็นกลุ่มเปราะบาง มีสภาวะจิตใจอ่อนไหว และเคยอยู่ในภาวะซึมเศร้ามาก่อน ข้อสัมภาษณ์บางประการจึงถูกตัดออกไป และหัวหน้าโครงการวิจัยได้จัดให้มีสิ่งของมอบให้เพื่อเป็นการขอบคุณ และเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

3.2.3 การดำเนินการสัมภาษณ์

ก่อนลงพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยได้ประชุมปรึกษาหารือกับกลุ่ม อสม. ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง กำหนดแนวทางในการดำเนินการสัมภาษณ์ร่วมกัน ขอให้ อสม. จำนวน 2 คน ช่วยในการบันทึก และเพิ่มเติมข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงหลงลืม การเข้าเยี่ยม ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง อสม. จะเป็นผู้นำ และสร้างความเข้าใจพื้นฐานของตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและจุดมุ่งหมายของการมาสัมภาษณ์ แนะนำหัวหน้าโครงการ พระครูธรรมมาภิสมัย, ผศ.ดร. สิ่งที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การสัมภาษณ์เป็นไปด้วยบรรยากาศที่ดี นอกจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงยังได้แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของร่างกายที่สามารถขยับเขยื้อนได้ และช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน ยกเว้นการตัดผม ตัดเล็บ การจัดที่หลับที่นอนยังต้องให้ผู้ดูแลหรือ อสม. เป็นคนช่วยทำให้อ่อนปดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัย และ อสม. มอบของที่ระลึกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เพื่อเป็นการขอบคุณที่ให้ข้อมูล และความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เมื่อจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้นัดกลุ่ม อสม. ประชุมทบทวนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และมีประเด็นบางอย่างที่ไม่ได้ข้อมูลก็ให้อสม. ช่วยเพิ่มเติมให้ ใช้เวลาในการดำเนินการสัมภาษณ์พื้นที่ละ 5 วัน

3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยนำเอกสารและแบบสัมภาษณ์ที่ อสม. ทั้ง 2 คน บันทึกกับผู้วิจัยที่บันทึกไว้รวมกับที่เพิ่มเติมจากการประชุมกลุ่ม อสม. ในพื้นที่ตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน จัดกลุ่มข้อมูลให้สอดคล้องกับเป้าหมายในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยอ่านเอกสารที่จดบันทึกไว้โดยตลอด ตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งกับกลุ่ม อสม. และศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการตรวจสอบแบบสามเส้า (Data Triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ที่มีความสอดคล้องกับพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตทั้ง 4 ด้าน จำแนกประเด็นศึกษา ความละเอียดในแต่ละประเด็นย่อย และสรุปในภาพรวมทั้ง 2 พื้นที่วิจัย เมื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้จัดให้มีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยเชิญอาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้านที่เข้าร่วมในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ทั้ง 2 พื้นที่วิจัยจำนวน 10 คน เพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในวันที่ 30 มีนาคม 2566 ณ ห้องประชุมชั้น 3 อาคารศูนย์บริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน

การสร้างรูปแบบพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสังเคราะห์ร่วมกันนำมาสร้างเป็นรูปแบบพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เป็นรูปแบบเชิงกระบวนการ (Systematic Model; Input, Process, Output) โดยกำหนดให้ปัจจัยนำเข้า (Input) คือปัจจัยสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจำแนกเป็นปัจจัยภายในได้แก่คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงความสัมพันธ์ในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสังคม ส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่สภาพแวดล้อมชุมชน กิจกรรม อสม. และการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ

สำหรับการบวนการ (Process) คือพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตทั้ง 4 ด้าน และมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับสูง กับตัวแปรภายใน แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ จะส่งผลให้พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตทั้ง 4 ด้านมีการพัฒนาสูงขึ้น

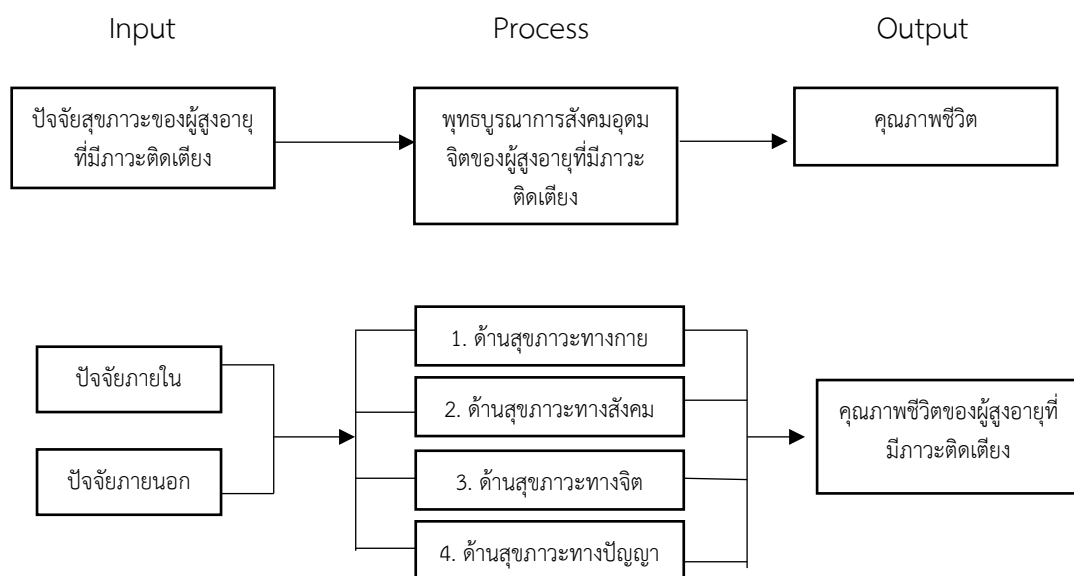
ส่วนผลลัพธ์ (Output) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับสูงกับตัวแปรภายใน แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ปฏิบัติอยู่นั้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

ข้อสรุป ที่ค้นพบก็คือ พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อสร้างสมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงกับพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงก็จะพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะมีคุณภาพสูงขึ้น ก็ต่อเมื่อมีการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตในด้านความสุขทางจิต แล้วความสุขทางปัญญา ซึ่งสำหรับการทำนายมีอำนาจการทำนายที่ถูกต้อง 80.10%

การยืนยันรูปแบบ (Confirmation Model)

เมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างรูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น ได้จัดให้มีการยืนยันรูปแบบดังกล่าว เพื่อให้มีความเชื่อมั่นได้ว่าสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง โดยจัดให้มีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เชิญผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมจังหวัดขอนแก่น ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจำนวน 12 คน ในวันที่ 20 เมษายน 2566 ณ ห้องประชุมชั้น 3 อาคารศูนย์บริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน

ร่างรูปแบบพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษารูปแบบการพัฒนาพุทธรูปธรรมการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในจังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาวิจัยเชิงผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) โดยกำหนดให้มีการดำเนินการวิจัยทั้ง การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการ วิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) โดยการใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth-interview) นำผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสร้างเป็น รูปแบบการพัฒนาพุทธรูปธรรมการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในรูปแบบของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Correlation Analysis) และการสร้างสมการทำนาย (Multiple Regression) และนำผลการศึกษาที่ได้ในเบื้องต้น ไปดำเนินการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของตัว แปรและสมการทำนาย ตลอดจนการนำเสนอกิจกรรมที่กลุ่มอสม. ดำเนินการที่ส่งผลต่อตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบการ พัฒนาพุทธรูปธรรมการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัย ดำเนินการนำเสนอ ดังนี้

- 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis)
- 4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis)
- 4.3 การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร และสร้างสมการทำนาย
- 4.4 รูปแบบการพัฒนาพุทธรูปธรรมการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis)

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น นายกเทศมนตรีเทศบาลนครขอนแก่นพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูล และสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครขอนแก่น โดยประสานงานกับศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น คือศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง และศูนย์สุขภาพชุมชนสีฐาน

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่สำนักงานเทศบาลนครขอนแก่น เพื่อศึกษาข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุมี จำนวนมากแต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุและอยู่ในสภาวะติดเตียง มีจำนวนไม่มากนัก ซึ่งผู้สูงอายุและอยู่ในภาวะติดเตียงมักจะ เป็นผู้ที่ไม่สามารถพูดจาสื่อสารได้ การเก็บข้อมูลจะเป็นไปได้ยากมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะให้ คำนิยามของผู้สูงอายุที่อยู่ ในภาวะติดเตียง นั้นหมายถึง ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) และอยู่ในสภาวะติดเตียงหรือเคยอยู่ในสภาวะติดเตียง เป็นระยะเวลาหนึ่ง แต่ยังมีสภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างสมบูรณ์ อาจจะลุกนั่งได้เอง ขยับเขยื้อนได้ โดยนั่งกระดกไปหรือเดินได้ในระยะสั้นๆ ตักอาหารกินเอง ทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง

หรืออาจเรียกว่าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดบ้าน ยังต้องมีคนคอยดูแล ดังนั้นเมื่อให้กลุ่ม อสม. นำแบบสอบถามไปขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงบางส่วนไม่มีความประสงค์จะให้ข้อมูลและไม่ยินดีที่จะให้ผู้วิจัยเข้าไปในบ้านด้วย ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 48 ชุด และเมื่อผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนแล้วสามารถนำ แบบสอบถามมาวิเคราะห์ได้ 42 ชุด และผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดังนี้

4.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานนี้ผู้วิจัยได้สอบถามผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในบางเรื่องต้องขอให้ผู้ดูแลและอสม. ช่วยอธิบายหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงอาจหลงลืมจำไม่ได้ เช่นจำนวนบุตรหลาน คนในครอบครัว และการศึกษา เป็นต้น

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1) ชาย	23	54.80
2) หญิง	19	45.20
2. อายุ		
1) 60-69ปี	10	23.90
2) 70-79ปี	21	50.00
3) 80-89ปี	9	21.30
4) 90 ปีขึ้นไป	2	4.80
3. สถานภาพ		
1) โสด	4	9.50
2) สมรสอยู่ด้วยกัน	11	26.20
3) สมรสแยกกันอยู่	2	4.80
4) คู่สมรสเสียชีวิต	25	59.50
4. การศึกษาสูงสุด		
1) ประถมศึกษา (ป.4)	37	88.10
2) มัธยมศึกษา (ม.ต้น)	5	11.90
5. การประกอบอาชีพก่อนจะป่วยติดเตียง		
1) รับจ้างทั่วไป	30	71.43
2) ค้าขายขายอาหารขายสินค้าทั่วไป	12	28.57

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (นอกเหนือจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง)		
1) 1 - 2 คน	33	78.70
2) 3 - 5 คน	9	21.30
7. สถานะครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะติดเตียง		
1) ชัดสน	21	50.00
2) พอลู่พอกิน	21	50.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.80 รองลงมาเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 45.20 อายุ 70 - 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.81 รองลงมาอายุ 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.90 ที่พบขณะเข้าสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีอายุสูงสุด 94 ปี (ก่อนหน้านี้มีอายุสูงถึง 104 ปี แต่เสียชีวิตไปแล้ว)

สถานภาพปัจจุบันคู่สมรส เสียชีวิตแล้วคิดเป็นร้อยละ 59.50 รองลงมาคือคู่สมรสอยู่ด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 26.20 เมื่อสอบถามถึงคู่สมรส (สามี/ภรรยา) ที่เสียชีวิตแล้ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะไม่ค่อยอยากพูดถึง เพียงแต่พูดว่า “เหมือนคนสำคัญ ของชีวิตขาดหายไป ไม่รู้ว่าตัวเองอยู่มาจนปานนี้ได้อย่างไร แต่คงอีกไม่นานก็จะได้เจอกัน” บางคนก็ร้องไห้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่ยังอยู่กับคู่สมรสนั้นดูจากสภาพทั่วไปจะมีความสุขยิ้มแย้มแจ่มใสพูดคุยสนุกสนานดูแลกันจนบางคนลูกนั่งเองได้หรือเดินได้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 88.10 (ส่วนมากจะจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4) รองลงมาเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้พูดให้ฟังว่า “เพราะมีความรู้่น้อย จึงทำให้ไม่สามารถหางานดีๆ ทำได้จึงยากจนพอเริ่มจะพอมีพอกินก็มาป่วยไข้ต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานซึ่งก็ลำบากเหมือนกัน”

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเดิมประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายสินค้าเบ็ดเตล็ด คิดเป็นร้อยละ 28.57 จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะทำงานหนักมาตั้งแต่ต้นส่งผลให้ร่างกายเจ็บป่วยทรุดโทรมมีบางคนที่ยืนเหล้าสุบุนหรีและยาเสพติดบางประเภททำให้ส่งผลต่อความทรุดโทรมของร่างกาย มีความเครียดจากการทำงานและรายได้ จึงเป็นสาเหตุที่มาของการเจ็บป่วยและอยู่ในภาวะติดเตียงที่มาของการอยู่ในภาวะติดเตียง

เมื่อสอบถามถึงจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะไม่ค่อยอยากตอบ เนื่องจากบางคนลูกหลานทิ้งไป หรือสามี/ภรรยา แยกไปอยู่ต่างหาก จะมีความสุข เศร้าใจ หรือลูกหลานหรือสามี/ภรรยาเสียชีวิต จึงไม่ค่อยให้ตอบคำถาม และบางคนก็จำไม่ได้ ส่วนนี้ผู้ดูแลจะเป็นผู้ตอบให้ ซึ่งส่วนมากจะมีสมาชิกในครอบครัว 1 - 2 คน คิดเป็นร้อยละ 78.70 รองลงมาเป็น 3 - 5 คน คิดเป็นร้อยละ 21.30 ผู้วิจัยพบว่าส่วนมากสมาชิกในครอบครัวจะเป็น

ลูกหลาน และเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงบางคนพึ่งสูญเสียสามีและลูกไปพร้อมกันเพราะอุบัติเหตุ และสูญเสียลูกชายไปเพราะอุบัติเหตุ ทำให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจที่จะให้ข้อมูล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ส่วนมากมีสถานะทางเศรษฐกิจระดับพอมีพอกิน คิดเป็นร้อยละ 50.00 เนื่องจากลูกหลานยังประกอบอาชีพ มีรายได้พอเพียง ตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงไม่ได้ใช้จ่ายอะไร นอกจากการเดินทางไปพบแพทย์ ซึ่ง อสม. จะเป็นผู้นำพาไป ส่วนที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงบอกว่ามีสถานะทางเศรษฐกิจระดับขัดสน คิดเป็นร้อยละ 50.00 เนื่องจากลูกหลานไม่มีรายได้หรือทำงานรับจ้างรายวัน มีรายได้ไม่แน่นอน แต่มี อสม. ช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ “ก็ยั้งต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่นอยู่มาก ตัวเองก็ลำบากจะทำอะไรก็ได้ เคยค้าขายเล็กๆ น้อยๆ ตอนนี้อายุไม่ได้เลย ไม่มีรายได้ พอได้ อสม. กับเพื่อนบ้านช่วยหาของมาให้พอได้กินได้ใช้ แต่ก็ยั้งไม่เพียงพอ”

4.1.2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงทั้งหมด มีสภาพปัญหาด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน และจากการตรวจรักษาโรคโดยแพทย์ ในส่วนอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้สอบถาม คือสภาพทางด้านจิตใจ (สุขภาพจิต) ที่เป็นบาดแผลที่มองไม่เห็น แต่สังเกตจากการพูดคุยก็ยังมีสภาพจิตใจที่ต้องการกำลังใจอยู่มาก

ตารางที่ 4.2 จำนวนร้อยละข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (n=42)	ร้อยละ
1. การไม่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ	2	4.80
1.1 ไม่มี	40	95.20
1.2 มี		
มีภาวะของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ คือ เบาหวาน ความดัน โรคไต หัวใจ		
2. โรคภาวะแทรกซ้อนจากสภาวะติดเตียง		
2.1 แผลกดทับ	2	4.80
2.2 ข้อศอกแข็ง	8	19.00
2.3 กล้ามเนื้อเกร็งหรือกระตุก	4	9.50
2.4 อื่นๆ เป็นแผลบริเวณผิวหนัง	28	66.70
3. สุขอนามัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง		
3.1 สะอาดถูกหลักเลี้ยงอนามัย	23	54.80
3.2 พอใช้ได้	19	45.20

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (n=42)	ร้อยละ
4. การพูดคุยสื่อสาร		
4.1 พูดคุยรู้เรื่อง	34	81.00
4.2 พูดสั้นแข็ง	8	19.00
5. ลักษณะผิวหนัง		
5.1 แห้ง	15	35.70
5.2 ไม่แห้ง	18	42.90
5.3 ไม่มีแผล	5	11.90
5.4 มีแผล	4	9.50
6. การรับประทานอาหาร		
6.1 รับประทานอาหารเองได้	34	81.00
6.2 ให้ผู้อื่นช่วยป้อน	8	19.00
7. การดูแลสุขภาพในช่องปาก		
7.1 ไม่พบฟันผุ	24	57.10
7.2 มีปัญหาช่องปาก	18	42.90
8 การขับถ่าย		
8.1 สามารถขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะเองได้	42	100.00

จากตารางที่ 4.2 พบว่าจากการสอบถามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงพบว่าส่วนมาก มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 95.20 ส่วนที่ตอบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 4.80 คน เนื่องจากไม่ได้ไปพบแพทย์และได้รับอุบัติเหตุ (ตกจากหลังม้า) โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ ไขข้ออักเสบ เก๊าท์ โรคไต ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่มีโรคประจำตัว จะมีใบนัดพบแพทย์ เป็นประจำ โดยมี อสม. เป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้ก่อนไปพบแพทย์ เช่น การวัดความดัน ตรวจน้ำตาล ทำความสะอาดบาดแผล เป็นต้น

เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีภาวะติดเตียงมานาน (บางคนอยู่ในภาวะติดเตียงนาน 1 - 2 ปี) ส่วนมากจึงมีภาวะโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการที่ร่างกายไม่ได้มีการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น ข้อศอกแข็ง (ข้อยึด) คิดเป็นร้อยละ 19.00 กล้ามเนื้อเกร็ง คิดเป็นร้อยละ 9.50 และนอกจากนี้จะเป็นโรคที่เป็นผลมาจากโรคประจำตัว เช่น เกิดแผลพุพองตามผิวหนัง แขนขาชา มีอาการชาตามมือและเท้าตลอดจนปวดหลัง หน้ามืด เวียนหัว ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายทำได้ลำบาก

แม้ว่าจะอยู่ในสภาวะติดเตียง แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ก็มีการรักษาสุขอนามัย สะอาดถูกหลักอนามัย คิดเป็นร้อยละ 54.80 “มี อสม. มาดูแลทำความสะอาดร่างกาย และที่หลับที่นอนให้เป็นประจำ ช่วงแรกๆ ทำให้ทุกอย่าง แม้แต่พาเข้าห้องน้ำ การถ่ายหนักถ่ายเบา อาบน้ำ สระผม” ในส่วนที่สุขอนามัยอยู่ในระดับพอใช้ได้ คิดเป็นร้อยละ 45.20 ส่วนมากแล้ว จะเป็นสภาพที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้มีกลิ่นอับหรือไม่ค่อยสะอาด อากาศถ่ายเทไม่ดี “ทาง อสม. ก็พยายามจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ มาเปลี่ยนให้ใหม่เท่าที่จะหาให้ได้”

ผู้สูงอายุที่มีการติดเตียง ส่วนมากมีการพูดคุยสื่อสารกันได้ พูดคุยรู้เรื่องดี บางคนอาจพูดไม่ค่อยชัด แต่ก็พูดคุยรู้เรื่องดี คิดเป็นร้อยละ 81.00 ก็คือพูดชัด ฟังรู้เรื่อง แม้ว่าการโต้ตอบอาจจะช้าบ้าง แต่ก็มีสมาธิเข้าใจดี ส่วนอีกร้อยละ 19.00 นั้น จะสามารถฟังเข้าใจ รู้เรื่องดี แต่การโต้ตอบทำได้ช้ามาก จะมีสภาวะลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว (ในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ให้ อสม. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงนั้นสามารถพูดและสื่อสารได้เพราะส่วนหนึ่งผู้วิจัยจะต้องสัมภาษณ์ด้วย)

สภาพการขับถ่ายทั้งหนักและเบา จะพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ส่วนมากสามารถขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ ได้เอง คิดเป็นร้อยละ 100 “บางคนสามารถเดินไปทำธุระเองได้ แต่ต้องค่อยๆ เดินไปช้าๆ บางคนก็นั่งกระดกไป มีอยู่คนหนึ่ง ดิ้นนั่งเก้าอี้ ลูกๆ ลากไป บางทีก็ไปไม่ทัน ทำหกเรี่ยราด ก็ต้องช่วยกันเช็ดบ้าง

4.1.3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ผู้วิจัยได้ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ทดสอบประเมินสภาพคุณภาพชีวิตของตนเองว่าจะอยู่ในระดับใด ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงฟัง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเป็นผู้ต้องเข้ารับการประเมิน และต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควรที่จะทำความเข้าใจในแต่ละคำถาม

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลความระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง	ระดับคุณภาพชีวิต		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
1. ความพอใจในการมีมนุษยสัมพันธ์	2.88	0.67	ปานกลาง
2. ในขณะที่ท่านมีความสุขในชีวิต	2.86	0.84	ปานกลาง
3. ความรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีคุณค่า	2.88	0.74	ปานกลาง
4. รู้สึกว่าท่านมีสมาธิระดับดี	3.36	0.69	ปานกลาง
5. มีความพึงพอใจในความสามารถเคลื่อนไหว	2.17	0.70	น้อย

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง	ระดับคุณภาพชีวิต		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
6. โอกาสในการทำงานอดิเรก	1.86	0.75	น้อย
7. ความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน	3.02	0.72	ปานกลาง
8. ในแต่ละวันได้รับข้อมูลข่าวสารตามที่ต้องการ	2.43	0.99	น้อย
9. มีความพึงพอใจกับตัวเอง	2.38	0.73	น้อย
10. ในขณะที่มีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเอง	2.43	0.83	น้อย
11. อาการปวดท้องรบกวน หรือขัดขวางการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน	2.81	0.63	ปานกลาง
12. ความจำเป็นที่ต้องใช้บริการหรือการรักษาทางการแพทย์ในชีวิตประจำวัน	2.86	0.84	มาก
13. สภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวดี	3.00	0.99	ปานกลาง
14. มีความพึงพอใจกับผลกำลัง	2.52	0.57	ปานกลาง
15. มีเงินเพียงพอกับการดำรงชีวิตประจำวัน	2.71	1.47	ปานกลาง
ค่ารวมเฉลี่ย	2.74	0.45	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 ผู้วิจัยพยายามจะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการติดเตียงโดยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงประเมินคุณภาพชีวิตตนเองในสภาพปัจจุบัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.74$) คุยและเมื่อพิจารณาในแต่ละเรื่องส่วนมากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ก็ประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 1. รู้สึกว่ามีสมาธิดี ($\bar{X} = 3.36$) 2. มีความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน ($\bar{X} = 3.02$) และเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยลำดับแรก คือ 3. มีสภาพสิ่งแวดล้อม รอบตัวดี ($\bar{X} = 3.00$) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากในเรื่องความจำเป็นที่ต้องใช้บริการหรือการรักษาทางการแพทย์ในชีวิตประจำวัน ($\bar{X} = 3.74$)

ในส่วนที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ใน ระดับน้อย ได้แก่ในเรื่อง 1) ในแต่ละวันได้รับข้อมูลข่าวสารตามที่ต้องการ ($\bar{X} = 2.43$) 2) มีความพึงพอใจกับตนเอง ($\bar{X} = 2.38$) 3) มีความพึงพอใจในความสามารถเคลื่อนไหว ($\bar{X} = 2.17$) และในโอกาสในการทำงานอดิเรก ($\bar{X} = 1.86$) และ 2) ในขณะที่มีความพึงพอใจกับสุขภาพของตนเอง ($\bar{X} = 2.43$)

จากผลการศึกษาจะพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีความไม่ค่อยพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งผลการประเมินตนเองด้านภาวะคุณภาพชีวิตของตนเอง อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับน้อย แสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีความรู้สึกกับตนเองเป็นบุคคลที่เป็นภาระของผู้คนอื่นและสังคม การติดต่อสื่อสารตลอดจนไม่มีความสามารถในการประกอบอาชีพหรือการหารายได้ทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองมีชีวิตอยู่อย่างเปล่าประโยชน์เป็นภาระกับลูกหลานและสังคม

4.1.4 ผลการวิเคราะห์พุทธรูปการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีการติดเตียง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทางพุทธรูปการสังคมอุดมจิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีระดับการรับรู้พุทธรูปการสังคมอุดมจิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านความสุขทางกาย 2) ด้านความสุขทางสังคม 3) ด้านความสุขทางจิต และ 4) ด้านความสุขทางปัญญา

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลความ ระดับการรับรู้พุทธรูปการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

พุทธรูปการสังคมอุดมจิต	ระดับการรับรู้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
1. ด้านความสุขทางกาย	3.10	0.64	ปานกลาง
2. ด้านความสุขทางสังคม	3.20	0.47	ปานกลาง
3. ด้านความสุขทางจิต	3.08	0.65	ปานกลาง
4. ด้านความสุขทางปัญญา	3.16	0.70	ปานกลาง
รวม	3.14	0.54	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีการรับรู้พุทธรูปการสังคมอุดมจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14$) และเมื่อพิจารณาในด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีการรับรู้พุทธรูปการสังคมอุดมจิต อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยเรียงตามระดับดังนี้ 1) ด้านความสุขทางสังคม ($\bar{X} = 3.20$) 2) ด้านความสุขทางปัญญา ($\bar{X} = 3.16$) 3) ด้านความสุขทางกาย ($\bar{X} = 3.10$) และ 4) ด้านความสุขทางจิต ($\bar{X} = 3.08$) ตามลำดับ

1. ด้านความสุขทางกาย (กายภาวนา)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย หรือไม่ได้เลย จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลให้ความเอาใจใส่ในการดำเนินชีวิต ทั้งด้านอาหาร การขับถ่าย การหลับนอน รวมทั้งความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรความ ระดับการรับรู้พุทธรูปธรรมการ
สังคมอุดมจิต ด้านความสุขทางกาย

ด้านความสุขทางกาย	ระดับการรับรู้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
1. มีกำลังสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้	2.55	0.50	ปานกลาง
2. ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.38	0.58	ปานกลาง
3. ไม่เสพสิ่งเสพติดทุกชนิด	3.02	1.39	ปานกลาง
4. มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว	3.45	0.74	ปานกลาง
รวม	3.10	0.64	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีการรับรู้ด้านความสุขทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.10$) แต่เมื่อพิจารณาในรายเรื่องก็พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางทุกเรื่อง ตามลำดับ ดังนี้ 1) มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว ($\bar{X} = 3.45$) 2) ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ($\bar{X} = 3.38$) 3) ไม่เสพสิ่งเสพติดทุกชนิด ($\bar{X} = 3.02$) และ 4) มีกำลังสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ ($\bar{X} = 2.55$)

2. ด้านความสุขทางสังคม (ศีลภาวนา)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมักจะไม่ค่อยมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ไม่มีการใช้เครื่องมือสื่อสารหรือใช้บ้างก็เพื่อติดต่อกับคนในครอบครัวหรือกับ อสม.

