

การบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุ

กฤษณารีย์ แยมเพ็ง*, สุปราณี แดงวงษ์**, ทิพา ต่อสกุลแก้ว**

บทคัดย่อ

ด้วยประชากรสูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มมากขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้คงความเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจึงมีความจำเป็น จากการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 เมื่อ ปี พ.ศ. 2545 ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน ได้ประกาศแนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงประเทศไทยซึ่งกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์ชาติ โดยการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นสถาบันการศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณาจารย์ในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำเป็นต้องปฏิบัติพันธกิจทั้ง 4 ด้าน คือ การเรียนการสอน การวิจัย การบริการวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ดังนั้นการบริการวิชาการแก่สังคมที่คณาจารย์ในสาขาฯ สามารถทำได้คือการดูแลผู้สูงอายุด้วย “การส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” ให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบริเวณโดยรอบของมหาวิทยาลัย จึงได้จัดโครงการบริการวิชาการ “คัดกรองโรคภัย สำนวณกาย สำนวณใจ ผู้สูงวัย สู้ภัยโควิด” ขึ้นเป็นเบื้องต้นเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม และเพื่อใช้ข้อมูลในการส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ : การบริการวิชาการแก่สังคม, การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม, การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566 หน้า 69-84

* อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, email: kritsanari_yam@hotmail.com, Tel. 081-7350266

วันที่รับบทความ: 23 มีนาคม 2566, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 10 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับบทความ: 15 มิถุนายน 2566



Academic Services to Society to Promote Aging in Place of the Elderly

Kritsanari Yampeng*, Supranee Tangwong**, Tipa Toskulkao**

Abstract

With the increasing aging population in Thailand, it is necessary to promote the health of the elderly so that they remain healthy. From the 2nd World Assembly on Aging Meeting in Madrid, Spain in 2002, the concept was announced “Aging in place” as a guideline to promote the quality of life of the elderly. including Thailand, which is designated as a national strategy by coordinating between the public sector, the private sector, and the people.

The College of Nursing, Christian University of Thailand is an educational institution that manages teaching in the field of nursing science which offers courses in elderly nursing. The instructors of the adult and elderly nursing department consider it necessary to carry out the four missions which includes teaching, research, academic services to society, and the preservation of arts and culture. The academic staff should implement the academic services to the society “Promoting Aging in Place” for the elderly who reside close to the vicinity of the university. Thus, an academic service project "Physical and mental health screening for the elderly against the COVID-19" has been organized to assess the health status of the elderly in Don Yai Hom sub-district, Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom Province, and that will provide information to promote the “Aging in place”.

Keywords : Academic services to society, Aging in place, Comprehensive geriatric assessment

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(1), 69-84

* Instructor, Bachelor of Nursing Science, College of Nursing, Christian University of Thailand

** Assistant Professor, Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, email: kritsanari_yam@hotmail.com, Tel. 081-7350266

Received: 23 March 2023, Revised: 10 June 2023, Accepted: 15 June 2023



บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ซึ่งปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 1,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 โดยประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) เกือบทั้งหมด ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงกว่าร้อยละ 20 ทวีปอื่นๆ ยกเว้นแอฟริกาทวีปเดียวที่ยังเป็นสังคมเยาว์วัย ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35 อิตาลีและโปรตุเกส ร้อยละ 30 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2565) สถานการณ์การสูงวัยของประชากรไทยได้ก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี 2565 มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด รวมถึงจากการคาดการณ์ประชากรไทยภายในอีก 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2575) สังคมไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559)

ในการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (The 2nd World Assembly on Ageing) จัดขึ้นโดยองค์การสหประชาชาติ ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน เมื่อ ปี พ.ศ. 2545 ก่อให้เกิดพันธกรณีองค์การสหประชาชาติในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่าแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (the Madrid International Plan of Action on Ageing: MIPAA) และได้ประกาศแนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม : Aging in Place” ซึ่งพันธกรณี