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรความ ระดับการรับรู้พุทธรูปธรรมการ
สังคมอุดมจิต ด้านความสุขทางสังคม

ด้านความสุขทางสังคม	ระดับการรับรู้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
1. เข้าถึงการใช้อินเทอร์เน็ตออนไลน์ เช่น สไลด์ เพชบุ๊ค อื่นๆ เป็นประจำ	2.05	0.76	น้อย
2. ได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากบุคคลในครอบครัว	3.45	0.63	ปานกลาง
3. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน	3.50	0.67	ปานกลาง

ด้านความสุขทางสังคม	ระดับการรับรู้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
4. ให้อภัยผู้อื่นเสมอ	3.81	0.67	มาก
รวม	3.20	0.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีระดับการรับรู้ด้านความสุขทางสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.20$) แต่เมื่อพิจารณาในรายเรื่องพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ในเรื่องให้อภัยผู้อื่นเสมอ ($\bar{X} = 3.81$) และเรื่องที่มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย คือ การเข้าถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น สไลด์ เพชบุ๊ก อื่นๆ เป็นประจำ ($\bar{X} = 2.05$) ส่วนเรื่องอื่นๆ มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงให้ความสำคัญกับสื่อสังคมออนไลน์น้อยมาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมักจะไม่ชอบติดต่อกับใคร และมีสังคมแบบตัวคนเดียวจะให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในครอบครัวเท่านั้น และได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีกับบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะลูกหลานจะให้การเอาใจใส่จัดหาอาหาร และของใช้ที่จำเป็นมาไว้ให้ก่อนที่จะไปทำงานก็จัดหาอาหารและของใช้ไว้ให้ บางครั้งในตอนพักกลางวันก็แวะเวียนเข้ามาดูแล

3. ด้านสุขภาพทางจิต (จิตภาวนา)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีเวลาว่างพอที่จะคิดใคร่ครวญถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เกิดความรู้สึกปล่อยว้าง ไม่คาดหวังสิ่งใด นอกจากการทำบุญสร้างกุศลเพื่อนำชีวิตตนเองไปสู่ความสงบสุขและจากโลกนี้ไปสู่ภพภูมิที่ดี มีการไหว้พระสวดมนต์ ฟังเทศน์ ฟังธรรม เข้าวัดอยู่เป็นประจำ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความ ระดับการรับรู้พุทธบูรณาการ สังคมอุดมจิต ด้านสุขภาพทางจิต

ด้านสุขภาพทางจิต	ระดับการรับรู้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
1. มีการเจริญสติอยู่เป็นประจำ	3.26	0.66	ปานกลาง
2. แสวงหาความรู้และแนวทางในการพัฒนาจิตใจตนเองอยู่เป็นประจำ	2.88	0.80	ปานกลาง
3. สามารถจำสิ่งต่างๆ และคิดอย่างมีเหตุผล	3.21	0.75	ปานกลาง
4. สามารถสื่อสารได้อย่างมีเหตุผล	2.98	0.78	ปานกลาง

ด้านสุขภาพทางจิต	ระดับการรับรู้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
รวม	3.08	0.65	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพทางจิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$) และเมื่อพิจารณาในรายเรื่อง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับปานกลางทุกเรื่อง ตามลำดับดังนี้ 1) มีการเจริญสติอยู่เป็นประจำ ($\bar{X} = 3.26$) 2) สามารถจำสิ่งต่างๆและคิดอย่างมีเหตุผล ($\bar{X} = 3.21$) 3) สามารถสื่อสารได้อย่างมีเหตุผล ($\bar{X} = 2.98$) และ 4) แสวงหาความรู้และแนวทางในการพัฒนาจิตใจของตนเองอยู่เป็นประจำ ($\bar{X} = 2.88$)

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมักจะมีการพึ่งเทศน์ ฟังธรรมอยู่เป็นประจำ เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีความคิดว่าตนเองอายุมากแล้ว เหมือนไม้ใกล้ฝั่ง อีกไม่นานก็ต้องกาย เมื่อยยังมีลมหายใจก็ขอให้ได้ทำบุญกุศล สวดมนต์ไหว้พระเพื่อให้มีสติตื่นรู้ และพัฒนาจิตใจของตนเองอยู่ตลอดเวลา เพราะไม่อาจคาดเดาได้ว่าตนเองจะหมดบุญลงเมื่อใด

4. ด้านความสุขทางปัญญา (ปัญญาภาวนา)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง จะระลึกความรู้สึกตัวเองอยู่ตลอดเวลา สามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ของตนเองได้ดี เพราะตอนเกิดสภาวะติดเตียงใหม่ๆ จะมีความรู้สึกไม่ดีต่อตัวเอง และคนรอบข้าง เมื่อได้รับการดูแลเอาใจใส่ และปลอบใจให้กำลังใจก็สามารถปรับสภาพอารมณ์ของตนเองได้ มีความเข้าใจในสภาพและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความ ระดับการรับรู้พุทธบูรณาการ สังคมอุดมจิต ด้านความสุขทางปัญญา

ด้านความสุขทางปัญญา	ระดับการรับรู้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
1. สามารถรับรู้ความรู้สึกของตนเอง	3.21	0.81	ปานกลาง
2. สามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	3.19	0.92	ปานกลาง
3. สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้	3.12	0.59	ปานกลาง
4. สามารถปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นความเป็นจริงได้	3.12	0.71	ปานกลาง

ด้านความสุขทางปัญญา	ระดับการรับรู้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ
รวม	3.16	0.70	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 พบว่าผู้สูงอายุที่มีระยะติดเตียง มีการรับรู้ด้านความสุขทางปัญญา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.16$) แต่เมื่อพิจารณาในรายเรื่องพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีการรับรู้ด้านความสุขทางปัญญา อยู่ในระดับปานกลางทุกเรื่องตามลำดับดังนี้ 1) สามารถรับรู้ความรู้สึกของตนเอง ($\bar{X} = 3.21$) 2) สามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 3.19$) 3) สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ และ 4) สามารถปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้ ($\bar{X} = 3.12$)

จากการศึกษาจะพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงนั้นมีความสามารถในการจัดการกับสภาพอารมณ์ของตนเองได้ดี รู้ว่าตนเองมีภาวะอารมณ์ที่ตื้อตัน ตอนแรกก็รู้ว่าตนเองต้องอยู่ในภาวะติดเตียง ไปไหนมาไหนไม่ได้ ทำงานไม่ได้แม้แต่จะกินข้าวก็ต้องมีคนป้อน ทำให้เกิดความรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก ซึมเศร้า ไม่พูดจา มีอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย ใครจะพูดอะไรไม่เข้าหูไปหมด แต่เมื่อได้รับการให้กำลังใจจากครอบครัว ญาติพี่น้อง รวมทั้งกลุ่ม อสม. ก็มีกำลังใจดีขึ้นเมื่อได้สวดมนต์ฟังเทศน์ ฟังธรรมมากขึ้นก็มีความเข้าใจในชีวิต และความเป็นไปต่างๆ เกิดความสงบสุขขึ้นในจิตใจของตนเอง ปรับตัวปรับใจยอมรับสภาพการณที่เป็นอยู่ ทั้งมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายต่างๆ

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis)

4.2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มุ่งหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีคุณลักษณะเป็นผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) และมีสภาวะเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งในความหมายของคำว่า “ติดเตียง” นี้ยังเป็นข้อถกเถียงกันเพราะโดยทั่วไปคำว่า “ติดเตียง” จะเน้นให้เห็นถึงลักษณะที่ผู้ติดเตียงนั้นไม่สามารถขยับเขยื้อนร่างกายได้แต่จะให้ขยายคุณลักษณะของคำว่าติดเตียงให้กว้างขึ้น โดยให้รวมถึงคำว่า “ติดบ้าน” ด้วยที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้สูงอายุหลายท่านเคยเป็นผู้ป่วยติดเตียงแต่สามารถในการพัฒนาร่างกายทำกายภาพบำบัดผู้สูงอายุติดเตียงจนสามารถลุกนั่งเคลื่อนไหวร่างกายหรืออาจจะเดินในระยะสั้นๆ ได้

ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ฯ) สำนักงานเทศบาลนครขอนแก่น (นายกเทศมนตรีนครขอนแก่น) สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครขอนแก่น (หัวหน้ากลุ่มงานบริการและสาธารณสุข) เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลให้ประสานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่นั้นคืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากสุ่มเลือกความรับผิดชอบของเทศบาลนครขอนแก่น มีศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด 8 ศูนย์ จึงขอกกลุ่มตัวอย่างมาศึกษาวิจัย 2 ศูนย์ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนสีฐาน (พื้นที่รอบนอกเทศบาลนครขอนแก่น) และศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง (พื้นที่ตรงกลางเมืองติดกับบึงแก่นนคร)

ในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง ยังมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบแยกย่อยลงไปอีกเน้นชุมชน ผู้วิจัยจึงสุ่มเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนละ 1 ชุมชน และมีจำนวนผู้สูงอายุติดเตียงจำนวนมากว่า 10 คนขึ้นไป และสุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูล 10 คน ดังนี้

1. ศูนย์สุขภาพชุมชนสีฐาน ได้ ชุมชนสีฐาน 1
2. ศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง ได้ ชุมชนโนนทัน 1

ก่อนดำเนินการลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยได้ร่วมหารือกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการเข้าพื้นที่ในแต่ละชุมชน กับผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อสร้างความคุ้นเคย ชี้แจงเหตุผล และขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุติดเตียง ก็พบปัญหาสำคัญ คือ ผู้สูงอายุติดเตียง จะไม่ค่อยให้ความเชื่อใจ หรือไว้วางใจบุคคลภายนอกมักจะไม่ค่อยพูดคุยกับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ พี่ น้อง หรือ อสม. ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ขอความร่วมมือกับ อสม.ที่จะนำผู้วิจัยเข้าไปพบปะ

ศูนย์สุขภาพชุมชนสีฐาน จำนวน อสม. 6 คน 1) นางหนูเดือน ชัยสงค์ 2) นางวิภาวรรณ แก้วล้วน 3) นางคำนาง ล่ามแขก 4) นางประเพียร มีเฟื่องท่า 5) นางจงกล คำผิว 6) นางจตุพร สอนหลุยศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง จำนวน 4 คน 1) นางทองเพชร แก้วสุพรรณ 2) นางแสงทอง แสนศิริ 3) นางวัลลีย์ ชนะเสน 4) นางรัชนิกร บุตร

ผู้วิจัยประชุมปรึกษาและวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดเตียง สุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ในชุมชนละ 10 ราย ในพื้นที่ชุมชนสีฐานสุ่มตัวอย่างได้ผู้สูงอายุ คือ 1) นายคำดี 2) นางเรไร 3) นางประมวล 4) นางรี 5) นางโส 6) นายทองมาก 7) นางสุญ 8) นางเพียร 9) นางดวงจันทร์ 10) นางบัวบาน (และผู้วิจัยได้เข้าเยี่ยมพูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง นางบัวมาศ, นางบุญลือ, นางหลอด, นางสุพรรณ, นางศศิธร และนายห่วง)

ผู้วิจัยได้ประชุมปรึกษาและวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ อสม. ชุมชนโนนทัน 1 และสุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในพื้นที่ชุมชนโนนทัน 1 มีจำนวนผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 10 คน 1) นายสมนึก 2) นายทองเพชร 3) นายสนอง 4) นางพิศ 5) นางราวี 6) นายนิคม 7) นายบุญจศีล 8) นางบัวพันธ์ 9) นางบัวเรียน 10) นางอ่อนจันทร์

ผู้วิจัยลงพื้นที่ทั้งสองชุมชนเพื่อการทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคย เพื่อสร้างความไว้วางใจ และการเปิดใจของผู้ให้ข้อมูลในการแนะนำของ อสม. ที่ผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจผู้วิจัยแนะนำตัวและกล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยกล่าวอ้างถึงพระอาจารย์สมัย (พระครูธรรมมาภิสมัย, ผศ.ดร.) หัวหน้าโครงการวิจัยพระครูธรรมมาภิสมัย ให้น่านม ขนมน และน้ำดื่ม มามอบให้ จึงทำให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมให้สัมภาษณ์เป็นอย่างดี

4.2.2 ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดเตียง

ศูนย์สุขภาพชุมชนสีฐาน

1.1 ด้านสุขภาพทางกาย

ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อขอให้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเป็นมาสาเหตุสำคัญที่ส่งผล ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงเล่าให้ฟังว่า ก่อนเกิดภาวะติดเตียง ผู้สูงอายุมีภาวะเครียดมาก่อน พร้อมกับมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดัน โรคหัวใจ ภาวะไตเสื่อม มีบางคนเกิดอาการเส้นโลหิตใน

สมองแตก หรือตีบ แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถขยับร่างกายได้พ่อคำดี เล่าว่า ตนมีความเครียด มีความกดดันสูง เส้นโลหิตในสมองตีบ มีแขนข้างเดียว การทำงานลำบาก ยิ่งอายุมากไม่มีคนจ้างทำงาน รายได้ไม่มี

พ่อบัวมาก เล่าว่า ตนมีภาวะเครียดมาก มีความดันสูง และเส้นโลหิตในสมองแตกถึง 2 ครั้ง พ่อบัวบาน เล่าว่า มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตระยะสุดท้าย ส่งผลให้ร่างกายแขน ขา อ่อน แรงขยับไม่ได้

แม่เพียร เล่าว่า สาเหตุสำคัญมาจากการสูญเสียสามี และลูกจากอุบัติเหตุ ทำให้เครียดมากขึ้น และเป็นโรคซึมเศร้า

พ่อทองมาก เล่าว่า ตนมีความเครียด เส้นเลือดในสมองตีบ ปวดหัว แขนขาอ่อนแรง แม่สุญญ เล่าว่า ตนมีความเครียด เนื่องจากลูกเสียชีวิต และอีกคนเป็นอัมพฤกษ์ มีโรคประจำตัวหลายโรคทำให้แขน ขาอ่อนแรง ลูกนั่งไม่ได้

ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาประธาน อสม. (แม่หนูเดือน) ได้ร่วมกันช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียง เบื้องต้นมีความมุ่งหมายจะให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถที่จะให้การช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่เดิมช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องอาศัยลูกหลานคอยดูแล ทำกายภาพบำบัด (อสม.ทุกคนผ่านการอบรมและฝึกวิธีการทำกายภาพให้กับผู้ป่วยติดเตียงมาก่อน) มีการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียง มีพัฒนาการกายภาพดีขึ้น ส่วนมาก (เกือบทุกคน) สามารถขยับเขยื้อนร่างกายได้ทั้งมือ แขน ขา เท้า ร่างกายส่วนล่างได้

1. สามารถเคลื่อนไหวทั้งแขนขา ร่างกายท่อนล่างได้ เช่น พ่อคำดี, แม่เรไร, แม่หลอด
2. สามารถเข้าห้องน้ำเองได้ หุงข้าวได้เช่น แม่รี, แม่หลอด, แม่สุญญ
3. สามารถลุกเดินได้ระยะสั้นๆ เช่น แม่โส, พ่อทองมาก, แม่ดวงจันทร์
4. ไม่สามารถลุกนั่งได้เองมีอีก 2 คน แต่ก็พยายามช่วยเหลือต่อไป

การดูแลความสะอาดของร่างกาย

เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงส่วนมากสามารถทำธุระส่วนตัวได้บ้าง แต่ก็ยังมีความยากลำบาก ต้องนั่งถนัดเขยิบๆ ไปไม่ทันก็จะถ่ายเรี่ยราดออกมา ผู้สูงอายุติดเตียงที่ลูกเดินได้บ้างหรือเคลื่อนไหวได้ก็สามารถขับถ่ายในที่ที่จัดไว้ให้ได้ บางคนจะใช้แพมเพิส (ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่) ซึ่งได้รับแจกจากสำนักงานสาธารณสุขและอนามัยเทศบาลนครขอนแก่น เดือนละ 1 ห่อ (จำนวน 10 ชิ้น) ซึ่งไม่เพียงพอ เพราะโดยเฉลี่ยจะใช้คนละ 2 - 3 ชิ้นต่อวัน อสม. ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า มีบางคนถ่ายใส่แพมเพิสแล้วนอนแช่อยู่นานหลายชั่วโมงจน อสม. เข้ามาดูแล จึงต้องทำความสะอาดให้ทั้งเช็ดล้างและอาบน้ำให้ด้วยปกติแล้วลูก/หลาน จะคอยดูแลให้ถ่ายหนักเบาจนเรียบร้อยก่อนไปทำงาน ทางด้านสุขภาพร่างกายจะมีอสม. เข้ามาดูแล เช่น การอาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บ ซึ่งอสม. ก็ได้รับการฝึกอบรมมาแล้ว

“อสม. ต้องไปอบรมการตัดผมที่ กศน. (การศึกษานอกโรงเรียนติดกับโรงเรียนแก่นนครวิทยาลัย) จัดซื้อที่ตัดเล็บแบบพิเศษที่สามารถตัดเล็บผู้ป่วยติดเตียงได้ เนื่องจากเล็บจะแข็งกว่าคนปกติ” (แม่หนูเดือน - อสม.)

ผู้สูงอายุติดเตียงเกือบทุกคน มีสภาพบรรยากาศที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับดี ที่นอน ผ้าห่ม หมอน ได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้สะอาดอยู่เสมออาจจะมีการซักล้างไม่บ่อยนัก แต่ก็ไม่มีกลิ่นอับชื้น

อากาศถ่ายเทได้ดี มีบริเวณนั่งเล่นและดูโทรทัศน์หรือใช้สันทนาการในครอบครัว แยกต่างหากจากที่นอนพักผ่อน มีม่านบังแสงสว่าง สำหรับคุณแม่รี สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม อากาศไม่ถ่ายเทแสงสว่างไม่เพียงพอ ที่นอน ผ้าห่ม มีกลิ่นอับชื้น แต่ก็มีการทำมาสะอาบบ้าง โดยกลุ่มอสม. จะเข้ามาดูแลเป็นครั้งคราว บางครั้งต้องจัดหาผ้าห่มมาเปลี่ยนให้

ความสะอาดและคุณภาพโภชนาการด้านอาหาร

ผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถหุงหาอาหารกินเองได้ (คุณแม่รี สามารถทำอาหารเองได้แต่ต้องมีคนเตรียมไว้ให้) ผู้ดูแลส่วนมากเป็นลูก เป็นผู้จัดการอาหารไว้ให้ก่อนจะไปทำงานตอนเช้าจะมีพื้นที่กำหนดไว้สำหรับจัดวางสำหรับอาหารเพื่อความสะดวกที่ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถหยิบมารับประทานได้ ตอนกลางวัน ลูกๆ จะเตรียมอาหารไว้แล้วไปทำงาน บางคนตอนพักกลางวันก็จะกลับมาดูแลอีกครั้ง เพราะอาจจะมีมาดูแลเรื่องการขับถ่ายด้วย ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนมากรับประทานอาหารเองได้ ไม่ต้องป้อน

“ลูกชายทำงานที่มหาวิทยาลัยขอนแก่นตอนเช้าจะจัดเตรียมอาหารไว้ให้แล้วก็ไปทำงาน พอตอนพักเที่ยงก็จะแวะเข้ามาดู ทำแบบนี้ทุกวัน” แม่สุญบอกว่าภูมิใจในตัวลูกชาย

อาหารส่วนมากก็จะเป็นอาหารพื้นบ้านทั่วไป หาได้ในตลาดหรือจะทำเองแบบง่ายๆ แต่ก็มี การปรุงสุก สะอาด ผู้ป่วยติดเตียงทุกคนไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ จะมีบางครั้งที่หน่วยงานหรือมูลนิธิใน จังหวัดขอนแก่นจัดของยังชีพมาให้ เช่น ข้าวสาร น้ำมันพืช น้ำปลา ฯลฯ อสม. จะเป็นผู้นำมาให้ทุกคน

1.2 ด้านสุขภาพทางสังคม

ผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วนมากสูญเสียคู่ครองไปแล้วทำให้สุขภาพจิตใจ เหมือนขาดหลักยึดเหนี่ยว แต่ก็ยังมีบุตรหลานที่อยู่อาศัยด้วยคอยดูแล ให้ความสุขทางใจ

ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ประกอบด้วย 1. สามี/ภรรยา 2. บุตร 3. หลาน 4. ลูกเขย/ลูกสะใภ้ ผู้สูงอายุติดเตียงบางคนมีสภาพครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ เช่น แม่หยอด (ตาบอด) ลูกชายคนโตที่เป็นอัมพฤกษ์ ส่วนลูกชายคนเล็กเพียงเสียชีวิตได้ 2 เดือน มีความ โศกเศร้าหุดหุดใจความเป็นอยู่ลำบากมาก แต่ก็ได้ลูกคอยช่วยดูแลบ้าง/แม่เพียรสูญเสียสามีและลูก หันมาอยู่ตัวคนเดียวมีความยากลำบาก อสม. และเพื่อนจะคอยช่วยดูแลพาไปหาหมอและดูแลการ กินอยู่หลับนอน จะเห็นว่าผู้สูงอายุติดเตียงที่พบกับความสูญเสียบุคคลในครอบครัว จะมีอาการ หงุดหงิดไม่ค่อยพูดจา เก็บตัวไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับ โรคประจำตัวและภาวะ ติดเตียง เช่นกรณี คุณพ่อบุญเฮียงภรรยาเสียชีวิต ตัวเองป่วยเป็นโรคไต ไม่ยอมกินน้ำกินข้าว บ่นแต่อยากตายพ่อคำดี มีบุคคลในครอบครัว 5 คน เป็นครอบครัวใหญ่ มีความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่ดี ทุกคนมีงานทำมีรายได้ ทำงานบริษัท และทำงานรับจ้าง ทุกคน ดูแลเอาใจใส่พ่อคำดี (มีแขน ข้างเดียว) ทำให้มีกำลังใจต่อสู้กับภาวะติดเตียงจนสามารถกินอาหาร เองได้ ลูกนั่งได้

จะเห็นว่า บุคคลในครอบครัวและความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว จะส่งผลให้ ผู้สูงอายุติดเตียงมีความสุข มีกำลังใจในการดูแลรักษาตนเอง กินอาหารกินยาและไปพบแพทย์ ตามกำหนด นอกจากนี้แล้วการดูแลเอาใจใส่ของลูกหลานในครอบครัวจะเสริมสร้างกำลังใจ เช่น แม่สุญ ลูกชายทำงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น เข้าจะทำอาหารไว้ให้ ตอนพักกลางวันก็จะเข้ามาดูแล หาอาหารให้พาเข้าห้องน้ำ ทำให้สามารถลูกนั่งได้เคลื่อนย้ายตัวเองได้ มีอารมณ์ดีพูดคุยสนุก

การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน

ผู้สูงอายุติดเตียงที่อาจจะช่วยตัวเองได้บ้าง ก็มักจะชอบให้พาไปเที่ยวชมสถานที่ต่างๆ (อาจจะใช้รถเข็นไป) บางครั้งอสม. จะอุ้มขึ้นรถแล้วพาไปเที่ยวตามที่ต่างๆ เพื่อเป็นการเปลี่ยนบรรยากาศและทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีความสุขและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคต่างๆ และภาวะติดเตียงเพื่อนบ้านโดยรอบจะรับรู้โดยทั่วกันว่า มีผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ข้างบ้านตนเอง จะคอยช่วยสอดส่องดูแลหรือเข้ามาพูดคุยให้ความรู้สึที่ดีที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันแสดงให้เห็นถึงบรรยากาศในชุมชนที่เป็นกันเอง มีความเอื้อเฟื้อ เอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

แม้ว่าผู้สูงอายุติดเตียงจะไม่ค่อยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน แต่อาศัยสภาพร่างกายก็สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้บางอย่าง เช่น การร่วมกิจกรรมนันทนาการ ร้องรำทำเพลง (นั่งรถเข็นมาร่วมกิจกรรม) (ร่ววงมาตรฐาน - ร่ววงย้อนยุค) จะชื่นชอบมากและมีความสุข นอกจากนี้ก็จะเป็นกิจกรรมการทำบุญตักบาตรฟังเทศน์ฟังธรรม มักจะให้ลูกหลานพามาโดยนั่งรถเข็นหรืออุ้มมานั่งในศาลา

เมื่อถามว่าได้เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมอาชีพกับชุมชนหรือไม่ ปรากฏว่าไม่มีผู้สูงอายุติดเตียงคนไหนเข้าร่วมกิจกรรมเสริมอาชีพ

การติดต่อสื่อสาร

เมื่อถามถึงการใช้สื่อออนไลน์ เช่น Line Facebook ฯลฯ ผู้สูงอายุติดเตียงก็มักจะมีรอยยิ้มและบอกว่า “ไม่มีเวลาที่จะใช้สื่อแบบนี้” แต่มีโทรศัพท์มือถือติดตัวไว้ เพื่อโทรคุยกับคนในครอบครัวและติดต่อกับ อสม. เพราะส่วนมากจะดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ฟังเทศน์ฟังธรรม ดูหนังดูละคร ไม่ค่อยชอบดูข่าวแต่ก็สนใจบ้าง ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุติดเตียงจะได้รับข้อมูลจากอสม. อยู่เป็นประจำสม่ำเสมอ

“มีบางคนโทรมาหา (ผู้สูงอายุติดเตียง) บอกอยู่บ้านคนเดียว อยากคุยด้วย ให้รับมาหานะ” (แม่หนูเดือน อสม.) โทรศัพท์จะมีประโยชน์มากในการสื่อสารกับ อสม. เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ การดูแลรักษา การนัดหมายไปพบหมอ หรือจะมีบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ มาเยี่ยมเยียน”

1.3 ด้านสุขภาพจิต

ผู้วิจัยได้สังเกตสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งส่วนมากจะมีสภาพสังคมเพียงลำพัง ตัวคนเดียว โดดเดี่ยว แม้ว่าจะมีชีวิตความเป็นอยู่ครอบครัวที่ค่อนข้างสุขสงบ แต่ก็อยู่ในบ้านปลายของชีวิตส่วนมากคู่ชีวิตได้จากไปก่อนแล้ว ทำให้มีความเหงา เศร้า คิดถึงแต่คู่ชีวิต และมีความคิดอยู่ตลอดเวลาวันหนึ่งจะได้ไปพบกับคู่ชีวิตของตน

“สามีเสียชีวิตไปนานแล้ว มีลูกชาย 2 คน แต่เมื่อ 2 เดือนที่แล้วลูกชายประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต ต่อมาลูกชายอีกคนก็เป็นอัมพฤกษ์ เดินลำบาก ทำให้แม่มีความโศกเศร้า เสียใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่” (แม่สุญ) กลุ่ม อสม. ต้องเข้ามาช่วยกันปลอบใจ และพูดคุยอยู่ตลอดเวลา ทำให้พอที่จะมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้นบ้าง

“สามีกับลูกเสียชีวิตหมดแล้ว ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว มีความท้อแท้ ไม่อยากกินข้าว กินน้ำ” (แม่เพียร) กลุ่ม อสม. เข้ามาดูแล เยี่ยมอยู่บ่อยๆ จนมีสภาพจิตใจที่ดีแกพูดคุยกะเรง ผู้สูงอายุติดเตียงเมื่อรู้ว่าตัวเองลูกนั้นไม่ได้ เดินไม่ได้ ก็มีจิตใจหดหู่ บางทีบ่นว่า

“อยากตายๆ ไปซะจะได้พ้นทุกข์ไปที” (แม่เพียร)

“ไม่อยากมีชีวิตอยู่ให้ลูกหลานต้องลำบาก” (พ่อคำดี)

“บางคนปิดกั้นตัวเองไม่อยากสูงส่งกับใคร ไม่ยอมพูดจา ไม่คบค้าสมาคมกับใครใครมาชวนพูดชวนคุยก็ไม่สนใจ อารมณ์หงุดหงิด สับสน มีความเครียดจนบางครั้งลูกหลานก็หนีหน้าไม่เข้าใกล้” (อสม.)

เจ้าหน้าที่ อสม. จัดกลุ่มเข้าไปเยี่ยมเยียน ปลอบขวัญให้กำลังใจ เสริมสร้างกำลังใจพูดคุย และพยายามหาจุดสนใจ เช่น บางคนชอบหมอลำ ชอบร้องเพลง ก็จะพยายามสร้างความสนุก ร้องหมอลำ ฟ้อนรำ เล่นกันสนุกสนานจนคลายเครียด

“ต้องมีความเข้าใจผู้สูงอายุติดเตียง มีความต้องการอะไรประวัติความเป็นมาอย่างไรต้องพยายามเข้าหาพูดคุย กระตุ้นให้กำลังใจ (หนูเดือน อสม.)

“บางคนใช้เวลาตั้ง 2 ปี จนเริ่มพูดคุยสามารถลุกนั่งได้ ขยับตัวได้ ทำให้มีความหวังอยากหายจากการเจ็บป่วย” (จารุพร อสม.)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุติดเตียงจะมีสภาพจิตใจที่ดีมีความสุข และมีความมุ่งหวังว่าจะหายจากการเจ็บป่วยมาจากสาเหตุสำคัญ คือ คู่ชีวิตคอยดูแลใกล้ชิดซัดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีลูกหลานอยู่ใกล้ๆ คอยพูดคุยหยอกล้อ เอาใจใส่ป้อนน้ำป้อนข้าวจัดหาของกินของใช้มาให้ มีญาติพี่น้องคอยดูแลเอาใจใส่ มาเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ อสม. มาเยี่ยมให้กำลังใจคอยดูแลช่วยเหลือ ช่วยกันฝึกหัดลุกนั่งหัดเดินจัดหาอาหารและน้ำของใช้มาให้ทำให้มีความสุขหน่วยงานราชการทั้งทางสาธารณสุข การปกครอง และเทศบาล กาชชาตจังหวัดมาเยี่ยมถามไถ่ทุกข์สุข มอบของใช้ประจำวันและยารักษาโรค ตรวจรักษาโรคประจำให้ด้วย

การสร้างสุขสบายทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุติดเตียง

ผู้สูงอายุติดเตียงหลายคนมีความสุขทางด้านจิตใจโดยใช้วิธีการทางพุทธศาสนาเข้ามาช่วย “หวังว่าบุญกุศลที่ทําจะส่งผลให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยติดเตียง” (แม่ดวงจันทร์) ซึ่งเป็นผู้มีจิตใจ เป็นกุศลทําวัตรสวดมนต์ทุกเช้า - เย็น ใส่บาตรทุกเช้าให้ลูกเตรียมอาหารไว้ใส่บาตรถ้าไม่สบายก็จะให้ ลูกหลานใส่บาตรแทน ให้นั่งรถเข็นออกมาใส่บาตร นอกจากนี้ช่วงเข้าพรรษาก็จะมานอนที่วัดสวดมนต์ทําวัตร

แม่वल “ทําบุญบ่อยมากทําอุทิศผ้าป่า บริจาคข้าวสารให้วัดให้ลูกแบกมาทําบุญที่วัดเข้าพรรษาก็ไปนอนวัด”

แม่บุญเจือ “ฉันสวดมนต์ทุกวัน บางวันนั่งทับขาอยู่ 3 ชั่วโมงจนเป็นเหน็บ” อสม.บอกว่าแม่บุญเจือเคยสวดมนต์นานจนความดันขึ้น ชอบทําบุญมาก

แม่โส “อ่านหนังสือธรรมะ ฟังเทศน์จากวิทยุเป็นประจำ และทําบุญทุกวัน” (แม่โสกับแม่สุญ ให้อัฒมูเหมือนกัน)

โดยภาพรวมแล้วจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนมากจะทําบุญใส่บาตร และถวายสิ่งของ และปัจจัยให้แก่วัดเป็นประจำสม่ำเสมอ ช่วงวันพระหรือเข้าพรรษาก็จะมานอนที่วัดเพื่อสวดมนต์ทําวัตรชุมชนศรีฐานจะมีวัดอยู่โดยรอบชุมชน เช่น วัดจอมศรี เป็นต้น อยู่ที่บ้านก็จะฟังเทศน์ฟังธรรมสวดมนต์เป็นประจำ ทำให้จิตใจผ่องใสไม่มีความวิตกกังวล มีสติตั้งมั่นในบุญกุศล สภาพทางอารมณ์ดีเยี่ยมแจ่มใส ผ่อนคลายความกังวลปราศจากความทุกข์

1.4 ด้านความสุขทางปัญญา

การปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงผู้สูงอายุติดเตียงเกือบทุกคนให้ความคิดเห็นว่า “อยู่แบบนี้มีความสุขดีแล้ว” ไม่อยากทำอะไรให้ลูกหลานลำบากเดือดร้อน เงินทองก็ไม่ค่อยมีจะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าไรก็ไม่รู้ได้แก่สร้างบุญกุศลเอาไว้ “คำพูดนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุติดเตียงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงทางร่างกายได้มีความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยยอมรับว่าก่อนหน้านี้ก็จะคิดมากวิตกกังวล เครียด ไม่รู้ว่าตัวเองจะเป็นอย่างไรในอนาคตอยู่ไปก็ลำบากลูกหลานสิ้นเปลืองเงินทำงานหาเงินก็ไม่ได้แต่เมื่อ อสม. ได้เข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิดให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคและอาการติดเตียง อสม. ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข เทศบาลนครขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น ช่วยกันฝึกกายภาพบำบัดจัดหาวัสดุอุปกรณ์มาได้ รวมทั้งการสร้างเสริมกำลังใจหาปัจจัยในการดำรงชีวิตมาได้เข้ามาปรับปรุงที่อยู่อาศัยทำความสะอาดร่างกายโดยไม่รังเกียจจนทำให้เกิดความรู้สึกที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมทั่วไปได้ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนมากพัฒนาตนเองจนสามารถลุกนั่ง เดินได้ กินข้าวได้ จะมีเพียงคุณพ่อสุพรรณ ที่ยังติดเตียงอยู่ อสม. ก็ยังให้ความช่วยเหลือต่อไป ผู้สูงอายุติดเตียงบอกว่า “อายุอายุปานนี้แล้ว (84ปี) ผ่านร้อนผ่านหนาวมามากมีความเข้าใจชีวิตดีผัวก็ตายจากไปก่อนแล้วตัวเองจะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าไรก็ไม่รู้ทุกวันนี้ก็ได้แต่ทำบุญทำกุศลให้เผื่อเกิดใหม่ชาติหลังจะได้ดีกว่านี้” (แม่มวล)

“ที่อยู่ได้ตอนนี้เพราะมีลูกเต้าคอยดูแลให้กำลังใจรวมทั้งมี อสม. และเพื่อนๆ คอยให้กำลังใจช่วยเหลือในด้านต่างๆ จัดหาของใช้ที่จำเป็นมาให้ตลอดบางครั้งก็ยังช่วยพาไปหาหมออีกด้วย” (แม่เพียร) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีความสามารถในการปรับตัวและยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวเองและพยายามปรับปรุงตัวเองพัฒนาสภาพความเป็นอยู่ของตัวเองให้สามารถดำรง ชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขไม่สร้างความเดือดร้อนความลำบากให้แก่คนในครอบครัวและชุมชน แต่ก็ ยอมรับว่าในบางครั้งก็ต้องยอมรับช่วยเหลือจากอสม. ชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและพร้อมปรับตัวปรับให้อยู่ได้อย่างมีความสุข

ผู้สูงอายุติดเตียงมีความเข้าใจทั้งทางโลกและทางธรรม

ผู้สูงอายุติดเตียงมีการติดตามข่าวสารต่างๆ อยู่ตลอดเพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น เงินผู้สูงอายุ เงินคนพิการ บัตรสวัสดิการต่างๆ การให้ความช่วยเหลือจากภาครัฐในรูปแบบต่างๆ ส่วนเรื่องการพัฒนาทางอาชีพก็ไม่ค่อยสนใจ เพราะตอนนี้ก็ไม่สามารถทำอะไรได้ สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยที่จะประกอบอาชีพได้ วิทย์ โททัศน์ จะเป็นสื่อที่สำคัญ และจำเป็นมากที่สุดที่จะให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ตลอดจนให้ความสุขบันเทิงได้ดี เช่น ฟังเพลง หมอลำ ดูละคร ดูข่าวบ้าง บางครั้งก็เปิดไว้เป็นเพื่อนเนื่องจากไม่มีใครอยู่บ้านเขาไปทำงานกันหมด

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุติดเตียง ได้ผ่านชีวิตมามากจนอยู่ในบั้นปลายของชีวิตได้เห็นมาหมดแล้วทั้งทางโลกและทางธรรม มีชีวิตครอบครัวผ่านทุกข์ยากผ่านอุปสรรค มีความเข้าใจ และเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงได้ดี และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงมาได้ตลอด ในปัจจุบันเมื่อเกิดภาวะติดเตียงจึงมีความพร้อมและการยอมรับ แต่ก็ไม่ย่อท้อ แสวงหาการรักษาและการพัฒนาร่างกายเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตให้มีความสุขแม้ร่างกายไม่สามารถกลับไปเหมือนเดิม แต่ก็สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ไม่ส่งผลให้คนในครอบครัวและชุมชนลำบากเดือดร้อน หลายคน

สามารถพัฒนาตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ มุ่งเน้นการทำบุญกุศล เพื่อให้ผลบุญส่งผลให้ตนเอง และครอบครัวมีความสุข ไม่เจ็บปวดไม่ทรมาน

ศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง

ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล (สัมภาษณ์) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุงซึ่งแบ่งเป็นชุมชนย่อยๆ ชุมชนที่ถูกสุ่มคือ ชุมชนโนนทัน 1 เพื่อเป็นพื้นที่วิจัย โดยประสานงานการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลกับประธาน อสม. (นางทองเพชร แก้วสุพรรณ) และพร้อมด้วยทีมงาน อสม. อีก 4 คน โดยขอให้ประธาน อสม.ขออนุญาตผู้สูงอายุติดเตียงในการขอเข้าสัมภาษณ์ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงทุกคนได้ให้ความสนใจ และกระตือรือร้นที่จะให้สัมภาษณ์ จำนวน 10 คน ดังนี้

1. พ่อสมนึก เล่าว่าตนเป็นเบาหวาน ความดัน เก้าอี้ ขาอ่อนแรง สบู่หรือจัด ฤกษ์ลมโป่งพอง จนพูดไม่ค่อยชัด พอเดินได้บ้างช้าๆ
2. พ่อทองเพชร เล่าว่า ตนมีความเครียดจนเส้นโลหิตสมองตีบ แขนขาอ่อนแรง เส้นยึด หู ตึง มีอาการสั่นคล้ายโรคพาร์กินสัน ลูกนั่งได้ เดินไม่ได้
3. พ่อสนอง เล่าว่าตนดื่มสุรามาก จนเป็นเก๊าท์ มีปมบวมตามข้อมือ ข้อเท้า ไม่ยอมไปหา หมอจนอาการลุกลาม ตอนนี้รักษาแผลอยู่
4. แม่พิศ เล่าว่าตนมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน โรคหัวใจ (ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ) ตอนหลังมามีความรู้สึกชาตามแขนขา จนเดินไม่ได้
5. พ่อราวี เล่าว่าตนเองมีโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิด C ตับแข็ง ตับโต ลูกนั่งได้ พอเดินได้ ขาบวม
6. พ่อนิคม เล่าว่าตนมีความเครียดมากจนเส้นโลหิตในสมองแตก มืออ่อนแรงทั้งสองข้าง กินอาหารเองไม่ได้ต้องป้อน
7. พ่อปัญญาศีล เล่าว่าตนเองเป็นจ็อกกิ้งขี้ม้า แต่เกิดอุบัติเหตุตกจากหลังม้า กระดูกทับ เส้นประสาท นอกจากนั้นยังเคยเป็นวัณโรคในกระดูก พอเดินได้ พูดชัดเจน
8. แม่บัวพันธ์ุ เล่าว่าตนมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ความดัน และเกิดเส้นโลหิตในสมอง ตีบ แขนขาอ่อนแรง ลูกเดินไม่ได้นอนจนมีแผลกดทับ
9. พ่อบัวเรียน เล่าว่าตนมีภาวะความเครียด และเป็นโรคความดันสูง จนเส้นโลหิตในสมอง แตก แขนขาอ่อนแรง
10. แม่อ่อนจันทร์ เล่าว่า ตนเป็นโรคความดันสูง และเกิดอาการหน้ามืด หกล้ม เส้นโลหิต ในสมองแตก แขนขาอ่อนแรง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง แต่ก็ได้รับการดูแลจาก อสม. เป็นอย่างดีจนบางคนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และทำกิจวัตรประจำวันได้ในเรื่องง่ายๆ ไม่ต้องใช้แรงมากและการจัดสถานที่ให้นอนก็ต้องมีลูกหลานช่วยจัดทำความสะอาดให้ไม่มียุงยุงขึ้น ที่พักผ่อนหลับนอนอากาศถ่ายเทได้ สะดวก ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงแทบทุกคน ถูกจัดให้นอนชั้นล่างติดหน้าต่าง มีเตียงพร้อมที่นอน หมอน ผ้าปู และผ้าห่มที่สะอาด มีมุ้งกันยุงและแมลง ที่นอนจะอยู่ ใกล้ห้องน้ำ แต่มีบ้านพ่อปัญญาศีล ที่มีสภาพที่อยู่อาศัยหลับนอนไม่ค่อยดี สภาพอากาศไม่ถ่ายเท ปลุกต้นไม้หน้าบ้าน อาศัยญาติอยู่ไม่มี

บ้านเป็นของตนเอง ลักษณะที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย เนื่องจากหน้าบ้านไม่มีผากัน หน้าบ้านโล่ง ต้อง ใช้การปลูกต้นไม้บังไว้เนื่องจากเป็นคนมนุษยสัมพันธ์คนในชุมชนรอบข้างจะช่วยเหลือเกื้อกูล กันดี บ้านพอนิคมเป็น บ้านสองชั้น ชั้นบนผูกพันหมดน้ำกลัว อันตรายต้องอาศัยนอนชั้นล่าง อสม. พยายามหาวิธีการช่วยเหลืออยู่ บ้านป่าบัว ผันเป็นบ้านเช่า พออยู่อาศัยได้ลูกชายเสียชีวิตแล้ว หย่า กับสามี (ผอ. รร. ใน ขอนแก่น) ทำให้ต้องอยู่คนเดียวก็ไม่ ค่อยมีความปลอดภัย แต่ก็มี อสม. ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล และบ้านที่พอกอยู่ก็อยู่ติดกับบ้าน อสม. จึงไม่ค่อยเป็นห่วงกังวล

2.1 ด้านสุขภาพทางกาย/สุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนมากมีอายุเฉลี่ย 72 ปี คู่สมรสเสียชีวิต อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีบางคน แยกกันอยู่คนละบ้านหรืออาศัยบ้านเพื่อนอยู่ (ไม่มีครอบครัว) สาเหตุสำคัญของการติดเตียง เนื่องมาจาก เส้นโลหิตใน สมองแตก/ตีบ ทำให้แขนขาอ่อนแรง และไม่ไปพบแพทย์คิดว่าไม่เป็นอะไร บางคนทิ้งไว้ 2 - 3 ปี (พ่อสมนึก แม่ทองเพชร ป้าบัวพันธ์ แม่บัวเรียน แม่ทองจันทร์) อสม. เข้ามาพบ เอง หรือได้รับแจ้งจากคนใกล้ชิด จึงช่วยกันพาไปพบแพทย์และช่วยทำการดูแลรักษาจนมีบางคนเริ่ม เดินได้และช่วยตัวเองได้บ้าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ยังมีโรคต่างๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดัน เป็นเก๊า (พ่อสำรอง) ไวรัสตับอักเสบ (พ่อราวี) ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (แม่พิศ) เป็น จอ๊กกี้และเลี้ยง ม้า ตกหลังม้า (พ่อปัญญาศีล) นอกจากนั้นยังมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ถุงลมโป่งพอง(พ่อสมนึก) ตับแข็ง/ ตับโต (พ่อราวี) ตามองไม่เห็น (แม่บัวเรียน) หูตึง (พ่อเพชร)

ดังนั้นผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้สัมภาษณ์มีสภาพทางร่างกาย คือ การเคลื่อนไหวลำบากลุกเดิน ไม่ได้ การขยับ เขยื้อนร่างกายทำได้น้อย เวลาขยับร่างกายจะมีการเจ็บปวด ส่งผลให้การขับถ่าย หนักเบาทำไม่ได้ จนถึงทำได้บ้าง แต่ก็ลำบากรวมไปถึงการรับประทานอาหารด้วยตนเอง แม้จะรับประทานอาหารเองได้ แต่ก็ลำบากพอสมควร มีเพียง 2 คนที่ต้องให้คนอื่นช่วยป้อน (พ่อสมนึก, พอนิคม)

การขับถ่ายก็กระทำลำบาก ต้องใส่แพมเพิส (ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่) แต่ส่วนใหญ่ก็สามารถขับหรือนั่ง ถัดไป บางคนใช้เก้าอี้แล้วลากไปเข้าห้องน้ำ ปรกติคนในบ้านจะคอยดูแล แต่ ถ้าไม่มีใครอยู่ก็จะมี อสม. เข้าไปช่วย ดูแล ทำความสะอาดให้แล้ว การรับประทานอาหารจะมีลูกคอย ดูแล หาลาหารให้ จัดไว้ให้เรียบร้อยก่อนจะออกไปทำงานตอนเช้า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงสามารถ รับประทานอาหารเองได้ แต่ก็ค่อนข้างลำบาก บางคนต้องป้อน (พอนิคม) ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะติดเตียง ทุกคนทำอาหารเองไม่ได้ อาหารที่รับประทานมีความสะอาดถูกสุขลักษณะเป็นอาหารพื้นบ้านและ อาหารสำเร็จรูปจากตลาด ลูกหลานหรือผู้ดูแลจะเป็นคนจัดหามาให้ บางครั้งเพื่อนบ้านจะจัดหามาให้ บ้าง แม้ว่าชุมชนนั้นเป็นชุมชนเมืองแต่ก็ยังมีความเป็นชนบทในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

2.2 ด้านสุขภาพทางสังคม

ความสุขทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ชุมชนโนนทันแม้จะเป็นชุมชนเขตในเมือง อยู่ใกล้กับแก่นนคร แต่ก็ยังเป็นชุมชนที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รู้ว่ามีเพื่อนบ้านเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็จะคอยสอดส่องดูแลให้ความช่วยเหลือหยิบยื่นกำลังใจให้กัน มี อาหารหรือของใช้ก็แบ่งกัน ชุมชนบ้านโนนทัน อยู่ใกล้กับวัดโพธิ์ (วัดโพธิ์บ้านโนนทัน) ผู้สูงอายุที่มี ภาวะติดเตียงหลายคนมีความผูกพันกับวัดโพธิ์จึงมีความเลื่อมใส ศรัทธา โดยเฉพาะเจ้าอาวาสองค์ ก่อน ชาวชุมชนโนนทันให้ความเคารพศรัทธาอย่างมาก ทำให้คนในชุมชนมีความเมตตา เห็นอกเห็นใจ

ซึ่งกันและกัน “ชาวชุมชนมีความช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี มีอะไรก็ช่วยเหลือกัน ไม่ต่างคนต่างอยู่ เพราะตอนกลางวันลูกหลานจะออกไปทำงานกันหมดชุมชนก็จะเงียบสงบ” (แม่ทองเพชร ประธาน อสม.)

ชุมชนแม้จะมีบ้านเรือนติดกันมากแต่ก็มีความสะอาด มีถนนเข้าถึงทุกตรอกซอกซอย ทุกวันแม่ทองเพชรกับ ทีม อสม. จะเข้าเยี่ยมชุมชนดูแลตรวจสุขภาพทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคประจำตัว ผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ บางครั้ง จะมีคนในชุมชนโทรมาแจ้งเมื่อพบเห็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงมีอาการน่าสงสัย หรือเจ็บป่วยไปไม่ออกมาพบปะ พูดคุยกันตามปกติ” (คุณแม่ทองเพชร ประธาน อสม.)

“คิดถึงว่าถ้าเป็นเราบ้างมาเจ็บมาป่วยก็อยากให้มีคนมาสนใจคอยดูแล ยังอยู่ตัวคนเดียวก็ลำบาก ก็พยายาม ช่วยเหลือกันทั้งตอนที่เราไม่สบายก็จะมีเพื่อนๆ คอยมาดูแลกันบ้าง” (ชาวบ้าน โนนทัน 1 ที่มาเฝ้าดูตอนสัมภาษณ์ป้าบัวพันธ์)

ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนมากจะสูญเสีย คู่ครองหรือคู่ชีวิตไปแล้ว (มีบางคนหย่าร้างและแยกกันอยู่) แต่ก็มีลูกหลานคอยช่วยเหลือดูแลเป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนมากไม่มีความเครียดกับสภาพด้านการเป็นอยู่มีอารมณ์ดีร่าเริงแจ่มใสพูดคุยหยอกล้อกับคนที่ไป เยี่ยมแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงบางคนจะพูดไม่ค่อยชัด ลิ้นแข็ง (พ่อสมนึก, พ่อนิคม) แต่ถ้าอสม.มาเยี่ยมก็จะ พยายามพูดคุยอย่างสนุกสนานร่าเริง บางคนหุติง (พ่อเพชร) แต่ก็ยังพยายามพูดคุยกันอย่างอารมณ์ดีอาศัยอยู่กับลูกสาวและมีหลานคอยดูแลญาติพี่น้องอยู่ใกล้เคียงก็เข้ามาให้การช่วยเหลือดี เป็นครอบครัวที่มีความอบอุ่น (แม่ทอง เพชร อสม.) มีบางครอบครัวที่ลูกหลานไม่ค่อยให้ความสนใจเป็นเก้าเพราะดื่มสุรามากและชอบหาเรื่องทะเลาะวิวาท กับคนในชุมชนจนเขาเอือมระอา เกิดและเติบโตในชุมชนโนนทันมีเพื่อนฝูงมากกินเหล้าและชอบหาเรื่องชกต่อยกัน จนเจ็บป่วยเดินไม่ได้ลูกหลานก็ไม่สนใจใคร่พูดอะไรก็ไม่ยอมฟังตอนนี้เลยอยู่ตัวคนเดียว ก็มีอสม.แวะเวียนไปเยี่ยม เท่านั้น (แม่แสงทอง แสนศิริโชค อสม.)

“คุณป้าเคยมีครอบครัวสามีเป็นอดีต ผอ. โรงเรียนในเมืองขอนแก่น ไปมีเมียน้อยเลยหย่ากัน และมาอยู่กับ ลูกชาย มีอาชีพทำอาหารขาย เป็นเบาหวาน ความดันและเส้นโลหิตในสมองตีบนอนหมดแรงลุกไม่ได้ 12 ชั่วโมง ส่งผลให้ป่วยติดเตียง ไม่นานมานี้ลูกชายคนเล็กเสียชีวิตเพราะอุบัติเหตุ ทำให้คุณป้าเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งบ้านก็กำลัง จะโดนยึด จนต้องเข้าบ้านเขาอยู่” (แม่แสงทอง แสนศิริโชค อสม.)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงบางคนเท่านั้นที่มีโทรศัพท์มือถือใช้สาเหตุสำคัญที่ไม่ใช้โทรศัพท์เพราะมือไม่ค่อยมีแรงจะหยิบจะจับอะไรก็ลำบาก กลัวตกหล่นเสียหายไม่ค่อยได้ออกไปไหนหรือติดต่อกับใคร ถ้ามีเรื่องติดต่อ เช่น ไปพบแพทย์ก็จะ ให้ลูกโทรไปแจ้งอสม.หรือ อสม.ก็จะโทรมานัดเมื่อถึงกำหนดนัดพบแพทย์หรือการตรวจเลือดตรวจวัดความดันการทากายภาพบำบัดเป็นต้น ลูกหลานจะเป็นคนคอยพูดคุยติดต่อให้ “สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่อยู่คนเดียวหรือไม่ มีคนดูแลทาง อสม.จะหมั่นเวียนกันเข้าไปดูแลพูดคุย จัดที่หลับที่นอนให้” (“แม่ทองเพชร อสม.) ทุกวันนี้ก็อยู่แบบง่าย ๆ ไม่ค่อยมีเรื่องติดต่อกับใคร ลูกก็ไม่ต้องโทรหาถึงเวลาเขาก็จะแวะมาดูแล เขาต้องทำงาน เรารู้ก็ไม่ได้ พยายามทำให้เขาลำบากอะไรก็ช่วยเหลือตัวเองได้ก็พยายามทำ เขาจะได้เหนื่อยน้อยลง” (พ่อทองเพชร, แม่เพิ่ม)

2.3 ด้านสุขภาพทางจิต

การเสริมสร้างทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ทุกคนให้ ข้อมูลตรงกันว่า ในช่วงระยะแรกๆ ที่มีความรู้สึกว่าตัวเองต้องมีการติดเตียง แขนขาขยับไม่ได้ ร่างกายขยับลุกนั่ง ไม่ได้ ยอมรับว่าทำใจลำบาก มีความซึมเศร้า หดหอยากจิตใจหดหู่คิดมากเพราะเคยทำงานได้ก็กลับมานั่งนอนเฉยๆ เงินทองก็ไม่มีใช้ต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลาน เป็นภาระให้เขาลำบาก ในช่วงแรกๆ นั้นมีความคิดว่า ถ้าตาย ไปเสียก็คงจะดี ไม่ต้องทรมานนอนติดเตียงแบบนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงยอมรับว่าก่อนจะเป็นคนป่วยติดเตียง ก็จะมีโรคประจำตัวหลายโรค (แต่ไม่ค่อยให้ความสำคัญ คิดว่ายังทำงานได้ ไม่มีอาการอะไรมาก) เช่น ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ จนแสดงอาการ แขนขาอ่อนแรง เส้นเลือดในสมองตีบ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง 2 คน เป็นโรคเกาต์เพราะกินเหล้ามาก ส่งผลให้เป็นปุ่มแผลบวม แดง เจ็บปวดเดินลำบาก "แต่ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ทำให้เริ่มทำใจได้และกลุ่มอสม. ได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือ และพูดคุยให้กำลังใจ จัดหาสิ่งของจำเป็นต่างๆ มาให้ มาดูแลความสะอาด และพาไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เริ่มมีกำลังใจและมีความหวังว่าสักวันจะกลับไปเดินได้อีกครั้ง" (แม่เพิ่มกับแม่บัวเรียน)

"อสม. ทุกคนได้รับการฝึกอบรมในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมาแล้ว ทำให้สามารถ เข้าถึงผู้สูงอายุ ที่มีภาวะติดเตียงได้เป็นอย่างดี ต้องใช้ความอดทนอย่างมาก เพราะบางคนมักจะหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี ไม่ยอมกินข้าว กินน้ำ ต้องคอยปลอบใจและให้กำลังใจ บางคนใช้เวลา 2 - 3 ปี จึงจะลุกนั่ง กินข้าว จนฝึกเดินได้ช้าๆ " (แม่แสงทอง แสนศิริโชค - อสม.)

ปัจจุบันนี้ต้องยอมรับว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเกือบทุกคน มีความสุขอารมณ์ดี สามารถปรับตัวให้เข้า สภาวะร่างกายมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว แทบทุกคนบอกว่า สิ่งที่ทำให้มีความสุขที่สุดคือ "สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ ขับถ่ายได้เป็นปกติ ไม่ต้องให้ลูกหลานมาลำบาก เช็ดล้างให้" (พ่อสมนึก) สามารถรับประทานอาหารเองได้ ไม่ต้องมีคนคอยป้อน และการนอนหลับสนิท ไม่คิดมากฟุ้งซ่านเหมือนแต่ก่อน

"มีบางคนติดอสม.มาก(แม่พิศ) วันไหนไม่ไปหา จะให้ลูกโทรมาตาม ไม่มีอะไรก็อยากจะพูดคุยด้วย บอกว่าได้ คุยกับอสม.แล้วมีความสุขสบายใจรวมทั้งได้นับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์" (แม่ทองเพชร แก้วสุพรรณ ประธาน อสม.)