ดังกล่าวนี้ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรวมถึงประเทศไทย (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2560) แนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมอย่างมีสุขภาวะ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ 1) ด้านบุคคลหรือผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older persons and development) โดยการกำหนดชุดบริการที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสถานะสุขภาพ ตั้งแต่กลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ไปจนถึงผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต 2) ด้านบริการทางสังคมและสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ (Health and well-being into old age) และ 3) ด้านสถานที่ เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อม (Ensuring, enabling and supportive environment) โดยการ จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงควรจัดวางบทบาทและระบบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐ (Intergovernmental relations) ทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ให้สามารถดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมี “เอกภาพในเชิงนโยบาย” โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องคัดค้านหรือไม่สามารถจัดบริการเองได้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการสร้างภาคีหุ้นส่วนในการจัดทำบริการ โดยการร่วมลงทุนและดำเนินการกับภาคเอกชน (ณปภช สัจจกุล, 2564) จากพันธกรณีเกี่ยวกับแนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมอย่างมีสุขภาวะ ทำให้ประเทศภาคีได้นำแนวคิดดังกล่าวมากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ของชาติ

เช่นเดียวกับประเทศไทย ที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยการประสานความ



ร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งมีแนวทาง 6 ยุทธศาสตร์ คือ ด้านความมั่นคงแบบองค์รวม ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) กรมกิจการผู้สูงอายุ ในฐานะเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง จึงนำนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มาจัดทำมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการกำหนดหน่วยงานหลัก และหน่วยงานร่วม เพื่อดำเนินงานบรรลุเป้าหมายร่วม คือ ผู้สูงอายุเป็นพลพลพลัง (Active ageing) และยังมีการกำหนดมาตรการ ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมายและตัวอย่างโครงการ เช่น มาตรการหลักที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย หน่วยงานหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานร่วม คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงแรงงาน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสภาวิชาชีพไทย มีการดำเนินโครงการเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ เช่น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเฉียบพลัน (Acute care) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะกลาง (Intermediate care) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Prevention long

term care) ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) โดยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาโรคประจำตัวผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีคนดูแลทั้งในครอบครัวและชุมชน เมื่อเข้าโรงพยาบาลได้รับการดูแลตามช่องทางที่เหมาะสม ตลอดจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม นับว่าเป็นการบริการอีกรูปแบบหนึ่งตามแนวคิดของการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม โดยจะพิจารณาปัจจัยหลัก 4 ด้าน คือ ปัจจัยทางกายภาพ (Biological domain) ปัจจัยทางด้านกายภาพและสมรรถภาพ (Physical & functional domain) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psycho-mental domain) และปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social & environmental domain) (กัลยาณณ์ เชยโพธิ์, 2561) อีกทั้งในช่วงที่ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะรับเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย หากไม่ได้มีการดูแลและป้องกันอย่างดี อีกทั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 99 รับทราบถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากสื่อโทรทัศน์และข้อมูลข่าวสารรอบตัว ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และผลกระทบจากมาตรการมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าการปรับตัวของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น เกาหลี สิงคโปร์ เวียดนาม และไทย มีความแตกต่างกัน

ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมการเมืองเศรษฐกิจและเทคโนโลยี โดยเฉพาะผู้สูงอายุในไทยประสบปัญหาด้านการหยุดงานและรายได้ที่สูญเสีย (เพ็ชรรัตน์ ไสยสมบัติ และคลฤดี สุวรรณศิริ, 2565)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นสถานศึกษาที่ให้บริการวิชาการแก่ชุมชน เป้าหมายและสังคมที่บูรณาการกับการจัดการเรียนการสอนร่วมกับการทำวิจัย อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ในวิชาชีพ หน่วยงาน ชุมชน เป้าหมายและสังคม รวมทั้งมีการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงได้จัดโครงการ “คัดกรองโรคภัย สำนวณกาย สำนวณใจ ผู้สูงวัยสู้ภัยโควิด” เพื่อส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการประชุมเพื่อค้นหาความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยการจัดกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ซึ่งประยุกต์ใช้แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment : CGA) จากแบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน จัดทำโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ, 2564) และแบบประเมินความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ (พัชรภรณ์ ดิงชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2565) ซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบวัดความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุของ University of California, Los Angeles loneliness scale version 3 (UCLA) ของรัสเซล โดยทินกร วงศ์ปาริณย์ และณัททัย วงศ์ปาริณย์ (2563) อีก