พ่อสมนึก เป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชนพูดคุยสนุก จะออกมานั่งหน้าบ้าน พูดคุยกับสมาชิกใน ชุมชนและเวียนมาเยี่ยม แม่เพิ่ม เป็นคนอารมณ์ดี พูดคุยสนุกเหมือนกับพ่อทองเพชรที่เวลาพูดคุยต้องเสียงดังมากๆ เพราะเกะหูตึง

พ่อปัญญาศีล มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนมักชอบเข้ากิจกรรมกับชุมชนหลังจากฝึกกายภาพบำบัดอยู่นานเป็นปี พอเดินได้ก็มีความสุข มีงานอดิเรกคือปลูกต้นไม้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีการปรับตัวปรับใจให้เข้ากับ สถานะสภาพของตนเอง มุ่งมั่นพัฒนาตนเองจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์อันดีกับคน ในชุมชน ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในตอนแรกแม้จะมีความท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่อยากมีชีวิตอยู่แต่เมื่อได้รับการ ดูแลปลอบโยน เอาใจใส่ให้กำลังใจ และทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สภาพร่างกายดีขึ้น ส่งผลให้สุขภาพ ทางด้านจิตใจดีขึ้น มีสภาวะอารมณ์แจ่มใส

ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนมากมีการทำบุญ รักษาศีลอย่างสม่ำเสมอ เมื่อถามว่ามีความคิดเห็นอย่างไรกับการ ทำบุญรักษาศีล จะพบว่าชุมชนโนนทัน ตั้งอยู่บริเวณใกล้วัดโพธิ์จึงมีพระมาบิณฑบาตรก็จะให้ลูกหลานเตรียม อาหารไว้ให้เพื่อทำบุญใส่บาตรตอนเช้า พ่อสมสมนึก - มีความใกล้ชิดกับวัดโพธิ์มากเพราะเดิมเป็นพนักงานขับรถของ วัด พาพระเณรไปเรียนหนังสือ คิดว่าบุญกุศลที่ทำไว้แม้เจ็บป่วยก็ไม่ถึงแก่ชีวิต ยังพอเดินไปไหนมาไหนใกล้ๆ ได้ทำบุญใส่บาตรทุกวัน เช่นเดียวกับพ่อทองเพชร พ่อวาริ ใส่บาตรทุกเช้ามีโอกาสก็จะไปทำบุญที่วัดทุกวันพระไม่เคยขาด แม่อ่อนจันทร์ จะไปทำบุญที่วัด และให้ลูกๆ พาไปปฏิบัติธรรมเป็นประจำทุกวันพระ

"การได้ทำบุญรักษาศีลทำให้จิตใจสงบขึ้น คิดถึงบาปบุญคุณโทษ ที่เราอาจจะทำไว้ ส่งผลให้เราเป็นแบบนี้จึงต้องพยายามสร้างบุญกุศลให้มากขึ้น เพื่อส่งผลให้ชาติหน้า จะได้ไม่เป็นแบบนี้ (พ่อสมนึก แม่บัวเรียน/แม่อ่อนจันทร์)

"การได้ไปวัดปฏิบัติธรรม เจริญศีลภาวนาอยู่เสมอ ได้มีโอกาสฟังเทศน์ ฟังธรรมก็ทำให้จิตใจสงบมีความสุข เป็นทางผ่อนคลายความทุกข์ ระวังอารมณ์ทำให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นมาก แต่เดิมลูกนั่งไม่ได้ ตอนนี้ก็ดีขึ้นมาก เดินได้ (แม่เพิ่ม - เคยทำงานที่วัดมาก่อน มีสามีเป็นสัปเหร่อของวัดโพธิ์) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเกือบทุกคนไม่มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน เมื่อถามว่ามีความต้องการจะเข้าร่วมกิจกรรมอะไรในชุมชนบ้าง ก็ได้รับคำตอบที่สอดคล้องกันกับอสม.ว่า "ส่วนมากจะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือการพัฒนากล้ามเนื้อแขนขา รวมทั้งการสันทนาการร้องรำทำเพลง บางคนนั่งรถเข็นออกมาร่วมกิจกรรมด้านกีฬา ได้มีโอกาสขยับแขนขา ลูกขึ้นก้าวเดินช้าๆ ก็ส่งผลให้มีความสุข อารมณ์ดี สดชื่น ร่างกายดู แข็งแรงขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใส หัวเราะร่าเริงสนุกสนาน ส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น"

2.4 ด้านความสุขทางปัญญา

สุขภาวะทางปัญญา ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงของชุมชนโนนทัน ส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ถึงมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้างและค้าขายมีวิถีชีวิตแบบชาวบ้านทั่วไป เมื่อสภาวะปรับเปลี่ยนมาเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ก็แทบจะไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งต่างๆ รอบตัวนอกจากขอให้มีชีวิตอยู่ไปวันๆ และอยากให้ทุเลาจากการเจ็บป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ให้เกิดความยากลำบากกับคนในครอบครัวและชุมชน การแสวงหาความรู้ใหม่ๆ แทบไม่มีความจำเป็น นอกจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจากโรคที่เป็น และ แนวทาง ในการรักษาพยาบาลให้ทุเลาแหล่งความรู้ความสำคัญมาจาก อสม. ซึ่งได้รับการอบรม ฝึกฝนมาโดยเฉพาะ และมา ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงอย่างใกล้ชิด พาไปพบแพทย์ตามนัด หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้การรักษาพยาบาลกรณีมีผลกดทับ และเป็นแผลพุพอง ฝึกกายภาพบำบัด ตามที่ได้อบรมมา สอนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ติดเตียงปฏิบัติตาม จนสามารถขยับเขยื้อนร่างกายได้ ถึงขึ้นก้าวเดินได้ในระยะสั้นๆ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ผ่านโลกมามากจนอายุเฉลี่ย 72 ปี ก็นับว่าได้รู้ได้เห็นเรื่องราวโลกมามากมายและ เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ จนถึงภาวะติดเตียง ก็เริ่มเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มี ภาวะติดเตียงหลายคน ได้ให้ความสำคัญกับ "การทำบุญตักบาตร เข้าวัดปฏิบัติธรรม ทำให้มีความเข้าใจในเรื่องเกิด แก่เจ็บตาย เป็นธรรมดามากขึ้น ส่งผลให้จิตใจมีความสงบสุข มีความเข้าใจและเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่างๆ การเกิด การดับ ความสุข ความทุกข์ ทุกสิ่ง

ทุกอย่างเป็นอนิจจังไม่เที่ยงแท้แน่นอน จึงยึดมั่นในการสร้างบุญกุศลและ ยึดมั่นในคำสอนของ พระพุทธเจ้าและมีความถึงพร้อมในชีวิต" (แม่อ่อนจันทร์)

เมื่อสอบถามว่า มีการติดตามข่าวสารบ้านเมืองหรือไม่ ก็ได้รับคำตอบว่า "มีการติดตามฟัง ข่าว ดูโทรทัศน์อยู่บ้าง แต่ไม่ให้ความสำคัญมากนัก เนื่องจากว่ารู้ไปก็ไม่มีประโยชน์อะไร สิ่งที่ต้องการ รับรู้มากที่สุด ก็คือ สิ่งที่จะทำให้มีชีวิตดำรงอยู่ได้ เช่น สวัสดิการจากรัฐบาลความช่วยเหลือทางการ รักษาพยาบาล และความช่วยเหลือในการดำรงชีพ เพราะปัจจุบันนี้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่มี รายได้ใดๆ มาจุนเจือครอบครัว มือก็ทำงานอะไรไม่ได้ แค่ตักข้าวเข้าปากก็ยากลำบาก ข่าวสารต่างๆ ก็ดูไปอย่างนั้น จะดูหนังละครในโทรทัศน์ เสียมากกว่า" (พ่อสมนึก, แม่อ่อนจันทร์)

แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุติดเตียง มีความเข้าใจในทางโลก และทางธรรมเป็นอย่างดีมีความ ถึงพร้อมใน ชีวิต ยึดหลักเหตุหลักผล และการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ยึดคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็น หลัก ในการดำเนินชีวิต ในช่วงบั้นปลาย สังคมของผู้สูงอายุติดเตียง เป็นสังคมที่แคบ แต่ก็แสวงหา แนวทางสงบ ไม่ไฝหาในสิ่งที่ เป็นไป ไม่ได้มุ่งหวังแต่ความสุขในบั้นปลายชีวิต ขณะที่ชีวิตอยู่ก็ไม่ อยากรให้คนในครอบครัว และชุมชนได้รับความลำบากเดือดร้อนพยายามดูแลสุขภาพตนเองให้ดี ทำในสิ่งที่ อสม. บอกและให้คำแนะนำ ได้ขอความรู้ในการดูแลตนเองจาก อสม. เป็นหลัก มีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ปรับตัวและยอมรับ สภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง สิ่งเหล่านี้ทำให้ ผู้สูงอายุติดเตียง มีความสุขและมีความพยายามที่จะสร้างบุญกุศลให้มากเพื่อวันข้างหน้าจะได้ไม่ ลำบากเหมือนปัจจุบัน

อสม. ได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนมากจะติด อสม. ด้วยเพราะ อสม. จะให้การดูแล ช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่สำคัญคือ การพัฒนาจิตใจให้เข้มแข็ง อดทน ไม่ท้อถอย ต่อสู้กับโรค ร้ายไปด้วยกัน หลายครั้งที่ผู้สูงอายุติดเตียงมีความท้อแท้ หมดยาตายอยาก อสม.ก็จะเข้าไปสร้างขวัญ กำลังใจ ตลอดจนพาไปในสถานที่ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงให้มี ความสุขขึ้น และคลายความทุกข์โศก เพราะปัจจุบันนี้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่มีรายได้ใดๆ มาจุนเจือครอบครัว มือก็ทำงานอะไรไม่ได้ แค่ตักข้าวเข้าปากก็ยากลำบาก ข่าวสารต่างๆ ก็ดูไปอย่าง นั้น จะดูหนังละครในโทรทัศน์เสียมากกว่า" (พ่อสมนึก แม่อ่อนจันทร์)

แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีความเข้าใจในทางโลก และทางธรรมเป็นอย่างดี มีความถึงพร้อม ในชีวิต ยึดหลักเหตุหลักผล และการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ยึดคำสอนของ พระพุทธเจ้าเป็นหลัก ในการดำเนินชีวิต ในช่วงบั้นปลาย สังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เป็น สังคมที่แคบแต่ก็แสวงหาแนวทางสงบ ไม่ไฝหาในสิ่งที่ เป็นไปไม่ได้ มุ่งหวังแต่ความสุขในบั้นปลายชีวิต ขณะที่ชีวิตอยู่ก็ไม่อยากรให้คนในครอบครัว และชุมชนได้รับความ ลำบาก เดือดร้อน พยายามดูแล รักษาสุขภาพตนเองให้ดี ทำในสิ่งที่ อสม. บอก และให้คำแนะนำ ได้ขอความรู้ในการ ดูแลตนเองจาก อสม. เป็นหลัก มีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ปรับตัวและยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับ ตนเอง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียง มีความสุขและมีความพยายามที่จะสร้างบุญกุศลให้มากเพื่อ วันข้างหน้าจะได้ ไม่ลำบากเหมือนปัจจุบัน

อสม.ได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนมากจะติด อสม. ด้วยเพราะ อสม. จะให้การ ดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่สำคัญคือ การพัฒนาจิตใจให้เข้มแข็ง อดทน ไม่ท้อถอย ต่อสู้กับโรค ร้ายไปด้วยกัน หลายครั้งที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีความท้อแท้หมด

อาลัยตายอยาก อสม.ก็จะเข้าไปสร้างขวัญ กำลังใจ ตลอดจนพาไปในสถานที่ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงให้มีความสุขขึ้น และคลายความทุกข์โศก จนหลายคนหายดี แม้จะไม่หายขาดจากโรคต่างๆ แต่ก็สามารถปรับตัวปรับสภาพจิตใจให้ต่อสู้และมีความหวังมากขึ้น

พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดย การสุ่มเลือกพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน 2 พื้นที่ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง เป็นพื้นที่ชุมชนที่อยู่ในเขตใจกลางเมือง) และศูนย์สุขภาพชุมชนสีฐาน (เป็นพื้นที่ชุมชนที่อยู่ชานเมือง) และคัดเลือกพื้นที่เพื่อเก็บตัวอย่างจาก ศูนย์ สุขภาพชุมชน จำนวน 1 ชุมชน คือ ชุมชนโนนทัน 1 (ศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง) และชุมชนสีฐาน 1 (ศูนย์สุขภาพ ชุมชนสีฐาน) และยังเป็นการสุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ชุมชนละ 10 คน

2.5 ด้านสุขภาวะทางกาย

ก่อนที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะติดเตียงนั้น ส่วนมากจะเกิดความเครียดมีโรคประจำตัวมาก่อน ได้แก่ เบาหวาน ความดัน โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนั้นก็จะมีภาวะเครียด เนื่องมาจากสภาพปัญหาในครอบครัว การสูญเสีย บุคคลในครอบครัว สามี ภรรยา บุตร เนื่องจากสูงอายุ หรือไม่สามารถทำงานได้จากสภาพร่างกาย รายได้ที่ลดลง ไม่มีหนทางในการประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด เส้นโลหิตในสมองแตก/ตีบ ทำให้เกิดภาวะแขน ขาอ่อนแรง ลุก นั่ง ไม่ได้ พบว่ามีเพียงรายเดียวที่เกิดอุบัติเหตุตกจากหลังม้า ทำให้กระดูกหักเส้นประสาท เดินไม่ได้ก็อยู่ในสภาวะติดเตียง

เมื่อพบว่าตัวเองอยู่ในสภาวะติดเตียง สภาพร่างกายเคลื่อนไหวไม่ได้ โดยเฉพาะแขนขาอ่อนแรงไปหมด มี ความรู้สึกซึมเศร้า หดหู่ ไม่อยากกินอาหาร จนถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่ต้องการสร้างความลำบากยุ่งยากให้กับคน ในครอบครัวและเป็นภาระกับสังคม กำลังใจจากครอบครัวมีส่วนสำคัญ แต่บุคคลที่สำคัญที่สุด คือ อสม. เพราะ อสม. จะได้รับการอบรมและ ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมาเป็นอย่างดี) ทุกชุมชนจะมี อสม. ประจำคอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน รักษาพยาบาลแผลกดทับที่เกิดจากการติดเตียง หรือแผลที่มาจากสภาวะ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และที่สำคัญคือการพูดคุยแลกเปลี่ยนให้ข้อคิดเห็น และแนวทางในการมีชีวิตอยู่ต่อไป สร้าง เสริมกำลังใจและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงต่อสู้กับภาวะทางร่างกาย ให้การฝึกกายภาพบำบัดตลอด ระยะเวลา บางคนใช้เวลา 1-2 ปี การดูแลสุขภาวะทางกายเป็นการทำความสะอาด อาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บ การ ขับถ่าย การรักษาสุขภาวะด้านที่พัวอาศัยการทำความสะอาดมุ้ง ผ้าห่ม ที่นอน การทำความสะอาดบ้านเรือน ให้ดู น่าอยู่ อากาศถ่ายเทได้ดี

ด้านสุขภาวะทางโภชนาการ (อาหาร น้ำดื่ม) แม้ว่าครอบครัว (สามี, ภรรยา, บุตร, หลาน) จะเป็นผู้จัด อาหารให้ก็มีความสะอาด ถูกสุขอนามัย แม้ว่าจะเป็นอาหารพื้นบ้านปกติทั่วไป ส่วนมากลูกๆ จะเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้ก่อนจะออกไปทำงานบางคนจะกลับมามาดอนเตียงเพื่อดูแลเรื่องอาหารและการขับถ่าย

หลังจาก อสม. ได้เข้ามาช่วยเหลือดูแลสนับสนุนในปัจจัยด้านต่างๆ ทำกายภาพบำบัดจนสามารถลุกนั่งได้ สามารถรับประทานอาหารเองได้ (ก็ยังมีบางคนที่ต้องป้อนอาหาร) นั่งกระเถิบไปเข้า

ห้องน้ำได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มี ภาวะติดเตียงมีความสุข อารมณ์แจ่มใส พุดคุยสนุก และมีความรู้สึก ว่าตัวเองมีคุณค่า แม้ว่าจะยังมีความยากลำบาก ในการดำเนินชีวิต แต่ก็กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีความสุข มีความพึงพอใจ มีความสุข และเมื่อบางคนเดินได้ (เดิน แบบค่อยๆ ไปทีละก้าวสั้นๆ) ก็มีความสุข ภาควิชาจิต และอารมณ์แจ่มใสร่าเริง พุดคุยกับเพื่อน ญาติมิตรในชุมชน อย่างสนุกสนาน

สุขภาวะด้านที่พักอาศัย ส่วนมากมีสภาพแวดล้อมที่ดี อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่อับชื้น บ้านพักอาศัยเป็น ของตนเอง หรือเป็นบ้านของลูก ที่อยู่กันเป็นครอบครัว มีหลานๆ อยู่ด้วย ทำให้มีความสุขมากขึ้น มีบางคนอาศัยอยู่ กับญาติ เพื่อน หรือบ้านเช่า ที่ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ค่อยดีนัก แต่ก็ได้ อสม. เข้าไปช่วยดูแลรักษาความสะอาดอยู่เสมอ

โดยภาพรวมแล้วจะพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนมาก มีความพึงพอใจกับสภาวะ พัฒนาการของร่างกายที่ดีขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนได้บางครั้ง อาหารการกินก็สะอาด ถูกสุขอนามัย ที่หลับที่นอน บ้านเรือนก็สะอาด ปลอดภัย ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีความสุขมาก โดยเฉพาะกับการเอาใจใส่ดูแลอย่าง เข้มแข็งของกลุ่ม อสม. แม้ว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง บางคนที่ยังไม่พัฒนาสภาวะร่างกาย ยังทานอาหารเอง ไม่ได้ หรือซบถอยู่ในห้องน้ำหรือที่จัดให้ไว้ได้ (ถ่ายในแพมเพิส) ก็ยังมีความจำเป็นต้องดูแลรักษา และให้กำลังใจกัน ต่อไป

2.6 ด้านสุขภาพทางสังคม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงอยู่ในสภาพสังคมที่มีความสุข ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนใน ครอบครัว ใน ครอบครัวมีความสัมพันธ์อันดี จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ส่วนมากจะสูญเสียคู่ชีวิตไปแล้ว และ อาศัยอยู่กับลูกหลานมีลูกคอยดูแล ถ้าทำตัวไม่ดีกับเขา เราก็คงลำบาก ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจึงมี ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ลูกหลานก็ดูแล เอาใจใส่ให้ความรัก และคอยปลอบใจ ให้กำลังใจในการพัฒนาฟื้นฟู ร่างกาย ขอแค่ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ก็ดีใจแล้ว

ในสภาพความเป็นอยู่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนนั้นแทบเป็นไป ไม่ได้เลย การเข้า ร่วมกับกิจกรรมชุมชนส่วนมากจะเป็นการออกกำลังกาย พอจะนั่งรถเข็นมาร่วมได้ ยกแขนยกขา ร้องเพลง ประบมือ ก็จะทำให้มีความสุข สนุกสนาน บางคนลูกหลานพามา นั่งพักผ่อน พุดคุยกับเพื่อนๆ ในชุมชน จะเป็นบางโอกาสที่ อสม. จะจัดรถพาผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่พอจะนั่ง ได้หรือเดินได้บ้างไปเที่ยวเปลี่ยนบรรยากาศไม่ไกลนักบริเวณใน รอบบึงแก่นครหรือสวนหย่อมใกล้ๆ ก็ จะเป็นการเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกไปในทิศทางที่ดีขึ้น

คนในชุมชนก็ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน จัดอาหารและของใช้ให้บ้างคอยสอดส่องดูแล ถ้ามีปัญหาอะไรก็ จะโทรตาม อสม. ให้มาช่วยดูแล “หลายครั้งที่เราเข้าไปช่วยเขาทันเวลา ก็เพราะ เพื่อนๆ ในชุมชนคอยดูแลช่วยเหลือ กันเห็นมีอะไรผิดปกติ ก็จะโทรมาแจ้ง อสม. ก่อนเราต้องเปิด โทรศัพท์ไว้ตลอดเวลาเลย” (แม่หนูเตือน-อสม.) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมักจะได้รับ การดูแลจาก ชุมชนเป็นพิเศษ ถ้ามีการจัดกิจกรรมอะไรที่เป็น ประโยชน์ก็จะมีสิทธิ์ได้รับก่อนเหมือนกับผู้ที่พิการ จะมี อสม. และหน่วยงานต่างๆ เข้าไปช่วยเหลือนำสิ่งของไปให้ที่ บ้าน ถ้ามีการลงทะเบียนอะไรก็ตาม อสม. เป็นผู้ทำและยืนยันการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงทำให้ผู้สูงอายุที่มี ภาวะติดเตียงได้รับ สิทธิประโยชน์และปัจจัยสนับสนุนไม่ขาด

การใช้เครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์นั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนมากมีโทรศัพท์มือถือ แต่ก็ไม่ค่อยได้ใช้ เพราะสภาพร่างกายไม่อำนวย มือไม่มีแรง บางคนหูตึง ฟังไม่ค่อยชัด ตาพร่ามัว มองไม่ค่อยเห็น การใช้โทรศัพท์ มักจะให้ลูกหลานเป็นคนทำให้ นอกจากนี้แล้ว การติดต่อบุคคลอื่น นอกจากลูกหลานญาติพี่น้องแล้ว ก็ไม่มีใคร นอกจาก อสม. เท่านั้น ที่จะมีการนัดหมายทำแผล ตรวจสอบสุขภาพ หรือไปพบแพทย์

การรับรู้ข่าวสารมักจะดูจากโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุ ก็จะดูหนึ่งดูละครจากโทรทัศน์เสียเป็นส่วนมาก นอกจากนี้ก็อยากรู้ว่าตนเองจะได้รับสิทธิ์ประโยชน์ หรือสวัสดิการอะไรจากภาครัฐบ้าง ซึ่งเรื่องเหล่านี้จะทำให้ชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม อสม. ก็จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง

2.7 ด้านความสุขทางจิตใจ

การสร้างเสริมทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงยอมรับว่าในช่วงแรก รู้ว่าตนเองมือเท้าอ่อนแรง เดินไม่ได้ ลูกนั่งไม่ได้มีความกังวล จิตใจหดหู่ ซึมเศร้า ไม่อยากพูดจากับใคร ไม่อยากกินอาหาร มีความคิดที่อยากจะตาย ถ้าอยู่ต่อไปก็สร้างความลำบากยุ่งยากให้กับลูกหลานและครอบครัว เมื่อมีลูกหลาน ญาติมิตรมาให้กำลังใจพูดคุยปลอบใจให้มีความหวังว่าสักวันจะหายกลับมาเดินได้ และที่สำคัญกลุ่ม อสม. เข้ามาให้ การดูแลช่วยเหลือพาไปพบแพทย์ จัดหาอุปกรณ์ต่างๆ มาให้เพื่อใช้ในการฝึกกายภาพบำบัด พูดคุยให้กำลังใจ ให้ ความหวังว่าต้องดีขึ้น พยายามรักษาแผลกดทับ การดูแลความสะอาดร่างกาย ที่อยู่อาศัย จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีสุขภาพจิตที่ดี อารมณ์แจ่มใส พูดคุยหยอกล้อสนุกสนาน ยิ่งเมื่อสามารถลุกนั่งได้ กินอาหารเองได้ ขับถ่ายเองได้ดี ก็รู้สึกมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นมาก สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดี ไม่โกรธง่ายเหมือนแต่ก่อน

การทำบุญตักบาตรทุกเช้า การเข้าวัดฟังธรรม หรือการไปจำวัดทุกวันพระก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุติดเตียง มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ทั้ง 2 พื้นที่ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ใกล้วัด ทั้งวัดจอมศรี (ศรีฐาน) และวัดโพธิ์ (โนนทัน) ทุกเช้าพระจะเดินบิณฑบาตไปตามชุมชนผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีโอกาสดำเนินบุญใส่บาตร ลูกหลานจะเตรียมอาหารไว้ให้ใส่บาตร (ทำเองไม่ไหว) ในวันพระจะให้ลูกหลานพ่วงขึ้นรถเข็นไปวัดเพื่อฟังเทศน์ฟังธรรม และ ร่วมบริจาคปัจจัยในบางโอกาส เนื่องจากมีความเชื่อว่าถ้าทำบุญในชาตินี้ให้มากๆ ผลบุญนี้จะส่งผลให้ชาติหน้าเกิด มาแล้วไม่ลำบากเป็นความสุขทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง การรักษาศีลฟังธรรม ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ติดเตียงมีการเจริญสติภาวนา ไม่ยึดติดกับสิ่งนอกกาย ให้อภัยทุกคน เพราะมีความระลึกอยู่ตลอดเวลาว่า “ช่วง สดท้ายของชีวิตมาถึงแล้ว” การทำบุญรักษาศีลปฏิบัติตามคำสอน ของพระพุทธเจ้า นอกจากจะทำให้ชีวิตมีความสุข จิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน ไม่มีความทุกข์ มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขไม่เจ็บปวดทรมานหรือไม่ทุกข์ร้อนใดๆ พร้อมทั้งจะจากไป อย่างสงบสุข

2.8 ด้านความสุขทางปัญญา

เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้มีการทำบุญกุศล ถวายศีลฟังเทศน์ฟังธรรมอยู่เนืองๆ ทำให้มีความรู้ทั้ง ทางโลก และทางธรรมเข้าใจสภาพชีวิตที่เกิดขึ้นมาได้มีความทุกข์ทรมาน ทำให้เข้าใจถึงบาปบุญคุณโทษที่ได้ทำมา เข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และความเป็นไปในชีวิตในสังคมที่เป็นอยู่มีการใคร่ครวญ ไตร่ตรอง ตามคำสอนของ พระพุทธเจ้า และการฟังเทศน์ ฟังธรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่

มีภาวะติดเตียงยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากคนปกติทั่วไปเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถเดินได้ แขนขาไม่มีแรง เป็นผลมาจากสิ่งที่ตนเองกระทำทั้งนั้น การไม่ดูแลรักษาสุขภาพตนเอง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นความประมาทในการใช้ชีวิต ส่งผลให้โรคต่างๆ รุมเร้า ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ เก๊าท์ ส่งผลให้เส้นเลือดในสมองแตก หรือเส้นเลือดในสมองอุดตัน จึงทำให้อยู่ในอาการติดเตียง

ผนวกกับการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสภาวะของร่างกายที่เจ็บป่วย การดูแลรักษา ป้องกัน การพัฒนาร่างกาย โดยมี อสม. ในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ ให้ความรู้ต่างๆ ตลอดจนจัดหา อุปกรณ์ต่างๆ ในการบำบัดฟื้นฟู สุขภาพร่างกาย การสร้างเสริมกำลังใจ ให้ความหวัง และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้สุขภาพกาย และ สุขภาพจิตดีขึ้น มีความสุขสงบทางร่างกาย และจิตใจ “เมื่อมาถึงตอนนี้ร่างกายและจิตใจได้พัฒนามากขึ้นทำให้การ ดำเนินชีวิตประจำวันไม่ลำบากยุ่งยาก แค่นี้ก็มีความสุข ความพอใจแล้ว”

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง แม้ว่าจะมีการศึกษาน้อย (ส่วนมากมีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา - มัธยมศึกษา) แต่การผ่านชีวิตมานาน มีประสบการณ์ชีวิตมาก มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงมีการคิดไตร่ตรองใคร่ครวญ การการ ตัดสินใจ กระทำสิ่งต่างๆ จากการสัมผัสหลาย คนอาจจะพูดไม่ชัด แต่ก็ถ่ายทอดความรู้ ความคิดอย่างมีเหตุผล มี การติดตามข่าวสาร การเปลี่ยนแปลงต่างๆ แม้จะบอกว่า “รู้ไปก็ไม่มีประโยชน์เพราะมีสภาพแบบนี้จะนำไปใช้ทำ อะไรได้ เพียงแต่รู้ไว้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับเพื่อนๆ ที่มาเยี่ยมเยียน” ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงให้ความเชื่อถือ และ ไว้วางใจ อสม. มากที่สุด เพราะเป็นผู้ที่เข้ามาเสริมสร้างกำลังใจ ช่วยพัฒนาร่างกายและยังจัดหา ปัจจัยสนับสนุนมาให้ อีก นอกจากนี้ยังให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิ์ประโยชน์ต่างๆ ที่พึงได้รับทั้ง จากเทศบาลนครขอนแก่น และหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน อื่นๆ “ถ้าไม่มี อสม. ก็ไม่รู้ว่าจะอยู่ ได้อย่างไร”

4.3 การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร และสร้างสมการทำนาย

4.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงกับการรับรู้พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต

ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงกับการรับรู้พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตโดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearsons Correlation Coefficient)

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการรับรู้พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	ความสุขทางกาย	ความสุขทางสังคม	ความสุขทางจิต	ความสุขทางปัญญา
1. ความสุขทางกาย	0.641				
2. ความสุขทางสังคม	0.718	0.667			

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	ความสุขทางกาย	ความสุขทางสังคม	ความสุขทางจิต	ความสุขทางปัญญา
3. ความสุขทางจิต	0.847	0.691	0.857		
4. ความสุขทางปัญญา	0.836	0.559	0.627	0.747	
รวม	0.875	0.833	0.880	0.937	0.937

Sig .01 (2 - tailed) ** $p < .001$

จากตารางที่ 4.9 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง และการรับรู้พุทธบูรณาการสังคมอุดม จิตมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับสูง ($r = 0.875^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 หมายความว่า คุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง จะมีระดับสูงขึ้นเมื่อได้รับการพัฒนาทางด้านพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตที่สูงขึ้นอย่างมี นัยสำคัญ หรือในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้รับการพัฒนาทางด้านพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตที่สูงขึ้น หรือดีขึ้น จะส่งผลให้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงกับพุทธบูรณาการสังคม อุดมจิตในแต่ละด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงกับพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต มี ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับที่สูง ในด้านสุขภาพจิต ($r = 0.847^{**}$) ด้านความสุขทางปัญญา ($r = 0.836^{**}$) และด้าน ความสุขทางสังคม ($r = 0.718^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสุขทางกาย ($r = 0.641^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและการสนทนากลุ่มกับ อสม.) ก็พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีความสำคัญเป็นอย่างมากทั้งต่อร่างกายและจิตใจ เพราะผู้สูงอายุเมื่อ รู้ว่าตนเองอยู่ในภาวะติดเตียง ส่วนมากมักจะมีความซึมเศร้า ไม่พูดจากับใครแม้แต่คนในครอบครัว ไม่กินข้าวกินน้ำ มีแต่บ่นว่าอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ให้ทุกคนลำบาก แต่เมื่อทุกคนในครอบครัวมีความเข้าใจ และ อสม. เข้ามาให้ กำลังใจช่วยกันพัฒนาและฟื้นฟูจิตใจ ตลอดจนพัฒนาร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีการพัฒนาทางด้านจิตใจที่แจ่มใสร่าเริงขึ้น ร่างกายก็สามารถเคลื่อนไหวได้จนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ กินข้าวเองได้ หรือ สามารถเดินได้ในระยะใกล้ๆ เมื่อจิตใจได้รับการฟื้นฟูพัฒนา ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงก็จะมีความสุขทางปัญญา เพิ่มขึ้นสามารถรับรู้สถานะภาพของตนเองเข้าใจในสภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในสถานภาพที่เป็นอยู่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ให้สงบและเยือกเย็นขึ้น มองโลกในแง่ดี มีความเข้าใจในทั้งทางโลกและทางธรรม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี ฟังเทศน์ฟังธรรม และมาสวดมนต์ที่วัดทุกวันพระ มุ่งเน้นสร้างกุศลผล บุญเพื่อจะได้ไม่พบความลำบากในชาติภาพหน้าสังคมหรือชุมชนที่อยู่รายรอบผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงก็ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี มีความสนใจและ เอาใจใส่ในสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ไม่ทอดทิ้ง ให้กำลังใจ นอกจากนี้ก็ ยังได้รับการ ช่วยเหลือสนับสนุนจากกลุ่ม อสม.ที่ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลช่วยเหลือ ด้านสุขอนามัยของร่างกายและที่อยู่อาศัย ตลอดจนการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่นำมาใช้ในการบำบัดฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาใช้งานได้ตามปกติ ผู้สูงอายุที่มี ภาวะติดเตียงทุกคน ที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูทางด้านจิตใจ

มักจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความมั่นใจในการต่อสู้กับโรคภัยต่างๆ และภาวะการณติดเตียง จนร่างกายสามารถพัฒนาจนสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้

4.3.2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

เพื่อค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ที่ดี ในการทำนายการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ตัวแปรที่นำมาศึกษาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง (TA) ตัวแปรต้น คือ พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต (TX) 4 ด้านคือ 1. ความสุขทางกาย สุขภาวะทางกาย (TB) 2. ความสุขทางสังคม สุขภาวะทางสังคม (TC) 3. ความสุขทางจิต สุขภาวะทางจิต (TD) และ 4. ความสุขทางปัญญา สุขภาวะทางปัญญา (TE)

ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวพยากรณ์ที่ดีที่ใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

โมเดล	ตัวแปรพยากรณ์	R ²	Adj.R ²	constant	สปส. การถดถอย		t	sig
					b	β		
1	1. ความสุขทางจิต (TD)	0.718	0.711	0.924	0.588	0.847	10.082	0.000
2	1. ความสุขทางจิต (TD)	0.811	0.801	0.722	0.350	0.504	4.816	0.000
	2. ความสุขทางปัญญา (TE)				0.296	0.460	4.396	0.000

จากตารางที่ 4.10 พบว่าในโมเดลที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง (TA) มีผลมาจากพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต (TX) คือความสุขทางจิต (TD) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) ซึ่งตัวแปรความสุขทางจิต (TD) สามารถอธิบายหรือทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ร้อยละ 71.10 ($\text{Adj.}R^2 = 0.711$) และเมื่อเพิ่มตัวแปรอิสระเข้าไปในการวิเคราะห์ก็จะพบว่า ในโมเดลที่ 2 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง (TA) คือความสุขทางจิต (TD) และความสุขทางปัญญา (TE) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) ซึ่งปัจจัยทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ร้อยละ 80.10 ($\text{Adj.}R^2 = 0.801$) และสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

สมการทำนายรูปคะแนนดิบ

$$\text{คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ} = 0.722 + 0.350 \text{ ความสุขทางจิต} + 0.296 \text{ ความสุขทางปัญญาที่มีภาวะติดเตียง}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\text{คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ} = 0.504 \text{ ความสุขทางจิต} + 0.460$$

ความสุขทางปัญญาที่มีภาวะติดเตียง

b = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรแต่ละตัวที่นำมาสร้างสมการทำนายเป็นค่า Unstandardized Coefficients สร้างสมการในรูปแบบคะแนนดิบ

β = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่นำมาสร้างสมการทำนายเป็นค่า Unstandardized Coefficients สร้างสมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

R = Multiple Correlation ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีต่อกัน

R^2 = Coefficient of Multiple Determination ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจของคุณ

ค่า T อิทธิพลของตัวแปรอิสระทั้งหมดที่มีต่อตัวแปรตาม

Adj. R^2 = ค่า R^2 ที่ปรับแก้แล้ว

Std. Error of the Estimate = ค่าระดับความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการใช้ตัวแปรอิสระในการทำนายรูปแบบการพัฒนาพุทธรูปธรรมการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

จากผลการศึกษาวิเคราะห์ทางเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) และนำผลการวิเคราะห์มาตีความ (Interpretation) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาพุทธรูปธรรมการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงโดยใช้รูปแบบเชิงระบบ (Systematic Model, Input, Process และ Output) ดังนี้

1) ปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นปัจจัยสนับสนุนสถานภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีการพัฒนาที่ดีขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยสนับสนุนที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและภายในครอบครัว ได้แก่ คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง สภาพร่างกาย การเคลื่อนไหว การเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ชีวิตคู่ การหย่าร้าง การมีบุตรหลาน สภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง และปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยสนับสนุนที่บุคคลหรือหน่วยงานเข้ามาให้ความช่วยเหลือดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีสุขภาพสุขอนามัยที่ดีขึ้น มีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมดีขึ้น จนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ปัจจัยสนับสนุนทั้ง 2 ปัจจัย มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง จะเห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีความสำคัญอย่างมาก ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนปัจจัยดำรงชีพต่างๆ การดูแลสุขภาพร่างกายเช่น การกินอยู่ หลับนอน การเคลื่อนไหวร่างกาย การรักษาความสะอาดร่างกายและที่อยู่อาศัย การจัดหาปัจจัยเอื้ออำนวยความสะดวกต่างๆ มาให้ และที่สำคัญคือการช่วยเหลือฟื้นฟูบำบัดรักษาสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงซึ่งจะมีภาวะซึมเศร้าหดหู่ คิดมาก ไม่พูดจากับใคร

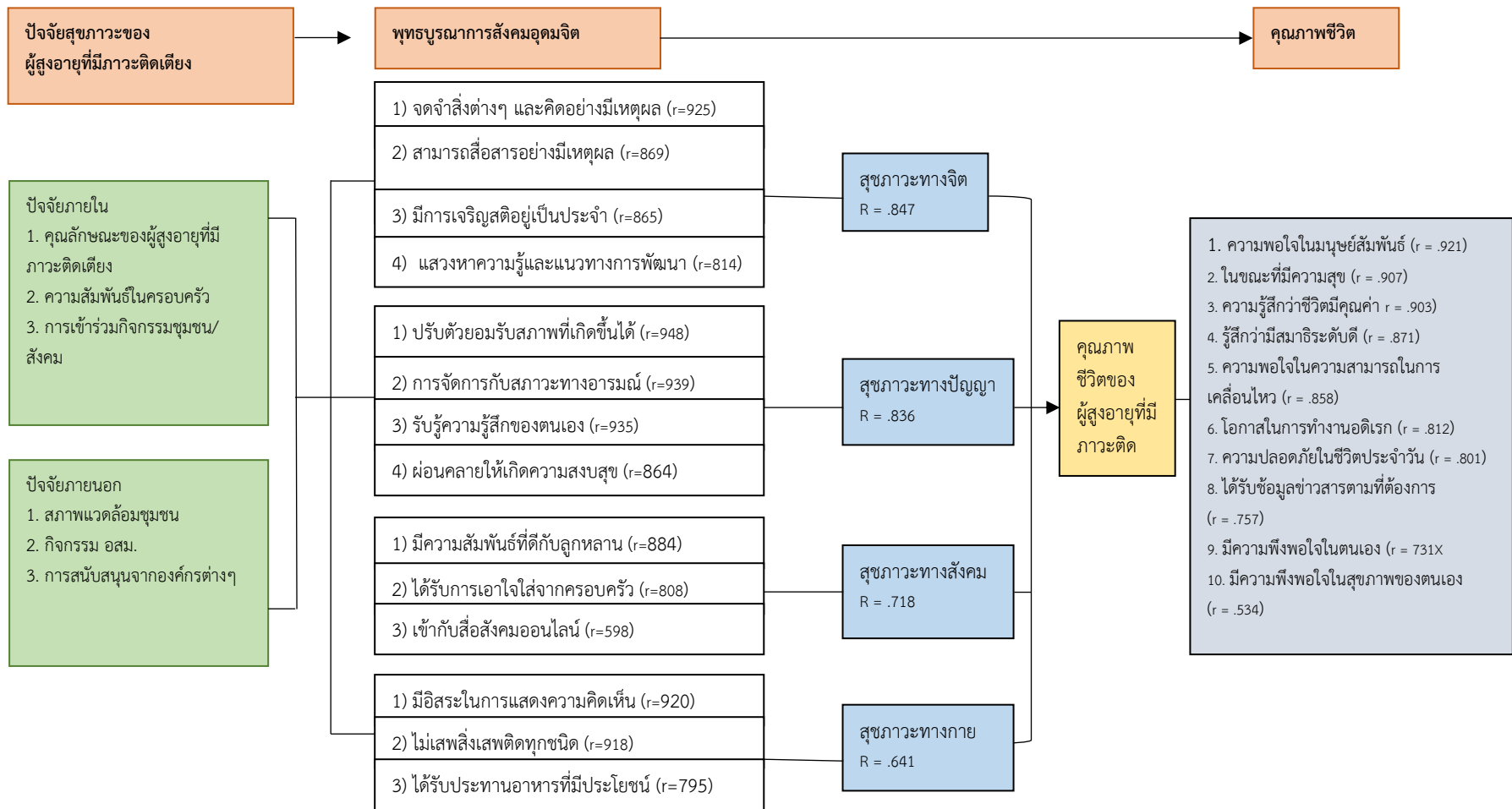
2) กระบวนการ (Process) เป็นวิธีการหรือแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในที่นี้คือ พุทธรูปธรรมการสังคมอุดมจิต 4 ด้าน คือ 1) ความสุขทางกาย (กายภาพนา) 2) ความสุขทาง

สังคม (ศีลภาวนา) 3) ความสุขทางจิต (จิตภาวนา) และ 4) ความสุขทางปัญญา (ปัญญาภาวนา) เป็นวิธีการปฏิบัติหรือแนวทางการปฏิบัติตนเองผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ส่งผลให้เกิดความสุขทั้งทางกาย การพัฒนาร่างกายให้สัมพันธ์กับทางกายภาพ การรู้จักใช้อินทรีย์อย่างมีสติ ได้แก่ การมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น ไม่เสเพลสิ่งเสเพลติดทุกชนิดและได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ความสุขทางสังคมเป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง มีทัศนคติที่ดีมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานภาพและสถานการณ์ ได้แก่ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวและเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ ความสุขทางจิตเป็นการทำจิตใจให้เจริญงอกงาม มีความเข้มแข็งมีความสุขเบิกบาน ได้แก่ มีความจดจำสิ่งต่างๆ และมีความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถสื่อสารได้อย่างมีเหตุผล มีการเจริญสติอยู่เป็นประจำ และแสวงหาความรู้และแนวทางการพัฒนา ความสุขทางปัญญา ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจทุกสิ่งความเป็นจริง การเจริญปัญญาเพื่อสร้างความรู้ความคิดความเข้าใจ แก้ปัญหาด้วยปัญญา ได้แก่ การปรับตัวรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การจัดการกับสภาวะทางอารมณ์ของตนเองเมื่อมีสิ่งใดๆ มารบกวน การรับรู้ความรู้สึกของตนเองและการผ่อนคลายทำให้เกิดความสงบสุข จะพบว่าเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้รับดูแลปฏิบัติตนตามแนวทางพุทธบูรณาการสังคมอุดมคติ นอกจากจะพบความสุขทั้ง 4 ด้านแล้วยังส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลผลิต (Output) หรือผลลัพธ์ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้รับการได้รับปัจจัยสนับสนุนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง และการดำเนินชีวิตตามแนวพุทธบูรณาการสังคมอุดมคติทั้ง 4 ด้าน ในบั้นปลายผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงก็จะได้พบกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีมนุษยสัมพันธ์ ในขณะที่มีความสุขในชีวิตความรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่ารู้สึกว่ามีสมรรถนะดี และความพอใจที่สามารถในการเคลื่อนไหวได้เป็นต้น

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง พบว่า การรับรู้พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง นั่นหมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีการทำพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตทั้ง 4 ด้านมาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงดีขึ้น ($r = 0.875$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสุขทางจิต ($r = .847$) ความสุขทางปัญญา ($r = .836$) ความสุขทางสังคม ($r = .718$) และความสุขทางกาย ($r = .641$) ตามลำดับ

และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงถดถอยพหุคูณ ก็พบว่า สุขภาพทางจิตและสุขภาวะทางปัญญา จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการติดเตียง โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 80.10 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่มีการพัฒนาสุขภาพปัญญาอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยรูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในจังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) มีการดำเนินการศึกษา ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Study) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาลักษณะและปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงใน จังหวัดขอนแก่น 2) ศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคม อุดมจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในจังหวัดขอนแก่น และ 3) นำเสนอรูปแบบและแนวทางการพัฒนา พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น พื้นที่เป้าหมายใน การศึกษาคือเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยการสุ่มชุมชนที่ศึกษา คือศูนย์สุขภาพชุมชนชาตะผดุง และศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสีฐาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจำนวน 42 คน และสุ่มสัมภาษณ์ จำนวน 20 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่ง โครงสร้าง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ การคำนวณข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการสร้างสมการ ทำนายโดยใช้ Stepwise Multiple Regression.

5.1 สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.80 คู่ สมรสเสียชีวิตแล้ว ร้อยละ 59.50 การศึกษาระดับประถมศึกษา (ป.4) ร้อยละ 88.10 เคยประกอบ อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 71.43 สมาชิกในครอบครัว 1-2 คนร้อยละ 78.70 สถานะทางเศรษฐกิจ พออยู่พอกินร้อยละ 50.00
2. ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ส่วนมากมีโรคประจำตัว หรือปัญหา สุขภาพร้อยละ 95.20 มีการรักษาความสะอาดถูกหลักอนามัย ร้อยละ 54.80 สามารถพูดคุยสื่อสาร ได้ดี ร้อยละ 81.00 และสามารถขับถ่ายอุจจาระ, ปัสสาวะได้เองร้อยละ 100.00
3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง สภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.74$) โดยเฉพาะในเรื่อง 1) รู้สึกว่ามีสมาธิอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.36$) 2) มีความปลอดภัยใน ชีวิตประจำวัน ($\bar{X} = 3.02$) และ 3) มีสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ดี ($\bar{X} = 3.00$) แต่มีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับอยู่ในระดับมาก คือความจำเป็นที่ต้องใช้บริการรักษาทางการแพทย์ในชีวิตประจำวัน ($\bar{X} = 3.74$)
4. พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีระดับการรับรู้โดยภาพ รวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14$) และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ 1) ด้านความสุขทาง

สังคม ($\bar{X} = 3.20$) 2) ด้านความสุขทางปัญญา ($\bar{X} = 3.16$) 3) ด้านความสุขทางกาย ($\bar{X} = 3.10$) และ 4) ด้านความสุขทางจิต ($\bar{X} = 3.08$)

การศึกษาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในเชิงคุณภาพได้ข้อสรุปว่า

1. ด้านสุขภาพทางกาย ก่อนจะอยู่ในภาวะติดเตียง จะมีโรคประจำตัว และเกิดภาวะความเครียดจากปัญหาครอบครัว และรายได้ ส่งผลให้เกิดโลหิตในสมองแตก แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ซึมเศร้า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป แต่ได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง และที่สำคัญคือ อสม. ทำให้สภาพจิตใจดีขึ้น อสม. ช่วยดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งสถานที่อยู่อาศัยให้มีความสะอาด และถูกสุขอนามัย และมีพัฒนาการทางร่างกายที่ดีขึ้น จนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

2. ด้านสุขภาวะทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และชุมชนรอบข้าง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนได้บ้าง ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน และหน่วยงานต่างๆ มีการรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีการใช้โทรศัพท์บ้างเป็นบางครั้ง เพื่อติดต่อกับลูกหลาน และ

3. ด้านสุขภาวะทางจิต หลังจากที่ได้รับ อสม. เข้ามาช่วยเหลือให้กำลังใจทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ดี มีสุขภาพจิตใจที่ดีขึ้น มีการทำบุญตักบาตรทุกวันเข้าวัดฟังเทศก์ ฟังธรรมในวันสำคัญทางศาสนา รักษาศีลที่วัด หรืออ่านหนังสือธรรมะเป็นประจำ เพราะคิดว่าตอนนี้อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตแล้ว ทำจิตใจให้สงบ ไม่มีความทุกข์พร้อมที่จะจากไปอย่างสงบ

4. ด้านสุขภาวะทางปัญญา เป็นผลเนื่องมาจากการทำบุญเข้าวัดฟังเทศก์ฟังธรรมถือศีล ทำให้เข้าใจถึงสภาวะการเปลี่ยนแปลงทั้งทางโลก และทางธรรมมากขึ้น มีความเข้าใจถึงสภาวะความเจ็บป่วย และการดูแลรักษาพัฒนาาร่างกายให้ดีขึ้นไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน แสวงหาความรู้ และติดตามข่าวสาร มีความคิดเชิงเหตุผลมากขึ้น

5. ความสัมพันธ์และสมการทำนายการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง และการรับรู้พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.875^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ในด้านความสุขทางจิต ($r = 0.847^{**}$) ด้านความสุขทางปัญญา ($r = 0.836^{**}$) และด้านความสุขทางสังคม ($r = 0.718^{**}$) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางด้านความสุขทางกาย ($r = 0.641^{**}$) และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยตัวแปรต้นคือ พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต 4 ด้าน คือ ความสุขทางกาย (TB) ความสุขทางสังคม (TC) ความสุขทางจิต (TD) และความสุขทางปัญญา (TE) และตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง (TA) ให้สมการทำนายดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$TA = 0.722 + 0.350 TD + 0.296 TE$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$TA = 0.504 TD + 0.460 TE$$

$$R^2 = \text{อำนาจการทำนาย} = 0.811 \text{ หรือ } 81.10\%$$

6. รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจากข้อค้นพบ (Finding) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Study) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) นำมาสร้างเป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงกระบวนการ (Systematic Model) ปัจจัยนำเข้า (input) คือ ปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง (ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก) กระบวนการ (Process) คือพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางจิต ด้านสุขภาพทางปัญญา ด้านความสุขทางสังคม และด้านความสุขทางกาย ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง กับผลผลิต (output) คือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง แสดงให้เห็นว่า ถ้าต้องการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้นจำเป็นต้องพัฒนายังที่ต้องพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตในด้านต่างๆ ตามลำดับดังนี้ 1) ด้านความสุขทางจิต ($r = .847^{**}$) 2) ด้านความสุขทางปัญญา ($r = .836^{**}$) 3) ด้านความสุขทางสังคม ($r = .718^{**}$) และ 4) ด้านความสุขทางกาย ($r = .641^{**}$)

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากประเด็นข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเล็งเห็นประเด็นสำคัญที่จะขอนำมาอภิปรายไว้ดังนี้

1. พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เมื่อได้ศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่มีต่อพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต จะพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงให้ความสำคัญต่อความสุขทางด้านสังคม สุขภาพด้านปัญญา สุขภาพทางกาย และความสุขทางจิต ตามลำดับ ดังจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะให้ความสำคัญกับการให้อภัยผู้อื่น ไม่ถือโทษโกรธเคือง มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว บุตรหลาน และได้รับการเอาใจใส่ที่ดีจากบุคคลในครอบครัว สามารถรับรู้ความรู้สึกของตนเอง และสามารถจัดการเก็บสภาวะอารมณ์ของตนเองได้ดี มีความสงบสุขมากขึ้น มีความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็นในครอบครัว ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะเจริญสติภาวนาอยู่เป็นประจำ และยังสามารถจดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีและมีเหตุผลในการแสดงออก

มนุษย์ทุกรูปนามที่เกิดมาแล้วย่อมแสวงหาความสุขความเจริญก้าวหน้าตามการพัฒนาของชีวิตใน 4 ด้านคือ ด้านการพัฒนาร่างกาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงต้องพัฒนาร่างกายให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะอาด ปลอดภัย ได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ (เรียกว่า บุคคลผู้มีการเจริญแล้ว “ภาวิตกายบุคคล”) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงต้องอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี สังคมมีคุณภาพ มีคุณธรรม ปราศจากการเบียดเบียนซึ่งกันและกัน มีการจัดการให้เกิดความสงบสุขจากบุคคลในสังคม (บุคคลผู้มีศีลเจริญแล้ว “ภาวิตศีลบุคคล”) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจำเป็นต้องปรับปรุงพัฒนาจิตใจให้มีสมาธิ มีเมตตา กรุณา มีความสดชื่นเบิกบาน มีความสุข (บุคคลผู้มีจิตใจเจริญแล้ว “ภาวิตจิตบุคคล”) สุดท้าย ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง สามารถใช้ชีวิตอยู่กับความเป็นจริง ทั้งความรู้ ความเชื่อ ความคิดเห็นอย่างมีสติ (บุคคลผู้มีปัญญาเจริญ “ภาวิตปัญญาบุคคล”)

สอดคล้องกับข้อค้นพบของ พระมหาโยธิน โยธโก ที่กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักธรรมพระพุทธศาสนากับการพัฒนากาย (พัฒนาอินทรีย์ 5) การพัฒนาจิต (จิตภาวนา) และการประพฤติธรรมเพื่อแก้ปัญหาในด้านสังคมในการอยู่ร่วมกัน และปัญหาด้านเศรษฐกิจ และรายได้ให้

ผู้สูงอายุประพฤติปฏิบัติ เพื่อความดี ความถูกต้องทั้งกายและจิตใจ ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สามารถอยู่ในสังคมได้เป็นปกติสามารถนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุข และเหมาะสมกับตนเอง

มีความพร้อมในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ความสะอาด ความสะดวกสบาย สงบร่มรื่น การส่งเสริมสุขภาพทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ โดยใช้กิจกรรม 5 ด้าน คือ การสวดมนต์และการปฏิบัติธรรม การส่งเสริมการพัฒนาภูมิปัญญา วัฒนธรรม และประเพณี การส่งเสริมอาชีพ และสร้างรายได้ การส่งเสริมการออมทรัพย์ และจัดสวัสดิการส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการ และการออกกำลังกาย

นอกจากนี้ พระราชปริยัติวิมล (2564) นำเสนอรูปแบบการประยุกต์หลักพุทธธรรมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลักไตรสิกขา และภาวนา 4 เป็นการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจให้สัมพันธ์เชื่อมโยงสมดุลอย่างปกติ ความสัมพันธ์ทางด้านร่างกาย (การพัฒนาด้านร่างกาย กายภาวนา) พัฒนาร่างกายให้สัมพันธ์กับทางกายภาพการรู้จักใช้อินทรีย์อย่างมีสติ การพัฒนาด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม (ศีลภาวนา) เป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างมีทัศนคติที่ดี การปรับตัวภายนอก การปรับตัวภายใน การพัฒนาด้านจิต (จิตตภาวนา) เป็นการทำให้จิตใจให้เจริญองงาม ตั้งใจ ชำนาญ มีความสุขเบิกบาน และการพัฒนาด้านปัญญา (ปัญญาภาวนา) ผู้สูงอายุสามารถพิจารณาทุกสิ่งตามความเป็นจริง และส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาที่ดีได้ การฝึกอบรมการเจริญปัญญา เพื่อสร้างความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ให้รู้จักคิดพิจารณาแก้ปัญหาด้วยปัญญา

โดยสรุปแล้วผู้วิจัยมีแนวความคิดพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่สอดคล้องกับการบูรณาการพุทธธรรมกับระบบดูแลสุขภาพพระระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (พระราชนิพนธ์ วิสารโท, ผศ.ดร., 2560) ผู้สูงอายุต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชน หลักพุทธธรรมที่นำมาเป็นแนวคิด หรือหลักปฏิบัติที่เชื่อมโยงการดำเนินชีวิตที่ดีงาม และถูกต้องตามกฎหมายนำมาซึ่งประโยชน์สุขอันเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต

ด้านกายภาวนา คือความสุขสบาย (Health) การดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง ตอบสนองความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ติดสิ่งเสพติด และความสุขสงบ (Recreation) มีวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนานด้วยการทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่น แจ่มใส มีคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมเหล่านี้สามารถลดความซึ่งเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลได้

ด้านศีลภาวนา คือความสุขสง่า (Integrity) ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

ด้านจิตภาวนา คือความสุขสว่าง (Cognition) ความสามารถด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผน และการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบองค์รวม ทำความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านปัญญาภาวนา คือความสุขสงบ (Peacefulness) ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ ความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ ปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง จะพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงนั้น ส่วนมากมีโรคประจำตัวอยู่แล้วตามช่วงวัยของตน เช่น ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ เก๊าต์ เป็นต้น เป็นต้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องพบแพทย์อยู่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ให้การดูแลพยาบาลเบื้องต้นอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยกระทันหันจนอยู่ในภาวะติดเตียง จึงมีความพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับน้อย โดยเฉพาะความวิตกกังวลที่ตนเองเป็นภาระแก่คนอื่น และสังคม ความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร และยังไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่มีรายได้ และมีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อยู่อย่างเปล่าประโยชน์

หลังจากที่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ได้เข้ามาช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ตลอดจนการสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคต่างๆ ภาวะติดเตียง และสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงสามารถปรับตัว ปรับสภาพจิตใจยอมรับความเป็นจริง และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีการพัฒนาการโดยเฉพาะทางด้านร่างกายได้ดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ กินอาหารได้ บางคนสามารถเดินได้ พุดคุยได้เกือบเป็นปกติ เอกพล เคราเซ (2561) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับเงื่อนไข สาเหตุ 2 ส่วนคือ ปัจจัยที่มาจากตัวผู้สูงอายุได้แก่ 1) การเตรียมตัวเข้าสู่วัยปลาย และวิธีการวางแผนตลอดชีวิต 2) การสร้างสุขภาพกายใจสังคมและจิตปัญญา และ 3) การสร้างความมั่นคงและปลอดภัย ปัจจัยภายนอกการเสริมสร้างระบบนิเวทางสังคมและวัฒนธรรมได้แก่ 1) การได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ครอบครัวชุมชน และสังคม 2) การอยู่ในสภาพแวดล้อมและมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม และ 3) การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ มีหลักสูตรและโปรแกรมการพัฒนา ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงควรมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ 1) การมีชีวิตอยู่อย่างภาคภูมิใจ 2) การมีสมรรถนะของร่างกายและมีสุขภาวะที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ 3) การมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ และ 4) การได้เข้าร่วมและเข้าถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะพบว่าสภาพปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง นั้นได้แก่ ปัญหาการทำกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร สภาพร่างกายผดผื่นคัน ข้อมต่างๆ ยึดติดเคลื่อนไหวลำบาก และที่สำคัญคือปัญหาการขับถ่าย ทั้งหนักและเบา และเมื่อสอบถามความต้องการผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง โดยเฉพาะความต้องการด้านสุขอนามัย ความสะอาดของที่อยู่อาศัยสภาพ อากาศถ่ายเทสิ่งแวดลอมที่ดี การได้รับประทานอาหารที่ถูก ลักษณะ มีประโยชน์ต่อร่างกาย การดูแลรักษาร่างกายการออกกำลังกาย และการได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ อรพิมพ์ และทองสุข (2563) การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมี 6 ด้านคือ 1) ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี 2) ด้านสภาพร่างกายที่ดี มีการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ 3) ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง เลือกทำในสิ่งที่ตนเองต้องการใน

ชีวิตประจำวัน 4) ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม มีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นๆและได้รับการยอมรับ
 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งในครอบครัวและเพื่อนบ้าน และ 6) ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี
 ควบคุมอารมณ์ตนเองมีความสุขกับสิ่งรอบข้างร่าเริงแจ่มใส และการผลการวิจัย นัสมล บุตรวิเศษ
 และอุปรีฎฐา อินทรลาด (2564) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผล ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 4 ด้านคือ
 1) ด้านร่างกายมี 3 ปัจจัยคือ 1) ความแข็งแรงของร่างกาย 2) พละกำลังที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน
 3) การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 2 ด้านจิตใจมี 3 ปัจจัยคือ 1) มีสมาธิในการทำงาน 2) ความรู้สึกเหงา
 สิ้นหวัง วิตกกังวล 3) ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน 3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมี
 4 ปัจจัยคือ 1) ความพึงพอใจที่ได้ผูกมิตรกับคนอื่น 2) การไปไหนมาไหนด้วยตนเอง 3) ความพอใจกับ
 การช่วยเหลือจากคนอื่นและ 4) ความพอใจกับการช่วยเหลือจากหน่วยงานท้องถิ่น และ 4 ด้าน
 สภาพแวดล้อมมี 1 ปัจจัย คือชีวิตความเป็นอยู่โดยภาพรวมที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมรอบๆ บ้าน