ทั้งมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วัตถุประสงค์

1.1 คัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

1.2 ฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนของผู้สูงอายุ

1.3 กำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ

1.4 สร้างความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัย หน่วยงานภาครัฐ และชุมชน

2. การดำเนินโครงการ

2.1 รูปแบบโครงการ เป็นโครงการให้บริการวิชาการแก่สังคม บูรณาการกับการเรียนการสอนและงานวิจัย

2.2 วิธีดำเนินโครงการ

2.2.1 จัดทำเอกสารโครงการเสนอเพื่อขออนุมัติจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

2.2.2 แต่งตั้งคณะกรรมการจัดโครงการ

2.2.3 ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนการดำเนินงาน

2.2.4 ติดต่อประสานงานทั้งภายในมหาวิทยาลัย และภายนอกมหาวิทยาลัย

2.2.5 ประชาสัมพันธ์โครงการ

2.2.6 จัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินโครงการ

2.2.7 ดำเนินโครงการตามที่กำหนด โดยมีอาจารย์และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ชั้นปีที่ 1 ทำหน้าที่รับลงทะเบียน ณ จุดลงทะเบียน และประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ณ



ฐานที่ 1 - ฐานที่ 5 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้คือ

2.2.7.1 ผู้สูงอายุและประชาชน
ผู้สนใจลงทะเบียน ณ จุดลงทะเบียน

2.2.7.2 ฐานที่ 1: ชักประวัติ
สุขภาพเบื้องต้น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจการได้ยิน ประเมินสุขภาพช่องปาก ประเมินการมองเห็น และประเมินภาวะขาดสารอาหาร

2.2.7.3 ฐานที่ 2: ทดสอบ
สภาพสมอง (MMSE-T 2002)

2.2.7.4 ฐานที่ 3: ประเมิน
ความเสี่ยงกระดูกพรุน (OSTA index) ข้อเข่าเสื่อมและความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Time up and Go Test: TUGT)

2.2.7.5 ฐานที่ 4: ประเมิน
การกลืนปัสสาวะ ปัญหาการนอน และกิจวัตรประจำวัน: ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADLs)

2.2.7.6 ฐานที่ 5: ประเมิน
ภาวะซึมเศร้า (2Q) และความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ

2.2.7.7 บรรยาย “ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ” เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม อาการนอนไม่หลับ ปัญหาการกลืน การขับถ่ายไม่อยู่ ปัญหาภาวะทุพโภชนาการและความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ปัญหาการได้ยิน และปัญหาการมองเห็น โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ของ กระทรวงสาธารณสุข (2566) ประกอบการบรรยาย

2.2.7.8 ร่วมกิจกรรมสนทนา
การและกิจกรรมการแนะนำตนเอง โดยร่วมกันร้อง

เพลง “สวัสดี” และทำท่าประกอบเพลง เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำความรู้จักกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นทำแบบฝึกหัดสำรวจตนเองทั้งร่างกายและจิตใจด้วยกิจกรรม “ฉันเป็นใคร” โดยการวาดรูปที่อธิบายลักษณะของตนเองบนกระดาษ และแนะนำตนเองเพิ่มเติมจากมุมมองของตนเอง” เพื่อตระหนักรู้เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกตนเองและการมีคุณค่าในตนเอง (พัชรภรณ์ ตังชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2565)

2.2.7.9 สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยน
ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโควิด 19 เพื่อตระหนักการยอมรับการเปลี่ยนแปลง แบ่งปันข้อมูลตนเองแก่ผู้อื่น รวมถึงฟังการบรรยาย เรื่อง “แนวทางการดูแลตนเองเพื่อรับมือกับโควิด-19” ร่วมกับการร้องเพลง “ล้างมือบ่อยๆ” และทำท่าล้างมือ 7 ขั้นตอนประกอบเพลง เพื่อแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ข้อมูลของผู้อื่น และนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง (พัชรภรณ์ ตังชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2565)

2.2.7.10 สรุปผลการ
ดำเนินโครงการ และประเมินผลโครงการ

3. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุในตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน

4. สถานที่จัดโครงการ ณ ศาลาเนกประสงค์วัดดอนขาก ตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม

5. ระยะเวลาในการจัดโครงการ เมื่อวันอาทิตย์ที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เวลา 09.00 น. ถึงเวลา 12.00 น.