3. รูปแบบการพัฒนา พุทธะบูรณาการสังคมอุดมจิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงใน
 จังหวัดขอนแก่น ความสัมพันธ์และ สมการทำนาย คุณภาพชีวิตกับพุทธะบูรณาการสังคมอุดมจิต ของ
 ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีความสัมพันธ์เชิงบวก
 กับพุทธะบูรณาการสังคมอุดมจิต อยู่ในระดับสูง ($r = 0.875^{**}$) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีความสัมพันธ์
 เชิงบวก ในระดับสูง 3 ด้านคือ ด้านสุขภาวะทางจิต ($r = 0.847^{**}$) ด้านสุขภาวะทางปัญญา
 ($r = 0.836^{**}$) และด้านสุขภาวะทางสังคม ($r = 0.718^{**}$) และจากการสร้างสมการทำนายโดยใช้
 วิธีการ ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอนก็พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงผันแปรไปใน
 ทิศทางเดียวกันกับด้านสุขภาวะทางจิต และด้านสุขภาวะทางปัญญาโดยมีอำนาจการทำนายได้ถึงร้อยละ
 80.10 % แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงนั้น ด้านสุขภาวะทางจิตมี ความสำคัญมาก
 สาเหตุสำคัญมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในช่วงแรกจะมีภาวะเครียดซึมเศร้าจิตใจหดหู่ไม่พูดจา
 กับใครเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่กินอาหาร มีแต่ความรู้สึก ว่าตนเองเป็นภาระแก่คนอื่น และอยากตายไป
 ให้พ้นๆ กับสภาพแบบนี้จากข้อสรุปของ อัมพรพรรณ ธีรานุช และคณะ (2552) ผู้สูงอายุติดเตียงจะ
 เกิดความเครียดซึ่งในแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไปด้วยความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามความสามารถใน
 การทำหน้าที่ และภาวะพึ่งพิง การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่สภาวะเศรษฐกิจ อาการที่แย่ง
 ผู้สูงอายุติดเตียงบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้มีความอดทนต่อความ เครียด
 น้อยลง การเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุติดเตียงจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับโลกและภาวะ คุกคามของ
 โลก ผู้สูงอายุติดเตียงจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินและการดูแลด้านจิตใจ โดยได้รับความช่วยเหลือ
 ให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้รับการกระตุ้น และให้กำลังใจในการทำ
 กิจกรรมต่างๆมีการสื่อสารกับคนอื่น ๆ พร้อมทั้งได้รับข้อมูลต่างๆเพิ่มเติมตามความต้องการ จากการ
 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้เข้ามาดูแลช่วยเหลือใน
 ด้านต่างๆ รวมทั้งการให้กำลังใจการพูดคุยและชี้แจง ให้เห็นถึงภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย
 และการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยให้ร่างกายสามารถฟื้นฟูขึ้นมาได้ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
 มาให้และคอยให้คำแนะนำต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีขวัญกำลังใจดีขึ้นและสามารถ
 พัฒนาร่างกายให้กลับมา ทำกิจวัตรประจำวันได้หรือบางคนก็สามารถเดินได้พูดจาสื่อสารได้และ
 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของอุทัยวรรณ สุกิจมานิล (2020)
 ที่ นำเสนอแนวความคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้พุทธวิธี ที่ 3 สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่

มีภาวะติดเตียงโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพจิต และสุขภาพทางอารมณ์ดังนี้ ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ มี 2 แนวทางคือ 1) การควบคุมจิต การฝึก การเดิน นั่ง ยืน รับประทานอาหารโดยมีสติรู้ตัว ทำจิตใจให้เยือกเย็น การฝึกคิดหาเหตุผล 2)การฝึกคิดเชิงบวก เป็นการเจริญจิต พัฒนาจิต อบรมจิตของตนเอง หมั่นเจริญสติให้กำลังใจตนเอง เมตตา กรุณาต่อตนเองด้วยการคิดบวก พัฒนาจิตมองหาความดีงาม มุมมองทางบวก ด้านการดูแลสุขภาพอารมณ์มี 3 วิธีคือ 1) การแสดงออกทางอารมณ์ ต้องสร้างอารมณ์ขันทำจิตใจให้ผ่องใส ปรับกระบวนการคิด ด้วยการรักษาศีล 5 ไม่ให้บกพร่อง ให้เกิดความรู้สึกกายวาจาใจ ทำให้มีความสุข สบายใจมีความมั่นคงทางอารมณ์ 2) ควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้อื่น อดทนยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น ใช้หลักพรหมวิหาร 4 3) รับรู้คุณค่าของตนเอง ด้วยจิตภาวนาฝึกจิตภาวนาพิจารณาการกระทำของตนเองมีคุณค่าพิจารณา โอกาสที่จะได้สร้างประโยชน์แก่ผู้อื่น เห็นความสำคัญของชีวิตตนเอง

รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเป็นรูปแบบเชิงกระบวนการ (Systematic Model) ทำให้ เห็นภาพรวมของการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง อย่างเป็นระบบทั้งปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบด้วยปัจจัยภายในคือ ปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง และปัจจัยภายนอกคือ ปัจจัยที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการพัฒนาร่างกายและการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ด้านกระบวนการ (Process) คือพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพทางจิต ด้านสุขภาพทางปัญญา ด้านสุขภาพทางสังคม และด้านสุขภาพทางกายตามลำดับ ส่วนด้านผลลัพธ์ (Output) คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่ดีขึ้น เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้รับการจัดการเสริมสร้างและพัฒนาปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงทั้งปัจจัยภายในและ ภายนอกให้มีความพร้อมและเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะส่งผลให้ พุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกพล เคราเซ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเงื่อนไข สาเหตุสองส่วนคือ ปัจจัยที่มาจากตัวผู้สูงอายุคือ หนึ่งการเตรียมตัวเข้าสู่วัยปลาย และวิธีการวางแผนตลอดชีวิต สอง การสร้างสุขภาพกายในสังคม จิต และปัญญา 3 การสร้างความมั่นคงและปลอดภัย ปัจจัยภายนอกการส่งเสริม ระบบนิเวศทางสังคมและ วัฒนธรรม คือ หนึ่ง การได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้แก่ครอบครัวชุมชนสังคม สอง กันอยู่ในสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม สาม การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ แล้วผู้วิจัยได้พิจารณาตัวแปรการดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ (FC 4 Par) ซึ่งเป็นผลงานวิจัยของ รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช (2020) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจะขึ้นอยู่กับ

1. ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Strength : F) ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ครอบคลุม การรับ ประทานอาหารและยา รักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การจัดการสิ่งแวดล้อม ให้ได้รับความสะดวกสบายและปลอดภัยค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่ารักษาพยาบาลการแก้ปัญหา การเจ็บป่วยการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมถึงการเป็นเพื่อนคุยปรึกษาหารือ ครอบครัวต้องมีความพร้อมด้านบุคคลเศรษฐกิจความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง

2. ศักยภาพของชุมชน (Community Capacity: C) อำนาจหรือคุณสมบัติที่แฝงอยู่ในองค์กรชุมชน ไม่ว่าจะเป็น องค์กรปกครองท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ชุมชนผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน

3. การมีส่วนร่วม 4 มิติ (Four Participation: 4P) การมีส่วนร่วมในมิติของบุคลากรงบประมาณ อุปกรณ์ของใช้จำเป็นในการ ดำเนินชีวิต ภายใต้การบริหารจัดการที่สอดคล้องเป็นหนึ่งเดียว โดยมีเป้าหมาย ร่วมกันคือการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละ ภาคส่วนอยากเป็นรูปธรรม

4. การวางข้อกำหนด ระเบียบแนวปฏิบัติและบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ (Aging Regulation (Ar)

ดังที่พระราชบัญญัติ (2564) ได้ศึกษาวิจัยการประยุกต์หลักพุทธธรรมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการดูแลด้านร่างกายและจิตใจสัมพันธ์เชื่อมโยงสมดุลอย่างปกติ ความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมจะขาดด้านใดด้านหนึ่งไม่ได้ แนวทางเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ 1) การพัฒนาด้านร่างกาย (กายภาวนา) การพัฒนาด้านร่างกายให้สัมพันธ์กับทางกายภาพ การรู้จักใช้อินทรีย์อย่างมีสติ 2) การพัฒนาด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม (ศีลภาวนา) เป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง มีทัศนคติที่ดี การปรับตัวภายนอก และการปรับตัวภายใน 3) การพัฒนาด้านจิตใจ (จิตภาวนา) เป็นการทำให้จิตใจให้เจริญองงาม มีความเข้มแข็ง มีความสุขเบิกบาน และ 4) การพัฒนาด้านปัญญา (ปัญญาภาวนา) ช่วยให้บุคคลสามารถพิจารณาทุกสิ่งตามความเป็นจริง และส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาที่ดีได้ การฝึกอบรมการเจริญปัญญาเพื่อสร้างความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ให้รู้จักคิด พิจารณาแก้ปัญหาด้วยปัญญา นอกจากนี้นงานวิจัยของ สายพิน ปิ่นทอง (2565) นำเสนอองค์ประกอบความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ 1) ด้านความต้องการสุขอนามัย ได้แก่ 1) ความต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี ความต้องการอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การบำรุงรักษาร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ 2) ความต้องการด้านอารมณ์ และจิตใจ ได้แก่ ความต้องการแสดงออกทางอารมณ์ที่ตอบสนองความต้องการของจิตใจ ความคิดและเหตุผลของตนเอง ความพึงพอใจที่สอดคล้องกับความสนใจของตนเอง 3) ความต้องการมีส่วนร่วม และความเคารพนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ในชุมชน และสังคม 4) ความต้องการความช่วยเหลือด้านการพยาบาล การตรวจสุขภาพ เป็นต้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. การสร้างความเข้มแข็งให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) การสร้างความเข้มแข็งทางด้านองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง สร้างความเข้มแข็งด้านสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน และเสริมสร้างกำลังใจและผลตอบแทนการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างต่อเนื่อง

2. การสร้างเสริมสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ทั้งสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมในชุมชน

3. การสร้างเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงด้วยวิธีพุทธบูรณาการทั้งหลักภavana 4 หลักสติปัฏฐาน 4 หลักสังคหวัตถุ 4 หลักไตรสิกขา 3 และหลักบุญกิริยาวัตถุ 3 เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมีธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความสุขสงบ เจริญสติปัญญา ส่งพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางโลกและทางธรรม

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มีส่วนร่วมในการสร้างกิจกรรมเสริมสร้างการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง บุคคลสำคัญ คือ อสม. เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน พระสงฆ์ และผู้นำชุมชน
2. การวิจัยเชิงนโยบาย โดยมุ่งเน้นนำเสนอแนะนโยบาย และแนวทางดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง และการนำพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิต มากำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงาน และโครงการกิจกรรม

บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, และศิริพันธ์ สาสัตย์. (2548). รายงานผลการศึกษาโครงการ : การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบการดูแลระยะยาว (Long term care) ในประเทศต่างๆ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันคุณภาพแห่งชาติ.
- กรมอนามัย. (2555). รายงานประจำปี 2555 สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณิต ดวงหัตถ์, และพระมหามิตร ฐิตปัญญา. (2564). พุทธบูรณาการจัดการความขัดแย้งเพื่อสันติภาพ. *บทความวิชาการ วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์*, 8(2), 1-13.
- คัมภีร์ สุดแท้. (2553). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต) มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- จเร วิชิตไทย, สัมฤทธิ์ศรีธำรงสวัสดิ์, วัชรารัฐ วัชรบูลย์, และคณะ. (2553). การจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. *นันทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.*
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี, และอรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ (เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ) ขอนแก่น: บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทนา สารแสง. (2561). *คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเขียงดาว จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์สารสาธิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- เจริญ นุชนิยม. (2561). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิถีพุทธบูรณาการ. *วารสารสันติสุขศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 6(2), 619-220.
- เจียมจิตน์ แสงสุวรรณ, และพรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2544). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ชนิกานต์ ส่วยนุล, ภูมิ ชมพูนศรี, และจิตรลดา อุทัยปัญญา. (2562). การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจและความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียงอำเภอเขียงของจังหวัดเขียงราย. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (TJPHS)*, 2(2), 62-69.
- ชูชาติ สุทธะ, พิสิษฐ์ โคตรสุโพธิ์, และพระครูสิริปริยัตยานุศาสน์. (2562). กระบวนการพัฒนาชีวิตเชิงพุทธบูรณาการ. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 12(1), 158-168.
- ณาน ตรกรกิจารณ์. (2544). *การบริหารทรัพยากรมนุษย์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ณัฐศักดิ์ จันทน์ผล. (2552). *การพัฒนารูปแบบการบริหารงานสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่เน้นการกระจายอำนาจ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์) มหาวิทยาลัยสยาม.

- ทศนา แคมมณี. (2550). *ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้ เพื่อการจัดการกระบวนการการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช วงษ์สุวรรณ. (2553). *การบริหารทรัพยากรมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- นงลักษณ์ พะโกยะ. (2552). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ และสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ม.ป.ป..
- นันทวรรณ นุตพงษ์, สุวณิ รอดหงส์ทอง, และวสุนธรา รตโนภาส. (2565). ความต้องการในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัว ในตำบลคลองสมบูรณ์ อำเภอกลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ* (สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงแสน ครั้งที่ 2)
- นัสมล บุตรวิเศษ, และอุปรีษฐา อินทรสาด. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอ พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *รายงานการวิจัย* (มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณ ภูมิศูนย์พระนครศรีอยุธยา)
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปฐม นิคมานนท์, และภัทรา นิคมานนท์. (2548). *โครงการหนังสือบูรพาจารย์หลวงปู่เทสก์ เทสรังสี*. กรุงเทพฯ: บ.พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ปัญญา ทองนิล. (2553). *รูปแบบการพัฒนาสมรรถภาพการสอนโดยการบูรณาการแบบสอดแทรกสำหรับนักศึกษา ครู เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ปาริยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์. (2561). *รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว* (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พงษ์เทพ สุธีรวิทย์. (2548). *ขอบเขตของสุขภาวะทางจิตวิญญาณในบริบทไทย*. สืบค้นจาก <http://gotoknow.org/blog/researchmanagement/6002>
- พระครูปลัดสุวัฒนเมธากุล (ชัยยันต์ สืบประพันธ์). (2555). *บูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย.
- พระปลัดสมชาย ปโยโค, และอุทัย สุดสุข. (2558). *พุทธบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสังคมไทย*. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์*, 3(2), 45-64.
- พระเทพวิสุทธิกวี (พิจิตร ฐิตาณโณ). (2537). *กฎแห่งกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2553). *ธรรมานุญชีวิต*. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก.
- _____. (2552). *พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2551). *พจนานุกรมฉบับประมวลธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

- _____. (2546). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2546). *รุ่งอรุณของการศึกษา เบิกฟ้าแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพุทธธรรม.
- _____. (2543). *ถึงเวลามารื้อปรับระบบพัฒนาคนกันใหม่*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- _____. (2542). *ทศวรรษธรรมทัศน์พระธรรมปิฎก: หมอดพุทธศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- _____. (2542). *การศึกษากับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพุทธธรรม.
- _____. (2541). *คุณธรรมสำหรับนักบริหาร (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: บริษัท สหธรรมิก จำกัด.
- _____. (2540). *พุทธธรรมกับการพัฒนาชีวิต*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- _____. (2538). *พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระมหาไกรสร โชติปัญโญ. (2557). พระพุทธศาสนากับการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชน. *รายงานการวิจัย*. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระมหาจรรยา สุทธิญาณ. (2548). *พุทธวิถี*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- พระมหาสุหิตย์ อาภากร (อบอู่) และคณะ. (2556). *สุขที่ได้ธรรม*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ ดีไลน์ จำกัด.
- พระมหาโยธิน โยธโก. (2560). บทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียง. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17(3), 15-36.
- พระมหาไกรวรรณ ชินทตติโย, และคณะ. (2560). การบูรณาการหลักพุทธธรรมในการเสริมสร้างสุข ภาวะผู้สูงอายุ ขององค์กรชุมชน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *รายงานการวิจัย*. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์พุทธปัญญาศรีทวารวดี.
- พระเมธีวราภรณ์. (2553). *เบญจศีลเบญจธรรมอุดมชีวิตมนุษย์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ต้นบุญ.
- พระอธิการไพศาล กิตติภโท (บำรุงแก้ว). (2545). *การศึกษาวิเคราะห์เรื่องการใช้พุทธปรัชญาในการ บำรุงจิตผู้ป่วย (วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระราชปริยัติวิมล, และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุ ในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางโดยใช้หลักจักรสี. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 9(2), 24-31.
- พระราชนทร์ วิสารโท. (2560). บูรณาการพุทธธรรมกับระบบการดูแลสุขภาพพระเณร สำหรับผู้สูงอายุของ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารมหาจุฬาริชาการ*, 4(2), 76-91.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและ ความต้องการการช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พุทธทาสภิกขุ (เงื่อม อินทปัญโญ). (2549). *การศึกษาสมบูรณ์แบบ : คือวงกลมที่คุ้มครองโลกถึงที่สุด*. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). *โรคของตับ ถูน้ำดีที่อ่อนน้ำดีและตับอ่อน*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.

- พิสมัย บุญเลิศ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพตำบลบ้านคางมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. *รายงานการวิจัย*. (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น)
- พิสมัย บุติมาลัย, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน. *วารสาร Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 79-91.
- พงศ์เทพ สุธีรัฐ. (2545). สุขภาวะทางจิตวิญญาณ: ขอบเขตของสุขภาวะทางจิตวิญญาณใน บริบทไทย. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/6002>
- พจนานุกรมฉบับประมวลธรรม. (2551). *พจนานุกรมฉบับประมวลธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พุทธธรรม. (2538). *พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2540). *การพัฒนาชีวิต*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต). (2546). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2546). *รุ่งอรุณแห่งการศึกษา เบิกฟ้าแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2543). *ถึงเวลาพัฒนาคนกันใหม่*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2543). *ทศวรรษธรรมทัศน์พระปิฎก*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2538). *พุทธธรรม*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2546). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์*.
- _____. (2554). *พุทธธรรม ฉบับประมวลและขยายความ*.
- พระมหาไกรสร โชติปัญญา. (2557). *พระพุทธศาสนากับการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชน* (รายงานการวิจัย)
- พระมหาจรรยา สุทธิญาณ. (2548). *พุทธวิถี*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- พระมหาสุทนต์ อาภากร (อบอูน), และคณะ. (2556). *สุขที่ได้ธรรม*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ ดีไลน์ จำกัด.
- พระอธิการไพศาล กิตติภโท (บำรุงแคว้น). (2545). *การศึกษาวิเคราะห์เรื่องการประยุกต์ใช้พุทธปรัชญาในการบำรุงจิตผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พุทธทาสภิกขุ (เงื่อม อินทปญฺโญ). (2549). *การศึกษาสมบูรณแบบ : คือวงกลมที่คุ้มครองโลกถึงที่สุด*.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานพ นักการเรียน. (2561). ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนา สิกขา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 5(2), 1-7.

- มาลี สืบกระแสน. (2552). *การพัฒนารูปแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา* (วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสยาม.
- รุ่งนภา จิตรโรจนรักษ์. (2548). *การพัฒนาแบบการบริหารของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานสำหรับประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: วีเจพรีนส์ ตั้ง.
- ราภรณ์. (2553). *เบญจศีลเบญจธรรมอุดมชีวิตมนุษย์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ต้นบุญ.
- รวเรศม์ สุวรรณรดา, และอาภาพรรณ คำวชิรพิทักษ์. (2552). *ปัญหาเบี่ยงชีฟสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วสัญชา สุพรรณฤธิภา. (2555). *สังคมอุดมสุขที่ยั่งยืน* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วลีรัตน์ นันทเอกพงศ์, และสายพิน บั่นทอง. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพของคนวัยทำงาน จากร้านสะดวกซื้อในกรุงเทพมหานคร. *วารสารนวัตกรรมและการจัดการ*, 7(1), 96-109.
- วารสารข้าราชการ. (2561). ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ สังคมสูงวัย. *สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ.*, 60(4), 1-23.
- วรรณรัตน์ ลาวัจ, และคณะ. (2597). สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 15(2), 17-31.
- วศิน อินทสระ. (2518). *จริยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย.
- _____. (2527). *ธรรมและชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กมลการพิมพ์.
- _____. (2541). *พุทธจริยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทองกาว.
- _____. (2541). *พุทธจริยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคชนวนิชย์, และธนิศานต์ ศักดาพร. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(3), 13-24.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และเตือนใจ รักดีพรหม. (2552). ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากรศาสตร์*, 25(1), 45-62.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกร, เตือนใจ รักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2554). *คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2537). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล (ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2557). *ทิศทางนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *รายงานประจำปี พ.ศ. 2558 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: สำนักงาน.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โอเอสติก พับลิชชิง.
- สุรพงษ์ มาลี. (2561). รู้จักสังคมสูงอายุ และสถานการณ์ผู้สูงอายุ (ในประเทศไทย). *วารสารข้าราชการ*, 60(4), 5-8.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, บรรณาธิการ ไพบูลย์, สุริยะ วงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ ชัยยศ, และคุณานุสนธิ์ วิพุธพลเจริญ. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โอเอสติก พับลิชชิง.
- อุทัย สุดสุข. (2544). *สาธารณสุขในพระไตรปิฎกบูรณาการสู่สุขภาพดี ชีวิตมีสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เทพประทานการพิมพ์.
- อุทัยวรรณ เลาประเสริฐสุข. (2546). *การศึกษาเชิงวิเคราะห์ พุทธวิธีบรรเทาทุกข์ ยามเจ็บป่วย* (วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.
- อุทุมพร จามรมาน. (2541). การประกันคุณภาพระดับอุดมศึกษาตามเกณฑ์ของทบวงมหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- อัมพรพรรณ อีรานูตร. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุทัย สุดสุข. (2554). *สาธารณสุขในพระไตรปิฎก บูรณาการสู่สุขภาพดี ชีวิตมีสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เทพประทานการพิมพ์.
- Friedman, H.S., & Schustack, M.W. (2003) . *Personality classic theories and modern research*. Boston: U.S.A.
- Kato, E. (2013). Self-searching migrants: youth and adulthood, work and holiday in the lives of Japanese temporary residents in Canada and Australia. *Asian Anthropology*, 1(1), 20-34.
- Watson. (2000). Watson, Samy Hanna. Leadership Requirements in the 21st Century : The Perceptions of Canadian Private Sector Leaders. *Dissertation Abstracts International*, 13(1), 43-57.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองจริยธรรมในมนุษย์

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ



ที่ จว. ๑๖๐/๒๕๖๕

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

๑. ชื่อโครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง : รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัด
ขอนแก่น

TITLE : DEVELOPMENT MODEL OF BUDDHIST INTEGRATION OF MENTALLY HAPPY SOCIETY
FOR ELDERLY PEOPLE WITH BEDRIDDEN CONDITIONS IN KHONKAEN PROVINCE.

๒. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย

พระครูธรรมภาณวิมล

๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน

คณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ วันที่ ๒๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ มติที่ ๒๕๓/๒๕๖๕ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า
โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการทำวิจัยในคน โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีใน
ความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างและ
ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรอง
ผลการพิจารณาการทำวิจัยในคนฉบับนี้ จนถึงวันที่ ๒๙ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ออกให้ ณ วันที่ ๒๙ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงนาม

(พระมหาสมณวิมล ปุริสุตตโม, ผศ.ดร.)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน โทร. ๐๔๓ ๒๔๑ ๔๘๘

ที่ อว ๗๙๑๔(๓)/๖๐๑๙๖

วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน พระครูปลัดสุราวุฒิ จันทธมโม, ดร.

ด้วยคณะกรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้จัดสรรงบประมาณวิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการ โครงการวิจัยชุด เรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายสังคมอุดมสติของประชาชนและผู้สูงอายุในสังคมไทยบนพื้นฐาน พระพุทธศาสนา” โดยมี พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการวิจัยชุด และประกอบด้วยชุด โครงการวิจัยย่อย ดังต่อไปนี้

๑. โครงการวิจัยเรื่อง “หลักสูตรการพัฒนาพุทธสังคมอุดมสติของประชาชนและผู้สูงอายุใน สังคมไทย” พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๒. โครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ ติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” พระครูธรรมภาณวิมล, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๓. โครงการวิจัยเรื่อง “การสร้างเครือข่ายการพัฒนาพุทธวิถีชีวิตสังคมอุดมคติเพื่อส่งเสริม วิสาหกิจชุมชนของประชาชนและผู้สูงอายุแห่งอนาคต” พระมหาฉัตรชัย สุธตตชโย, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๔. โครงการวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การพัฒนาพุทธวิถีเพื่อสังคมอุดมสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัด ร้อยเอ็ด” พระมหาศุภชัย สุภกิจโจ, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๕. โครงการวิจัยเรื่อง “กลไกการพัฒนาการบูรณาการบุญญสิกขากับพหุวัฒนธรรมสังคมสร้าง สุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์” ดร.ขวัญใจ แก้วแสง หัวหน้าโครงการย่อย

๖. โครงการวิจัยเรื่อง “นวัตกรรมพัฒนาพุทธธรรมเพื่อสังคมอุดมใจสำหรับผู้สูงอายุจังหวัด มหาสารคาม” ดร.ประชัน ชะชิกุล หัวหน้าโครงการย่อย

ดังนั้น เพื่อให้งานวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่ได้กำหนด คณะผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าท่านเป็น ผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จึงใคร่ขออนุญาตท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบและพิจารณาเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการ สังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจักได้รับความ อนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(พระครูธรรมภาณวิมล, ผศ.ดร.)

หัวหน้าโครงการย่อย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน.....มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน โทร. ๐๔๓ ๒๔๑ ๔๘๘

ที่ อว ๗๙๑๔(๓)/ว๐๑๙๖

วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้อยู่ภายใต้การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เจริญพร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ ผ่านพล

ด้วยคณะกรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้จัดสรรงบประมาณวิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการ โครงการวิจัยชุด เรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายสังคมอุดมสติของประชาชนและผู้สูงอายุในสังคมไทยบนพื้นฐาน พระพุทธศาสนา” โดยมี พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการวิจัยชุด และประกอบด้วยชุด โครงการวิจัยย่อย ดังต่อไปนี้

๑. โครงการวิจัยเรื่อง “หลักสูตรการพัฒนาพุทธสังคมอุดมสติของประชาชนและผู้สูงอายุใน สังคมไทย” พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๒. โครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ ติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” พระครูธรรมภาณีสมัย, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๓. โครงการวิจัยเรื่อง “การสร้างเครือข่ายการพัฒนาพุทธวิถีชีวิตสังคมอุดมคติเพื่อส่งเสริม วิสาหกิจชุมชนของประชาชนและผู้สูงอายุแห่งอนาคต” พระมหาฉัตรชัย สุธตตชโย, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๔. โครงการวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การพัฒนาพุทธวิถีเพื่อสังคมอุดมสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัด ร้อยเอ็ด” พระมหาศุภชัย สุภกิจโจ, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๕. โครงการวิจัยเรื่อง “กลไกการพัฒนาการบูรณาการบุญญสิกขากับพหุวัฒนธรรมสังคมสร้าง สุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์” ดร.ขวัญใจ แก้วแสง หัวหน้าโครงการย่อย

๖. โครงการวิจัยเรื่อง “นวัตกรรมการพัฒนาพุทธธรรมเพื่อสังคมอุดมใจสำหรับผู้สูงอายุจังหวัด มหาสารคาม” ดร.ประชัน ชะชีกุล หัวหน้าโครงการย่อย

ดังนั้น เพื่อให้งานวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่ได้กำหนด คณะผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าท่านเป็น ผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จึงใคร่ขออนุญาตท่านเป็น ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบและพิจารณาเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการ สังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจักได้รับความ อนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเจริญพรมามาเพื่อโปรดพิจารณา

(พระครูธรรมภาณีสมัย, ผศ.ดร.)

หัวหน้าโครงการย่อย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน โทร. ๐๔๓ ๒๔๑ ๔๘๘

ที่ อว ๗๔๑๔(๓)/ว๑๑๕๖

วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติโครงการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย, ดร.

ด้วยคณะกรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้จัดสรรงบประมาณวิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการ โครงการวิจัยชุด เรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายสังคมอุดมสติของประชาชนและผู้สูงวัยในสังคมไทยบนพื้นฐาน พระพุทธศาสนา” โดยมี พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการวิจัยชุด และประกอบด้วยชุด โครงการวิจัยย่อย ดังต่อไปนี้

๑. โครงการวิจัยเรื่อง “หลักสูตรการพัฒนาพุทธสังคมอุดมสติของประชาชนและผู้สูงวัยใน สังคมไทย” พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย
๒. โครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ ติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” พระครูธรรมภาณีสมัย, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย
๓. โครงการวิจัยเรื่อง “การสร้างเครือข่ายการพัฒนาพุทธวิถีชีวิตสังคมอุดมคติเพื่อส่งเสริม วิสาหกิจชุมชนของประชาชนและผู้สูงวัยแห่งอนาคต” พระมหาฉัตรชัย สุนตตชโย, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย
๔. โครงการวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การพัฒนาพุทธวิถีเพื่อสังคมอุดมสุขสำหรับผู้สูงวัยจังหวัด ร้อยเอ็ด” พระมหาศุภชัย สุภกิจโจ, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย
๕. โครงการวิจัยเรื่อง “กลไกการพัฒนาการบูรณาการบุญสิกขากับพหุวัฒนธรรมสังคมสร้าง สุขสำหรับผู้สูงวัยจังหวัดกาฬสินธุ์” ดร.ขวัญใจ แก้วแสง หัวหน้าโครงการย่อย
๖. โครงการวิจัยเรื่อง “นวัตกรรมการพัฒนาพุทธธรรมเพื่อสังคมอุดมใจสำหรับผู้สูงวัยจังหวัด มหาสารคาม” ดร.ประชัน ชะชีกุล หัวหน้าโครงการย่อย

ดังนั้น เพื่อให้งานวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่ได้กำหนด คณะผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าท่านเป็น ผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็น ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบและพิจารณาเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการ สังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจักได้รับความ อนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(พระครูธรรมภาณีสมัย, ผศ.ดร.)

หัวหน้าโครงการย่อย

ที่ อว ๗๙๑๔/๑๓๕๓



มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน
๙/๓๗ หมู่ที่ ๑๒ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง
จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐
โทร ๐๔๓-๒๔๑-๔๔๔, ๐๔๓-๒๔๒-๓๔๖

๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตแจกและเก็บแบบสอบถามเพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เจริญพร พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามเพื่อการวิจัย จำนวน ๓๐ ชุด

ด้วยคณะกรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยฐานสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้จัดสรรงบประมาณวิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการ โครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” โดยมี พระครูธรรมภาณีสมัย, ผศ.ดร. เป็นหัวหน้าโครงการย่อย และได้ดำเนินการขออนุมัติจริยธรรม ในการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว และแนบมาพร้อมกับหนังสือนี้

ดังนั้น เพื่อให้งานวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่ได้กำหนดไว้ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน ขอความอนุเคราะห์แจกและเก็บแบบสอบถามกับผู้สูงอายุ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน ๓๐ คน เพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงานของท่านแต่ประการใด

จึงเจริญพรมมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอเจริญพร

(พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร.)

รองอธิการบดี

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน

ปฏิบัติการแทนอธิการบดี

ที่ อว ๗๙๑๔/ว๐๓๑๖



มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน
๙/๓๗ หมู่ที่ ๑๒ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง
จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐
โทร ๐๔๓-๒๔๑-๔๔๔, ๐๔๓-๒๔๒-๓๘๖

๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย

เจริญพร

ด้วยคณะกรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้จัดสรรงบประมาณวิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยชุด เรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายสังคมอุดมสติของประชาชนและผู้สูงวัยในสังคมไทยบนพื้นฐานพระพุทธศาสนา” โดยมี พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการวิจัยชุด และประกอบด้วยชุดโครงการวิจัยย่อย ดังต่อไปนี้

๑. โครงการวิจัยเรื่อง “หลักสูตรการพัฒนาพุทธสังคมอุดมสติของประชาชนและผู้สูงวัยในสังคมไทย” พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๒. โครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” พระครูธรรมภาณิสมัย, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๓. โครงการวิจัยเรื่อง “การสร้างเครือข่ายการพัฒนาพุทธวิถีชีวิตสังคมอุดมคติเพื่อส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนของประชาชนและผู้สูงวัยแห่งอนาคต” พระมหาฉัตรชัย สุนตตชโย, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๔. โครงการวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การพัฒนาพุทธวิธีเพื่อสังคมอุดมสุขสำหรับผู้สูงวัยจังหวัดร้อยเอ็ด” พระมหาศุภชัย สุภกิจโจ, ผศ.ดร. หัวหน้าโครงการย่อย

๕. โครงการวิจัยเรื่อง “กลไกการพัฒนาการบูรณาการบุญสิกขากับพหุวัฒนธรรมสังคมสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์” ดร.ขวัญใจ แก้วแสง หัวหน้าโครงการย่อย

๖. โครงการวิจัยเรื่อง “นวัตกรรมพัฒนาพุทธธรรมเพื่อสังคมอุดมใจสำหรับผู้สูงวัยจังหวัดมหาสารคาม” ดร.ประชัน ชะชิกุล หัวหน้าโครงการย่อย

ดังนั้น เพื่อให้งานวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่ได้กำหนดไว้ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน จึงขออนุญาตลงพื้นที่ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น” โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงานของท่านแต่ประการใด

จึงเจริญพรมมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอเจริญพร

(พระครูสุธีจริยวัฒน์, ผศ.ดร.)

รองอธิการบดี

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน

ปฏิบัติการแทนอธิการบดี

ศูนย์บริการวิชาการ : พระครูธรรมภาณิสมัย, ผศ.ดร. ผู้อำนวยการศูนย์บริการวิชาการ ๐๘๖-๗๘๔๖๒๗๔

ดร.ขวัญใจ แก้วแสง นักวิจัย ๐๘๖-๘๖๘๔๕๕๖

ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย
ค่า (IOC) ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง แบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคม สร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อการพัฒนากลไกการพัฒนา การบูรณาการบุญญศึกษา กับพุทธวัฒนธรรมสังคมสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์
2. การตอบแบบสอบถามของท่านมีคุณค่าต่อการวิจัยและจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ ประการใด เพราะการวิจัยมุ่งศึกษาในภาพรวม จึงขอความกรุณาจากท่านตอบแบบสอบถามให้ครบ ทุกข้อตามความเป็นจริง
3. แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 สภาพ ปัญหา และปัจจัยที่ส่งผลต่อการบูรณาการบุญญศึกษา กับพุทธวัฒนธรรม สังคมสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายหรือกายภาพ (Physiological Needs) ความต้องการทางด้านจิตใจ (Mental Needs) และความต้องการทางด้าน สังคม วัฒนธรรมและพระพุทธศาสนา (Social Needs) รวมทั้งสิ้น 37 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการบูรณาการบุญญศึกษา กับพุทธวัฒนธรรมสังคมสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์ 3 ด้าน คือ ด้านการทาน ด้านการรักษา ศิล ด้านการภาวนา รวมทั้งสิ้น 22 ข้อ

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสภาพ ปัญหา และปัจจัยที่ส่งผลต่อการบูรณาการบุญญ ศึกษา กับพุทธวัฒนธรรม สังคมสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์

ขอความกรุณาท่านให้ข้อมูลตามความเป็นจริงให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกข้อทั้ง 4 ตอน ข้อมูลในแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของ ท่านแต่อย่างใด ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และขออนุโมทนาขอบคุณในความ อนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้ด้วย

แบบสอบถาม
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง
ในจังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง : แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น ได้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ส่วนที่ 4 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยติดเตียง

1.1 คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ - นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

1.2 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

1.3 วัด เดือน ปี เกิดอายุ.....ปี

1.4 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

1.5 สถานภาพ

☐ โสด

☐ สมรสอยู่ด้วยกัน

☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน

☐ หย่าร้าง

☐ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต

☐ สมรสแยกกันอยู่

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

1.7 การศึกษาสูงสุดของท่าน

☐ ไม่ได้รับการศึกษา

☐ ประถมศึกษาปีที่.....

☐ มัธยมศึกษาปีที่.....

☐ ปวช. ปีที่.....สาขา.....

☐ ปวส. ปีที่..... สาขา.....

☐ปริญญาตรี สาขา.....

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

1.8 ก่อนป่วยติดเตียงผู้ป่วยมีอาชีพอะไร.....

1.9 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนนี้.....คน

ชื่อ-นามสกุล สมาชิกครอบครัว

- 1)ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....
- 2)ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....
- 3)ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....
- 4)ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....
- 5)ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....

1.10 ฐานะของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร

- ☐ ขัดสน ☐ พออยู่พอกิน ☐ มีเหลือเก็บ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

2.1) ท่านมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพหรือไม่

หมายเหตุ: ข้อ 2.1 ถ้ามการรับรู้ของผู้ป่วย/ผู้ดูแล จำเป็นต้องตรวจสอบกับเวชระเบียนผู้ป่วย

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี โปรดระบุ
- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| ☐ ความดันโลหิตสูง | ☐ เบาหวาน | ☐ ไขมันในเลือดสูง | ☐ โรคหัวใจ |
| ☐ โรคหอบ | ☐ โรคถุงลมโป่งพอง | ☐ ไตวาย | ☐ มะเร็ง |
| ☐ ข้ออักเสบ | ☐ ข้ออักเสบจากเก๊าท์ | ☐ ข้ออักเสบจากรูมาตอยด์ | |
| ☐ โรคลมชัก | ☐ โรคเส้นเลือดสมองตีบ | ☐ พาร์กินสัน (อาการสั่น) | |
| ☐ อื่น ๆ ระบุ..... | | | |

2.2 ภาวะแทรกซ้อน (ปัจจุบัน)

- ☐ แผลกดทับ ☐ ข้อติดแข็ง ☐ กล้ามเนื้อเกร็งหรือกระตุก
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

2.3 สุขอนามัยส่วนตัวของผู้ป่วยติดเตียง

- ☐ สะอาดถูกหลักอนามัย ☐ พอใช้ได้
- ☐ ไม่สะอาด มีกลิ่น อธิบายที่สังเกตได้.....

2.4 การพูดคุย/สื่อสาร

- ☐ พูดคุยรู้เรื่อง ☐ พูดลิ้นแข็ง ☐ ใช้ท่าทางสื่อสาร ☐ ไม่พูด/นิ่งเฉย

2.5 ลักษณะผิวหนัง

- ☐ แห้ง
☐ ไม่แห้ง
☐ ไม่มีแผล
☐ มีแผล ระบุ.....

จำนวนแผลกดทับ.....ที่.....

2.6 การรับประทานอาหาร

- ☐ รับประทานอาหารได้เอง ☐ ให้ผู้อื่นช่วยป้อน ☐ ใส่สายยางให้อาหาร

2.7 การดูแลสุขภาพในช่องปาก

- ☐ ไม่พบฟันผุ ☐ มีฟันผุ.....ซี่
☐ มีปัญหาช่องปาก ☐ แนะนำการดูแลรักษาความสะอาดปากและฟัน

2.8 การขับถ่าย

- ☐ สามารถขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะได้เอง
☐ สอนปัสสาวะบางครั้ง
☐ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ประเด็นคำถามในการสนทนากับผู้ป่วย

ลำดับที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	อาการปวดต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ฯลฯ รบกวนหรือขัดขวางกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านต้องการทำมากน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการหรือการรักษาทางการแพทย์ในชีวิตประจำวันของท่านมากน้อยเพียงใด					
4	ท่านมีความสุขในชีวิตของท่านเพียงใด					
5	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณค่าของชีวิตของท่านมีคุณค่ามากน้อยเพียงใด					
6	ท่านรู้สึกว่ามีสมาธิของท่านดีเพียงใด					
7	ท่านคิดว่าชีวิตประจำวันของท่านมีความปลอดภัยเพียงใด					
8	ท่านคิดว่าสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวท่านมีสภาพเป็นอย่างไร (เช่น มลภาวะทางอากาศ เสียง น้ำ ฯลฯ)					

9	ท่านพอใจกับพลังของท่านเพียงใด					
10	ท่านมีเงินเพียงพอกับการดำรงชีวิตประจำวัน อย่างน้อยเพียงใด					
11	ในแต่ละวัน ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเท่าที่ท่าน ต้องการเพียงใด					
12	ท่านมีโอกาสในการทำงานอดิเรกอย่างน้อย เพียงใด					
13	ท่านมีความพอใจในความสามารถในการ เคลื่อนไหวเพียงใด					
14	ท่านมีความพอใจกับตัวท่านเอง เพียงใด					
15	ท่านมีความพอใจมนุษยสัมพันธ์ของท่าน เพียงใด					

ส่วนที่ 4 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

1) ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสุขภาพในด้านใด

ปัญหา

.....

.....

.....

.....

ความต้องการ

.....

.....

.....

.....

2) ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านกิจกรรมทางสังคมในด้านใดปัญหา

.....

.....

.....

.....

ความต้องการ

.....

.....

.....

.....

3) ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสวัสดิการจากชุมชน/สังคม

ปัญหา

.....

.....

.....

.....

ความต้องการ

.....

.....

.....

.....

4) ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก การเข้าถึงและใช้ประโยชน์บริการ
สาธารณะในด้านใด

ปัญหา

.....

.....

.....

.....

ความต้องการ

.....

.....

.....

.....

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ จากการสังเกต และการประเมินของผู้เก็บข้อมูล

ความสามารถของผู้ป่วยติดเตียง

.....

.....

.....

.....

อุปสรรคในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง

.....

.....

.....

.....

เรื่องเร่งด่วน/สำคัญที่ต้องดำเนินการ/มีเรื่องอะไร/เพราะอะไร โปรดระบุ

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์
แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง
ในจังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการกระทำหรือความประสงค์ของท่านมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียว ได้แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ด้านความสุขทางกาย
- ตอนที่ 2 ด้านความสุขทางสังคม
- ตอนที่ 3 ด้านความสุขทางจิตใจ
- ตอนที่ 4 ด้านความสุขทางปัญญา

ตอนที่ 1 ด้านความสุขทางกาย

ด้านความสุขทางกาย	ระดับการรับรู้				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านมีกำลังสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้					
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์					
3. ท่านไม่เสเพลสิ่งเสเพลติดทุกชนิด					
4. ท่านมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัว					

ตอนที่ 2 ด้านความสุขทางสังคม

ด้านความสุขทางสังคม	ระดับการรับรู้				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์เช่น ไลน์ เฟซบุ๊กอื่น ๆ เป็นประจำ					
2. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากบุคคลในครอบครัวของท่าน					
3. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลานของท่าน					
4. ท่านให้อภัยผู้อื่นอยู่เสมอ					

ตอนที่ 3 ด้านความสุขทางจิตใจ

ด้านความสุขทางจิตใจ	ระดับการรับรู้				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านมีการเจริญสติอยู่เป็นประจำ					
2. ท่านแสวงหาความรู้และแนวทางในการพัฒนาจิตใจของตนเองอยู่เป็นประจำ					
3. ท่านสามารถจำสิ่งต่าง ๆ และคิดอย่างมีเหตุผล					
4. ท่านสามารถสื่อสารได้อย่างมีเหตุผล					

ตอนที่ 4 ด้านความสุขทางปัญญา

ด้านความสุขทางปัญญา	ระดับการรับรู้				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านสามารถรับรู้ความรู้สึกของตนเอง					
2. ท่านสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ของท่านที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
3. ท่านสามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้					
4. ท่านสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้					

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย
เรื่อง กลไกการพัฒนาการบูรณาการบุญญศึกษากับพหุวัฒนธรรมสังคมสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุ
จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์

1. แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์คำถามเกี่ยวกับกลไกการพัฒนาการบูรณาการบุญญศึกษากับพหุวัฒนธรรมสังคมสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์
2. การตอบแบบสัมภาษณ์ของท่านมีคุณค่าต่อการวิจัยและจะไม่มีผลกระทบต่อนานแต่ ประการใด เพราะการวิจัยมุ่งศึกษาในภาพรวม จึงขอความกรุณาจากท่านตอบแบบสอบถามให้ครบ ทุกข้อตามความเป็นจริง
3. แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบการสัมภาษณ์ องค์ความรู้และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับหลัก บุญศึกษา 3 ด้าน คือ ด้านการทาน ด้านการรักษา ด้านการภาวนา และ สภาพ ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการบูรณาการ บุญศึกษากับพหุวัฒนธรรมสังคมสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความสุขของผู้สูงอายุ 5 มิติ บนพื้นฐานความต้องการทางร่างกาย หรือกายภาพ ทางจิตใจ และความต้องการทางด้านสังคม ประกอบด้วย ด้านสุขสบาย ด้านสุขสนุก ด้านสุขสง่า ด้านสุขสว่าง ด้านสุขสงบ

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์กลไกการพัฒนาการบูรณาการบุญญศึกษากับพหุวัฒนธรรมสังคม สร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการจัดบุคลากร (Man) ด้าน การจัดทรัพยากร (Materials) ด้านการจัดงบประมาณ (Money) ด้านการบริหารจัดการ (Management) ด้านการติดต่อ ข้อมูลข่าวสาร (Massage) และด้านการบริการประชาชน (Market)

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลไกการบูรณาการบุญญศึกษากับพหุวัฒนธรรมสังคมสร้าง สุขสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์

ขอความกรุณาท่านให้ข้อมูลตามความเป็นจริงให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกข้อทั้ง 5 ตอนข้อมูล ในแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของ ท่านแต่อย่างใด ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และขออนุโมทนาขอบคุณในความ อนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สำหรับผู้เชี่ยวชาญแบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในจังหวัดขอนแก่น

1. แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อศึกษาสภาพ และปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น
- 1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น
- 1.3 เพื่อนำเสนอรูปแบบและแนวทางการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น

2. แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น โดยแบบสอบถามชุดนี้มี 4 ตอน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ส่วนที่ 4 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3. วิธีการประเมิน ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการประเมิน 3 ระดับ ดังนี้

- +1 หมายถึง มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

สำหรับผู้เชี่ยวชาญแบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในจังหวัดขอนแก่น

1. แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อศึกษาสภาพ และปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น
- 1.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น
- 1.3 เพื่อนำเสนอรูปแบบและแนวทางการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น

2. แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาพุทธบูรณาการสังคมอุดมจิตกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในจังหวัดขอนแก่น โดยแบบสอบถามชุดนี้มี 4 ตอน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ส่วนที่ 4 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3. วิธีการประเมิน ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการประเมิน 3 ระดับ ดังนี้

- +1 หมายถึง มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

1.9 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนนี้คน ชื่อ-นามสกุล สมาชิกครอบครัว 1. ความสัมพันธ์.....อาชีพ..... 2. ความสัมพันธ์.....อาชีพ3. ความสัมพันธ์..... อาชีพ..... 4. ความสัมพันธ์.....อาชีพ 5. ความสัมพันธ์.....อาชีพ 1.10 ฐานะของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร ☐ ขัดสน ☐ พออยู่พอกิน ☐ มีเหลือเก็บ	
---	--

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

2.1) ท่านมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพหรือไม่ หมายเหตุ: ข้อ 2.1 ถามการรับรู้ของผู้ป่วย/ผู้ดูแล จำเป็นต้องตรวจสอบกับเวชระเบียนผู้ป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ เบาหวาน ☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ โรคหัวใจ	สำหรับผู้วิจัย Var001 []
--	---

☐ โรคหอบ ☐ โรคถุงลมโป่งพอง ☐ ไตวาย ☐ มะเร็ง ☐ ข้ออักเสบ ☐ ข้ออักเสบจากเก๊าท์ ☐ ข้ออักเสบจากรูมาตอยด์ ☐ โรคลมชัก ☐ โรคเส้นเลือดสมองตีบ ☐ พาร์กินสัน (อาการสั่น) ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	Var002 []
2.2 ภาวะแทรกซ้อน (ปัจจุบัน) ☐ แผลกดทับ ☐ ข้อติดแข็ง ☐ กล้ามเนื้อเกร็งหรือกระตุก ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	Var003 []
2.3 สุขอนามัยส่วนตัวของผู้ป่วยติดเตียง ☐ สะอาดถูกหลักอนามัย ☐ พอใช้ได้ ☐ ไม่สะอาด มีกลิ่น อธิบายที่สังเกตได้.....	Var004 []
2.4 การพูดคุย/สื่อสาร ☐ พูดคุยรู้เรื่อง ☐ พูดลิ้นแข็ง ☐ ใช้ท่าทางสื่อสาร ☐ ไม่พูด/นิ่งเฉย	Var005 []
2.5 ลักษณะผิวหนัง ☐ แห้ง ☐ ไม่แห้ง ☐ ไม่มีแผล ☐ มีแผล ระบุ.....	Var006 []

จำนวนแผลกดทับ.....ที่	
.....	
2.6 การรับประทานอาหาร	
☐ รับประทานอาหารได้เอง	
☐ ให้ผู้อื่นช่วยป้อน	Var007 []
☐ ใส่สายยางให้อาหาร	
2.7 การดูแลสุขภาพในช่องปาก	
☐ ไม่พบฟันผุ	
☐ มีฟันผุ.....ซี่	Var008 []
☐ มีปัญหาช่องปาก	
☐ แนะนำการดูแลรักษาความสะอาดปากและฟัน	
2.8 การขับถ่าย	
☐ สามารถขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะได้เอง	
☐ สอนปัสสาวะบางครั้ง	
☐ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้	

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องระดับประเมินที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

+1 หมายถึง มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

-1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ลำดับที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับการประเมิน			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด				
2	อาการปวดต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ฯลฯ รบกวนหรือขัดขวางกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านต้องการทำมากน้อยเพียงใด				
3	ท่านมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการหรือการรักษาทางการแพทย์ในชีวิตประจำวันของท่านมากน้อยเพียงใด				
4	ท่านมีความสุขในชีวิตของท่านเพียงใด				
5	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตของท่านมีคุณค่ามากน้อยเพียงใด				
6	ท่านรู้สึกว่ามีสมาธิของท่านดีเพียงใด				
7	ท่านคิดว่าชีวิตประจำวันของท่านมีความปลอดภัยเพียงใด				
8	ท่านคิดว่าสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวท่านมีสภาพเป็นอย่างไร (เช่น มลภาวะทางอากาศ เสียง น้ำ ฯลฯ)				
9	ท่านพอใจกับพลังกำลังของท่านเพียงใด				
10	ท่านมีเงินเพียงพอกับการดำรงชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด				
11	ในแต่ละวัน ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเท่าที่ท่านต้องการเพียงใด				
12	ท่านมีโอกาสในการทำงานอดิเรกมากน้อยเพียงใด				
13	ท่านมีความพอใจในความสามารถในการเคลื่อนไหวเพียงใด				
14	ท่านมีความพอใจกับตัวท่านเอง เพียงใด				
15	ท่านมีความพอใจในมนุษยสัมพันธ์ของท่านเพียงใด				

ส่วนที่ 4 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อที่	ข้อเสนอแนะ	ระดับการประเมิน			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1.	ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสุขภาพในด้านใด				
2.	ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านกิจกรรมทางสังคมในด้านใดปัญหา				
3.	ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสวัสดิการจากชุมชน/สังคม				
4.	ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก การเข้าถึงและใช้ประโยชน์บริการสาธารณสุขในด้านใด				
ข้อคิดเห็นอื่น ๆ จากการสังเกต และการประเมินของผู้เก็บข้อมูล					
	ความสามารถของผู้ป่วยติดเตียง				
	อุปสรรคในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง				
	เรื่องเร่งด่วน/สำคัญที่ต้องดำเนินการ/มีเรื่องอะไร/เพราะอะไร โปรดระบุ				

ตารางแสดงผลรวมการประเมินแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ

1. ขั้นตอนและวิธีการคำนวณ

- 1.1 จัดรูปแบบให้สวยงามและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น
- 1.2 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 รูป/คน
- 1.3 จากนั้นก็นำคะแนนมารวมกันทั้ง 3 รูป/คน และคำนวณค่า IOC

$$\text{สูตร } IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ แทนผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในข้อนั้น
 N แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยที่ +1 หมายถึง มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

-1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

หมายเหตุ : ค่า IOC (หรือข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้อง) ที่สามารถนำไปใช้ได้ คือต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2. ตารางตัวอย่างค่า IOC ที่มาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 รูป/คน

ข้อคำถาม	ระดับการประเมิน			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผล
	+1	0	-1			
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3	0	0	3	1	ใช้ได้
2. ท่านมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการหรือการรักษาทางการแพทย์ในชีวิตประจำวันของท่านมากน้อยเพียงใด	3	0	0	3	1	ใช้ได้

ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือ
เติมลงในช่องว่าง

1.1 คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ - นามสกุล ชื่อเล่น..... 1.2 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 1.3 วัน เดือน ปี เกิดอายุ.....ปี 1.4 เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....ศาสนา..... 1.5 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน ☐ หย่าร้าง ☐ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ ระบุ..... 1.6 การศึกษาสูงสุดของท่าน ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษาปีที่..... ☐ มัธยมศึกษาปีที่..... ☐ ปวช. ปีที่.....สาขา..... ☐ ปวส. ปีที่..... สาขา..... ☐ปริญญาตรี สาขา..... ☐ อื่น ๆ ระบุ..... 1.7 ก่อนป่วยติดเตียงผู้ป่วยมีอาชีพอะไร..... 1.8 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนนี้คน	สำหรับผู้วิจัย Var001 [] Var002 [] Var003 [] Var004 [] Var005 [] Var006 [] Var007 [] Var008 []
--	---

☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคหอบ ☐ โรคถุงลมโป่งพอง ☐ ไตวาย ☐ มะเร็ง ☐ ข้ออักเสบ ☐ ข้ออักเสบจากเก๊าท์ ☐ ข้ออักเสบจากรูมาตอยด์ ☐ โรคลมชัก ☐ โรคเส้นเลือดสมองตีบ ☐ พาร์กินสัน (อาการสั่น) ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	Var002 []
2.2 ภาวะแทรกซ้อน (ปัจจุบัน) ☐ แผลกดทับ ☐ ข้อติดแข็ง ☐ กล้ามเนื้อเกร็งหรือกระตุก ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	Var003 []
2.3 สุขอนามัยส่วนตัวของผู้ป่วยติดเตียง ☐ สะอาดถูกหลักอนามัย ☐ พอใช้ได้ ☐ ไม่สะอาด มีกลิ่น อธิบายที่สังเกตได้.....	Var004 []
2.4 การพูดคุย/สื่อสาร ☐ พูดคุยรู้เรื่อง ☐ พูดลิ้นแข็ง ☐ ใช้ท่าทางสื่อสาร ☐ ไม่พูด/นิ่งเฉย	Var005 []
2.5 ลักษณะผิวหนัง ☐ แห้ง ☐ ไม่แห้ง ☐ ไม่มีแผล	

☐ มีแผล ระบุ..... จำนวนแผลกดทับ.....ที่ 2.6 การรับประทานอาหาร ☐ รับประทานอาหารได้เอง ☐ ให้ผู้อื่นช่วยป้อน ☐ ใส่สายยางให้อาหาร	Var006 [] Var007 []
2.7 การดูแลสุขภาพในช่องปาก ☐ ไม่พบฟันผุ ☐ มีฟันผุ.....ซี่ ☐ มีปัญหาช่องปาก ☐ แนะนำการดูแลสุขภาพความสะอาดปากและฟัน	Var008 []
2.8 การขับถ่าย ☐ สามารถขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะได้เอง ☐ สอนปัสสาวะบางครั้ง ☐ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้	

ตอนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องระดับประเมินที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

+1 หมายถึง มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

-1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ลำดับ ที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับการประเมิน			คะแนน รวม	ค่า IOC	ผล
		+1	0	-1			
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
2	อาการปวดต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ฯลฯ รบกวนหรือขัดขวาง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านต้องการทำมากนัก เพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
3	ท่านมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการหรือการ รักษาทางการแพทย์ในชีวิตประจำวันของท่าน มากนักเพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
4	ท่านมีความสุขในชีวิตของท่านเพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
5	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณค่าของท่านมีคุณค่า น้อยเพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
6	ท่านรู้สึกว่ามีสมาธิของท่านดีเพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
7	ท่านคิดว่าชีวิตประจำวันของท่านมีความ ปลอดภัยเพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
8	ท่านคิดว่าสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวท่านมี สภาพเป็นอย่างไร (เช่น มลภาวะทางอากาศ เสียง น้ำ ฯลฯ)	3			3	1	ใช้ได้
9	ท่านพอใจกับพลังกำลังของท่านเพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
10	ท่านมีเงินเพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน มากนักเพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
11	ในแต่ละวัน ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเท่าที่ ท่านต้องการเพียงใด	3			3	1	ใช้ได้

ลำดับ ที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับการประเมิน			คะแนน รวม	ค่า IOC	ผล
		+1	0	-1			
12	ท่านมีโอกาสในการทำงานอดิเรกมากน้อย เพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
13	ท่านมีความพอใจในความสามารถในการ เคลื่อนไหวเพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
14	ท่านมีความพอใจกับตัวท่านเอง เพียงใด	3			3	1	ใช้ได้
15	ท่านมีความพอใจมนุษยสัมพันธ์ของท่าน เพียงใด	3			3	1	ใช้ได้

ตอนที่ 4 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

คำชี้แจง ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริง โดยเติมลงในช่องว่าง

ข้อที่	ข้อเสนอแนะ	ระดับการประเมิน			คะแนน รวม	ค่า IOC	ผล
		+1	0	-1			
1.	ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้าน สุขภาพในด้านใด	3			3	1	ใช้ได้
2.	ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้าน กิจกรรมทางสังคมในด้านใดปัญหา	3			3	1	ใช้ได้
3.	ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้าน สวัสดิการจากชุมชน/สังคม	3			3	1	ใช้ได้
4.	ท่านมีปัญหาและความต้องการในด้านสิ่ง อำนวยความสะดวก การเข้าถึงและใช้ ประโยชน์บริการสาธารณะในด้านใด	3			3	1	ใช้ได้
ข้อคิดเห็นอื่น ๆ จากการสังเกต และการประเมินของผู้เก็บข้อมูล							
5	ความสามารถของผู้ป่วยติดเตียง	3			3	1	ใช้ได้
6	อุปสรรคในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง	3			3	1	ใช้ได้
7	เรื่องเร่งด่วน/สำคัญที่ต้องดำเนินการ/มี เรื่องอะไร/เพราะอะไร โปรดระบุ	3			3	1	ใช้ได้

ภาคผนวก ค
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

GET

```
FILE='C:\Users\VivoBook\Desktop\cheaz1.sav'.  
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.  
DESCRIPTIVES VARIABLES=a1 a2 a3 a4 a5 a6 a7 a8 a9 a10 a11 a12 a13 a14 a15 b  
1 b2 b3 b4 c1 c2 c3 c4  
d1 d2 d3 d4 e1 e2 e3 e4 ta tb tc td te tx sex sta edu h1 h2 h3 h4 h5 h6  
h7 h8 age  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[DataSet1] C:\Users\VivoBook\Desktop\cheaz1.sav

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
a1	42	1.00	4.00	2.4286	.83060
a2	42	2.00	4.00	2.8095	.63392
a3	42	3.00	5.00	3.7381	.79815
a4	42	1.00	4.00	2.8571	.84309
a5	42	1.00	4.00	2.8810	.73923
a6	42	2.00	4.00	3.3571	.69217
a7	42	2.00	4.00	3.0238	.71527
a8	42	1.00	4.00	3.0000	.98773
a9	42	2.00	3.00	2.5238	.50549
a10	42	1.00	11.00	2.7143	1.46979
a11	42	1.00	4.00	2.4286	.99125
a12	42	1.00	4.00	1.8571	.75131
a13	42	1.00	4.00	2.1667	.69551
a14	42	1.00	3.00	2.3810	.73093
a15	42	2.00	4.00	2.8810	.67000
b1	42	2.00	3.00	2.5476	.50376
b2	42	2.00	4.00	3.3810	.58236
b3	42	1.00	5.00	3.0238	1.38789
b4	42	2.00	4.00	3.4524	.73923
c1	42	1.00	4.00	2.0476	.76357
c2	42	1.00	4.00	3.4524	.63255
c3	42	2.00	4.00	3.5000	.67173
c4	42	2.00	5.00	3.8095	.67130
d1	42	2.00	4.00	3.2619	.66478
d2	42	1.00	4.00	2.8810	.80251
d3	42	2.00	4.00	3.2143	.75015
d4	42	1.00	4.00	2.9762	.78050

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
e1	42	2.00	4.00	3.2143	.81258
e2	42	1.00	4.00	3.1905	.91700
e3	42	2.00	4.00	3.1190	.59274
e4	42	2.00	4.00	3.1190	.70546
ta	42	1.87	3.47	2.7365	.45118
tb	42	1.75	3.75	3.1012	.63931
tc	42	2.00	4.00	3.2024	.47253
td	42	1.75	4.00	3.0833	.65020
te	42	1.75	4.00	3.1607	.70022
tx	42	2.13	3.75	3.1369	.53875
sex	42	1.00	2.00	1.4524	.50376
sta	42	1.00	6.00	3.8810	1.65577
edu	42	2.00	3.00	2.1190	.32777
h1	42	1.00	2.00	1.9524	.21554
h2	42	1.00	4.00	3.3810	.96151
h3	42	1.00	2.00	1.4524	.50376
h4	42	1.00	2.00	1.1905	.39744
h5	42	1.00	4.00	1.9524	.93580
h6	42	1.00	2.00	1.1905	.39744
h7	42	1.00	4.00	1.4762	.63392
h8	42	1.00	1.00	1.0000	.00000
age	42	62.00	93.00	74.9762	7.42602
Valid N (listwise)	42				

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=ta tb tc td te tx
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Correlations

Correlations

		ta	tb	tc	td	te	tx
ta	Pearson Correlation	1	.641**	.718**	.847**	.836**	.875**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	42	42	42	42	42	42
tb	Pearson Correlation	.641**	1	.667**	.691**	.559**	.833**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000
	N	42	42	42	42	42	42
tc	Pearson Correlation	.718**	.667**	1	.857**	.627**	.880**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000
	N	42	42	42	42	42	42
td	Pearson Correlation	.847**	.691**	.857**	1	.747**	.937**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000
	N	42	42	42	42	42	42
te	Pearson Correlation	.836**	.559**	.627**	.747**	1	.853**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000
	N	42	42	42	42	42	42
tx	Pearson Correlation	.875**	.833**	.880**	.937**	.853**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	42	42	42	42	42	42

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

REGRESSION

```

/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT ta
/METHOD=STEPWISE tb tc td te tx.

```

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	tx		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	te		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: ta

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.875 ^a	.765	.760	.22123
2	.892 ^b	.795	.784	.20956

a. Predictors: (Constant), tx

b. Predictors: (Constant), tx, te

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6.389	1	6.389	130.529	.000 ^b
	Residual	1.958	40	.049		
	Total	8.346	41			
2	Regression	6.633	2	3.317	75.523	.000 ^c
	Residual	1.713	39	.044		
	Total	8.346	41			

a. Dependent Variable: ta

b. Predictors: (Constant), tx

c. Predictors: (Constant), tx, te

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.438	.204		2.147	.038
	tx	.733	.064	.875	11.425	.000
2	(Constant)	.506	.195		2.588	.013
	tx	.498	.117	.594	4.269	.000
	te	.212	.090	.329	2.362	.023

a. Dependent Variable: ta

Excluded Variables^a

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics Tolerance
1	tb	-.285 ^b	-2.149	.038	-.325	.306
	tc	-.229 ^b	-1.442	.157	-.225	.226
	td	.224 ^b	1.021	.314	.161	.122
	te	.329 ^b	2.362	.023	.354	.272
2	tb	-.168 ^c	-1.093	.281	-.175	.221
	tc	-.066 ^c	-.372	.712	-.060	.170
	td	.401 ^c	1.909	.064	.296	.112

a. Dependent Variable: ta

b. Predictors in the Model: (Constant), tx

c. Predictors in the Model: (Constant), tx, te

ภาคผนวก ง
รูปภาพกิจกรรมของโครงการ

รูปภาพกิจกรรมของโครงการ

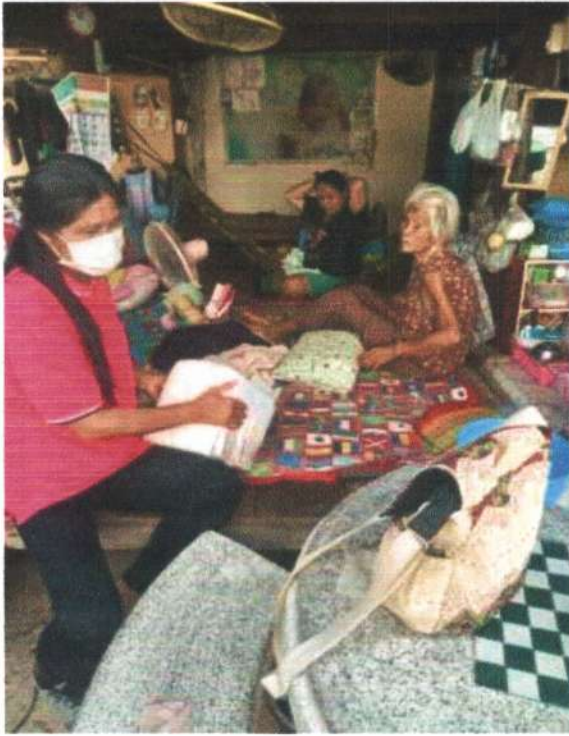












ประวัตินักวิจัย

ชื่อ-นามสกุล	พระครูธรรมมาภิสมัย, ผศ.ดร. (สมัย ผาสุก)
ตำแหน่ง	ผู้อำนวยการศูนย์บริการวิชาการ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2555	ปร.ด. (บริหารการศึกษา) มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
พ.ศ. 2544	ศศ.ม. (ไทยคดีศึกษา) มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน
พ.ศ. 2539	ศน.บ. (ภาษาอังกฤษ) มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตมหาวชิราลงกรณราชวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2545 - 2548	เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์
พ.ศ. 2548 – ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการศูนย์บริการวิชาการ

เกียรติประวัติการปฏิบัติงาน

พ.ศ. 2561	รางวัล “ต้นธรรม” บุคคลผู้มีคุณธรรมต้นแบบแห่งปี ครั้งที่ 1
พ.ศ. 2561	โล่รางวัล เสาธรรมจริยธรรม ผู้ทำคุณประโยชน์ต่อพระพุทธศาสนา
พ.ศ. 2562	โล่เกียรติคุณ “บุคคลต้นแบบทำความดี”
พ.ศ. 2563	โล่เชิดชูเกียรติผู้มีผลงานดีเด่นวัฒนธรรมสัมพันธ์
พ.ศ. 2563	รางวัล ผู้มีผลงานดีเด่นวัฒนธรรมสัมพันธ์ สาขาสื่อสารวัฒนธรรม

ผลงานทางวิชาการ

- ประชัน ชะชิกุล, พระครูธรรมมาภิสมัย, (2561). พระพุทธศาสนาเถรวาทในลาว. วารสารพระพุทธศาสนาเขตลุ่มแม่น้ำโขง. ปีที่ 6 ฉบับที่ 5 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2561. หน้า 186-195
- สายใจ คำทะเนตร, พระครูธรรมมาภิสมัย, พระมหาศุภชัย สุภกิจโจ, (2561). การบริหารหลักสูตรตามแนวพุทธ. วารสารพระพุทธศาสนาเขตลุ่มแม่น้ำโขง. ปีที่ 6 ฉบับที่ 5 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2561. หน้า 319-327
- วิรากร เจริญเชื้อ, พระครูธรรมมาภิสมัย, (2564). ภาวะผู้นำตามหลักสังคหวัตถุ 4 ในยุคดิจิทัล. วารสารการประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและเขตลุ่มแม่น้ำโขง (Proceeding). 29 สิงหาคม 2564. หน้า 144-148

ผลงานการวิจัย

- Chusorn, P., Rodprasert, P. Suthreejariyawat, Phasugo, S., Plarin, K., and Somboon, R. (2015). Challenging issues in continuous improvement of quality for secondary school. Accepted for publishing in Journal of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University. 23(3).

- Chusorn, P., Rodprasert, P. Sutheejariyawat, Phasugo, S., Plarin, K., and Somboon, R. (2015). Strategic Challenge: The Role of Leaders for Implementing Total Quality Management the Universities to ward Excellence. Accepted for publishing in Journal of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University. 23(3)
- Sanrattana, W., Sutheejariyawat, Phasugo, S., Chusorn, P., Rodprasert, P., and Somboon, R. (2015). Conditions for change in small-sized primary schools, Northeast Thailand. Journal of Educational Administration, Khon Kaen University. 11(1)
- Sanrattana, W., Rodprasert, P., Sutheejariyawat, Phasugo, S., Chusorn, P., and Plarin, K. (2015). New school principals in Thailand: Influences on their leadership and professional development. Journal of Educational Administration, Khon Kaen University. 11(1).
- Satisfaction of Teacher With Work Performance in Basic Educational Institutes Under the Jurisdiction of The Khon Kaen Primary Educational Service Area Office 4
- Khwanjai Kaewsang, Phrakrusuteejariyawat, Prakhrudhammapissamai, Prayuth Chusorn, Guidelines for Professional Teachers Development of Secondary School. Conference Proceedings 10th and 11th International Conferences on New Challenges in Management and Business NCMDubai, Dubai, UAE, March 23, 2018 NCM Istanbul, Istanbul, Turkey, March 28, 2018, pp 52
- พระครูธรรมภาณมัย. รูปแบบผู้นำที่พึงประสงค์ตามหลักพุทธธรรม สำหรับผู้บริหารโรงเรียน พระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดขอนแก่น, ตีพิมพ์ที่วารสาร ศึกษาศาสตร์ มจร ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – มิถุนายน 2561 หน้า 95-110.
- วิโรจน์ สารรัตน์, พระครูสุธีจริยวัฒน์, พระครูธรรมภาณมัย, พระมหาศุภชัย สุภกิจใจ, พระณัฐวุฒ สัพโส, วิบูล ทาชา. ภาวะผู้นำสำหรับศตวรรษที่ 21, ตีพิมพ์ที่ วารสาร ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2561 หน้า 261-271.
- วุฒิพงษ์ เทียมสุวรรณเลิศ, พระครูธรรมภาณมัย, สมฤทธิ์ กางเพ็ง. ตัวบ่งชี้สมรรถนะภาวะผู้นำ สำหรับบุคลากรสำนักงานสรรพากรพื้นที่, ตีพิมพ์ที่วารสาร ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2561 หน้า 187-195.
- กรรณิกา กันทำ, พระครูธรรมภาณมัย, พรสมบัติ ศรีไสย. ตัวบ่งชี้ภาวะผู้นำในศตวรรษที่ 21 สำหรับผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน, ตีพิมพ์ที่วารสาร ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย

- มหาสารคาม, ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนเมษายน – มิถุนายน 2561 หน้า 18-29.
- พระมหาชนะ ชัยชนะ, พระครูสุธีจริยวัฒน์, พระครูธรรมมาภิสมัย. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการเรียนรู้แบบยึดปัญหาเป็นฐานในโรงเรียนพระปริยัติธรรมป๋จิมเชียงยืน, ตีพิมพ์ที่วารสารศึกษาศาสตร์ ม. มหาสารคาม ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2561
- วีระพล ภูวนนท์. และ พระครูธรรมมาภิสมัย . การพัฒนาการเรียนรู้และการปฏิบัติเพื่อการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สำหรับบุคลากรในสำนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค อำเภอลุมพุก จังหวัดขอนแก่น, ตีพิมพ์ที่วารสารศึกษาศาสตร์ ม. มหาสารคาม ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กรกฎาคม 2561
- ภัทรพร อธิษฐาน, วิโรจน์ สารรัตน์. โปรแกรมพัฒนาการบริหารจัดการชั้นเรียนแบบโปรแกรมที่พีในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน, ตีพิมพ์ที่วารสารบริหารการศึกษามหาบัณฑิต มรภ. อุบลราชธานี ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2561 หน้า 191-200.
- จันทร์นภาเพ็ญ ทินราช, พระครูธรรมมาภิสมัย. การยกระดับมาตรฐานการศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองแวงอำเภอลุมพุก จังหวัดขอนแก่น. วารสารบริหารการศึกษามหาบัณฑิต มรภ. อุบลราชธานี ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2561 หน้า 371-382.
- พระครูธรรมมาภิสมัย, Indicators of Sustainable Leadership for Secondary School Principals: Developing and Testing the Structural Relationship Model, International Education Studies Vol. 12, No. 2; 2019 p. 36-44.
- อัจฉริยา สงวนศรีพิสุทธิ, พระครูธรรมมาภิสมัย, การพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ของนักเรียนในโรงเรียนบ้านนาฝายนาโพธิ์ อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น, วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2563 หน้า 300-312.
- Chatchawal Sarapoom & Phrakrudhammapissamai (2021). Cooperative Practices to Enhance the Quality of Work-Integrated Learning at Nong Khai Technical College. International Journal of Educational Methodology. 7(3), 387-400.

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
9/37 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 400000

ประวัตินักวิจัย

ชื่อ-นามสกุล พระมหานิวัฒน์ มหาโชติวฑฒโน, ดร. (วันฉา)

ตำแหน่ง อาจารย์

ประวัติการศึกษา

- | | |
|-----------|--|
| พ.ศ. 2565 | ศษ.ด. (การบริหารการศึกษา)
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย |
| พ.ศ. 2561 | ศ.ม. (หลักสูตรและการเรียนการสอน)
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม |
| พ.ศ. 2556 | พธ.บ. (ปรัชญา)
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย |

ประวัติการทำงาน

- | | |
|--------------------|--|
| พ.ศ. 2565-ปัจจุบัน | อาจารย์สาขาวิชาการสอนภาษาไทย คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน |
| พ.ศ. 2561-2564 | อาจารย์บรรยายพิเศษระดับปริญญาตรี |

ผลงานการวิจัย/ผลงานทางวิชาการ

พระนิวัฒน์ มหาโชติวฑฒโน, พระมหาไพจิตร อุตตมธมโม, พระมหาอำพล ชัยสารี และยุพภรณ์ พลเยี่ยม. (2565). การพัฒนาแบบฝึกสำหรับสอนซ่อมเสริมทักษะการอ่าน - เขียน และบอกความหมายคำที่ประสมด้วยสระที่มีหลายรูป ผ่านระบบออนไลน์ ของชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนบ้านหนองแวงคูป่าชาติ. วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2565). หน้า 153-162

พระนิวัฒน์ มหาโชติวฑฒโน, พระมหาไพจิตร อุตตมธมโม, พิกุล ทองภู, อธิภาวุธ ไชยอุดม, พรภวิชัย นันทชัชวาลย์กุล. (2565). การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์ด้วยแบบฝึกทักษะร่วมกับเทคนิค TGT เรื่อง คำยืมภาษาบาลี - สันสกฤตในภาษาไทย สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6. วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน 2565). หน้า 131-327

พระมหานิวัฒน์ มหาโชติวฑฒโน, ชุติพร นาห้วนิล, พรภวิชัย นันทชัชวาลย์กุล, นัยนัปร สุภา. (2566). ภาษาไทยเพื่อการสื่อสารของคนไทยกับทักษะการดำเนินชีวิตในศตวรรษที่ 21. The 3rd International Conference on Language and Culture ASEAN-China 2023. หน้า 1061-1074

สถานที่ทำงานปัจจุบัน มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน
9/37 ตำบลโนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

ประวัตินักวิจัย

ชื่อ-นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมเกียรติ มินา

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2524	อ.บ. (ภาษาฝรั่งเศส) มหาวิทยาลัยศิลปากร
พ.ศ. 2529	ศศ.ม. (การสอนภาษาฝรั่งเศส) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
พ.ศ. 2531	Certificat d'Etudes Pratiques de Langue française Université Lumière, Lyon II, France

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2524-2536	อาจารย์สอนภาษาฝรั่งเศส โรงเรียนร้อยเอ็ดวิทยาลัย
พ.ศ. 2536-2563	อาจารย์ประจำสาขาภาษาฝรั่งเศส หัวหน้าสาขาภาษาฝรั่งเศส ประธานหลักสูตรภาษาฝรั่งเศส หัวหน้าสาขาวิชาภาษาตะวันตก รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2563 – ปัจจุบัน	กรรมการบริหารสาขาวิชาภาษาตะวันตก คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เกียรติประวัติการปฏิบัติงาน

พ.ศ. 2533	รางวัลครูดีเด่นภาษาฝรั่งเศส จังหวัดร้อยเอ็ด รางวัลครูดีเด่นภาษาฝรั่งเศส เขตการศึกษา ๑๐ รางวัลครูดีเด่นภาษาฝรั่งเศส ครูสภา
พ.ศ. 2562	รางวัลสื่อสารมวลชนดีเด่น สมาคมผู้สื่อข่าวจังหวัดขอนแก่น
พ.ศ. 2565	รางวัลศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยศิลปากร

ผลงานทางวิชาการ

ตำรา หรือหนังสือ

- Chalermkiat Mina et al. (2024). **Sinxay, Hup Taem of Wat Chaisi**. Khon Kaen : Hong Sinxay (Sinxay Heritage House).
- Chalermkiat Mina et Michel Rochat. (2022). **Mina raconte...** Khon Kaen : Khon Kaen University Printing House.
- Chalermkiat Mina. (2020). **Sinxay, Hup Taem de Wat Chaisi**. Khon Kaen : Khon Kaen University Printing House.

Chalermkiat Mina. (2018). **Comprendre le Ramakien**. Khon Kaen : Khon Kaen University Printing House.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2565). **ตัวเลขภาษาฝรั่งเศส**. ขอนแก่น : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2564). **ศัพท์สำนวนฝรั่งเศสแบบเป็นกันเอง**. ขอนแก่น : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2562). **บทสนทนาฝรั่งเศส-ไทยและเรื่องำขันฝรั่งเศส**. ขอนแก่น : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2562). **เรื่องเล่าชาวนักบุญ**. ขอนแก่น : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2562). **Dialogues phonétiques pour le plaisir**. ขอนแก่น : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2561). **Lexique des termes du Bouddhisme et de l'art bouddhique**. ขอนแก่น : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2560). **Supplementary Aids for Teaching English**. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2560). **Le Français du Tourisme dans la région du Mékong**. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2546). **Le Français du Tourisme**. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บทความทางวิชาการ

อรรธรณ บุตรโสและเฉลิมเกียรติ มินา. (2555). **ข้าวเหนียวกับสังคมไทย** วารสารคหเศรษฐศาสตร์ ปีที่ 55 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2555.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2553). **ความเป็นมาของปฏิทินแห่งสาธารณรัฐ**. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2553.

Chalermkiat MINA et al. (2017). **Learning French for Tourism in Khon Kaen University by Applying the Macro-Environmental Features**. International Conference on “Buddhism: Cultural Foundation in Mekong Basin”. Mahachulalongkornrajavidyalaya University, 3-4 December 2017, p.27.

Chalermkiat MINA. (2017). **Mes Expériences personnelles: enseigner le français en Thaïlande et enseigner le siamois en France**. Conférence sur la Thaïlande, Mardi 25 avril 2017, Institut National des Langues et Civilisations orientales, Paris, 1-4.

Chalermkiat MINA. (2016). **Enseigner le français du tourisme à la section de français, Faculté des sciences humaines, Université de Khon Kaen** (Teaching French for Tourism in the French Section, Faculty of

Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University). Conférence sur la Thaïlande, 28 mars 2016, Institut National des Langues et Civilisations orientales, Paris, 1-6.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2542). **Les nasals du français**. วารสาร New Vision 1(1) มิถุนายน-ธันวาคม: 23-25. ภาควิชาภาษาต่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมเกียรติ มินา. (2545). **La compétence technique d'un guide vis-à-vis des problèmes imprévus**. วารสาร New Vision 2(1) มิถุนายน-ธันวาคม: 23-25. ภาควิชาภาษาต่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผลงานวิจัยตีพิมพ์ในเอกสารวิชาการ

เฉลิมเกียรติ มินา. (2559). **การใช้กลวิธีการตั้งคำถามเป็นภาษาอังกฤษและภาษาฝรั่งเศสในการสอนภาษาฝรั่งเศสด้านการท่องเที่ยวในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง**. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

หอมหวล บัวระภา และคนอื่นๆ. (2550). **ผลกระทบของระบบเศรษฐกิจ สังคมครอบครัวและวัฒนธรรมที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นวัย**. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (ผู้ร่วมวิจัย)

เฉลิมเกียรติ มินา และประทุมรัตน์ คุณเงิน. (2546). **สภาพปัญหาและความต้องการในการเรียนภาษาฝรั่งเศสของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเขตภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ**. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุคนธ์ทิพย์ เหลืองทองคำ และเฉลิมเกียรติ มินา. (2543). **การศึกษาปัญหาและความต้องการของนักศึกษาวิชาเอกภาษาฝรั่งเศส คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถานที่ทำงานในปัจจุบัน

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
123 ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

ประวัตินักวิจัย

ชื่อ-นามสกุล นางสาวขวัญใจ แก้วแสง

ตำแหน่ง นักวิชาการศึกษา

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2560 ศษ.ด. (การบริหารการศึกษา)
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน
- พ.ศ. 2553 ศน.ม. (การบริหารการศึกษา)
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน
- พ.ศ. 2550 ศน.บ. (การสอนภาษาอังกฤษ)
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ. 2552- ปัจจุบัน ตำแหน่ง นักวิชาการศึกษา ศูนย์บริการวิชาการ วิทยาเขตอีสาน
- พ.ศ. 2554- ปัจจุบัน อาจารย์บรรยายพิเศษระดับปริญญาตรี
- พ.ศ. 2566 รางวัลที่ได้รับ รางวัล วิชชาจรณสมปन्नโน

ผลงานทางวิชาการ

- วาริณี โสภาร, พระใบฎีกาทวี อกโย, ขวัญใจ แก้วแสง, (2561). การแนะแนวให้คำปรึกษาเชิงพุทธธรรม. วารสารพระพุทธศาสนาเขตลุ่มแม่น้ำโขง. ปีที่ 6 ฉบับที่ 5 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2561. หน้า 143- 150
- ประชัน ชะชิกุล, ขวัญใจ แก้วแสง, (2561). พระพุทธศาสนาเถรวาทในประเทศจีน. วารสารพระพุทธศาสนาเขตลุ่มแม่น้ำโขง. ปีที่ 6 ฉบับที่ 5 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2561. หน้า 173-185
- วาริณี โสภาร, มนต์เทียน มนตราภิบุลย์, ศักติพงษ์ โสภาร, ขวัญใจ แก้วแสง, กระบวนทัศน์ใหม่สำหรับการเรียนรู้สู่วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในยุคดิจิทัล, การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและเขตลุ่มแม่น้ำโขง National Academic and Mekong Region Research Conference (Proceedings), 29 สิงหาคม 2565. หน้า 315-328

ผลงานการวิจัย

- Khwanjai Kaewsang, Phrakrusuteejariyawat, Prayuth Chusorn ,Phramaha Suphachai Suphakitjo, Pramook Chusorn.(2018). Challenging Issues In Continuous Improvement of Quality for Secondary School. The 1th International Conference on Sustainable Development (ICESD2018).20-21Jan 2018, pp 75-78.
- Khwanjai Kaewsang, Phrakrusuteejariyawat, Prakhrudhammapissamai, Prayuth Chusorn, Guidelines for Professional Teachers Development of Secondary School. Conference Proceedings 10th and 11th International Conferences on

New Challenges in Management and Business NCMDubai, Dubai, UAE, March
23, 2018 NCMIstanbul, Istanbul, Turkey, March 28, 2018, pp 52

สถานที่ทำงานปัจจุบัน มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน
9/37 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 400000

ประวัตินักวิจัย

ชื่อ-นามสกุล วุฒิชัย เยาวโพธิ์
ตำแหน่ง อาจารย์
ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2565 ค.ม. (การสอนสังคมศึกษา)
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น
พ.ศ. 2556 ศน.บ. (การสอนภาษาอังกฤษ)
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตมหาวชิราลงกรณราชวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2565 – ปัจจุบัน อาจารย์ประจำหลักสูตรคณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการสอน
พระพุทธศาสนา

ผลงานทางวิชาการ

สมควร นามสีฐาน และคณะ. (2567). รูปแบบการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ออนไลน์ด้วย
นวัตกรรมเชิงสร้างสรรค์ในสถานการณ์ NEXT NORMAL ของโรงเรียนในจังหวัด
ขอนแก่น. Dhammathas Academic Journal, Vol. 24 No. 1 (2024) January -
March, 269-282.

พระครูธรรมภาณีสมัย และคณะ (2565). ภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาตามหลัก
พุทธธรรมในยุค New Normal. Journal of MCU Humanities Review. ปีที่ 8
ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 หน้า 439 - 460

Dhamma Bhisama, Pramook Chusorn, Prayuth Chusorn, Khwanjai Kaewsang,
Wudhichai Yaowapho. (2022). Guidelines for Cross-Cultural Leadership
Development of World Class Standard School Principals. World Journal
of Education, Vol. 12, No. 3 2022, 11-16

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน
9/37 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 400000