6. ตัวบ่งชี้การบรรลุเป้าหมายเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

6.1 เชิงปริมาณ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.00 (24 คน)



6.2 เชิงคุณภาพ

6.2.1 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และได้รับการแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเบื้องต้น สํารวจร่างกาย จิตใจ และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากภัยโควิดอย่างต่อเนื่อง และอาจได้รับทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการดูแลในชุมชนนี้

6.2.2 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ โดยมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ย ≥ 4.0

7. การบริหารความเสี่ยง ประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงจากคู่มือ: แนวทางสำหรับการเขียนเอกสารโครงการของมหาวิทยาลัยคริสเตียน (อิทธิพร ขำประเสริฐ, 2565) ตามลำดับ ดังนี้

7.1 ปจจัยความเสี่ยง : เหตุการณ์ความเสี่ยงและปัจจัยความเสี่ยงทั้งภายในและภายนอก

7.1.1 ผู้สูงอายุหรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

7.1.2 สภาพอากาศอาจจะไม่เอื้ออำนวยในช่วงเวลาจัดกิจกรรม

7.1.3 ผู้เข้าร่วมโครงการอาจได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

7.2 ระดับความเสี่ยง : ประเด็นความเสี่ยงที่กำหนดไว้เพื่อมาประเมินโอกาสเกิดความเสี่ยง (Likelihood) และระดับความรุนแรงของผลกระทบ (Impact) ของเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและคำนวณระดับความเสี่ยง (Degree of Risk: D)

โดยใช้ด้วยสูตรคำนวณ : โอกาสการเกิดความเสี่ยง (Likelihood) X ผลกระทบ (Impact) จากนั้นนำผลที่ได้มาแปลผลตามเกณฑ์การพิจารณาระดับความเสี่ยง ดังนี้

ระดับคะแนน (คะแนน) ระดับความเสี่ยง

20-25	สูงมาก
9-16	สูง
4-8	ปานกลาง
1-3	น้อย

7.2.1 โอกาสการเกิดความเสี่ยง

ระดับ 2 (น้อย)

7.2.2 ผลกระทบของการเกิด

ระดับความเสี่ยง ระดับ 2 (น้อย)

7.2.3 ความเสี่ยงระดับปานกลาง

($2 \times 2 = 4$)

7.3 มาตรการป้องกัน/แนวทางการจัดการความเสี่ยง

7.3.1 ผู้ดำเนินโครงการเข้าร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลอนยายหอม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วางแผนการจัดกิจกรรม และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ

7.3.2 มีการตรวจคัดกรองอุณหภูมิร่างกายของผู้เข้าร่วมโครงการ และกำหนดแนวทางการป้องกันหากพบความเสี่ยง

7.3.3 ยึดหลักการป้องกันตามแนวทาง DMHTA (กรมควบคุมโรค, 2566) อย่างเคร่งครัด

8. ผลการดำเนินโครงการ

จากการดำเนินโครงการ “คัดกรองโรคภัย สํารวจกาย สํารวจใจ ผู้สูงวัย สู้ภัยโควิด” เมื่อวันอาทิตย์ที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) โดยเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 32 คน ซึ่งผล



จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ แยกออกเป็น 4 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม

ส่วนที่ 3 การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ส่วนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ของครอบครัว (n=32)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	22	68.75
	ชาย	10	31.25
อายุ	60-70 ปี	30	93.75
	71-80 ปี	2	6.25
	$\bar{X}=65.59$ ปี, S.D.=3.88		
สถานภาพสมรส	คู่	19	59.37
	โสด	7	21.88
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	18.75
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวขยาย	21	65.62
	ครอบครัวเดี่ยว	11	34.38
รายได้ของครอบครัว	เพียงพอ	20	62.50
	ไม่เพียงพอ	12	37.50

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน

30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 71-80 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 อายุเฉลี่ย 65.59 ปี ($\bar{X}=65.59$, S.D.=3.88)

ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.37 รองลงมาคือ โสด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 21.88 และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 ส่วนใหญ่มี ลักษณะครอบครัวขยาย จำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 65.62 และครอบครัวเดี่ยว 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.38 รายได้ของครอบครัวมีความเพียงพอ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 และรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (n=32)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการได้รับวัคซีน โควิด-19		
ไม่เคยได้รับ	1	3.12
รับ 1 เข็ม	1	3.12
รับ 2 เข็ม	12	37.50
รับ 3 เข็ม	17	53.14
รับ 4 เข็ม	1	3.12
จำนวนโรคประจำตัว		
มี 1 โรค	12	37.50
มี 2 โรคขึ้นไป	12	37.50
ไม่มีโรคประจำตัว	8	25.00
ระบุโรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	17	50.00
ไขมันในเลือดสูง	10	29.41
เบาหวาน	7	20.59
ประวัติการคัดกรองเบาหวานจากโรงพยาบาล		
เคย	21	65.62
ไม่เคยตรวจ	11	34.38
ระดับความดันโลหิต		
ปกติ	18	56.25
มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (SBP≥140 mmHg และ/หรือ DBP≥90 mmHg)	14	43.75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด : Thai CVD risk score		
เสี่ยงสูง	17	53.13
เสี่ยงปานกลาง	13	40.62
เสี่ยงน้อย	2	6.25
การได้ยิน : ตรวจการได้ยิน (การสอบถามอาการ)		
หูซ้าย		
ปกติ	30	93.75
ผิดปกติ	2	6.25
หูขวา		
ปกติ	26	81.25
ผิดปกติ	6	18.75
ช่องปาก : ประเมินสุขภาพช่องปาก		
ความสามารถในการเคี้ยว กัด กลืนอาหาร		
ปกติ	15	46.88
มีปัญหา	17	53.12
ความเจ็บปวดในช่องปาก		
ไม่มีปัญหา	28	87.50
มีปัญหา	4	12.50
การมองเห็น : ประเมินการมองเห็น		
นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้อง น้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง		
ใช่	18	56.25
ไม่ใช่	14	43.75
อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้		
ใช่	23	71.88
ไม่ใช่	9	28.12
ปิดตาคุที่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง		
ใช่	13	40.62
ไม่ใช่	19	59.38

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปิดตาคุที่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดเจนแต่ตรงกลาง ไม่เห็นระยะรอบข้างหรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ		
ใช่	3	9.38
ไม่ใช่	29	90.62
ภาวะขาดสารอาหาร Mini Nutritional Assessment: MNA (Full Form)		
โภชนาการปกติ	30	93.75
เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	2	6.25
สมรรถภาพสมอง : การทดสอบสภาพสมอง : MMSE-T 2002		
ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม	30	93.75
สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม	2	6.25
กระดูกพรุน : OSTA index		
เสี่ยงสูง	20	62.50
เสี่ยงปานกลาง	10	31.25
เสี่ยงต่ำ	2	6.25
ข้อเข่าเสื่อม : การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก		
มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	18	56.25
ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	14	43.75
ภาวะหกล้ม : Time up and Go Test (TUGT)		
ปกติ	19	59.38
มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	13	40.62
การกลืนปัสสาวะ: การตรวจประเมินภาวะกลืนปัสสาวะ		
ไม่มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะรด	28	87.50
มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะรด	4	12.50
ปัญหาการนอน: ตรวจประเมินโดยการสอบถามอาการนอนไม่หลับ		
ไม่มีปัญหาการนอนหลับ	24	75.00
มีปัญหาการนอนหลับ	8	25.00
กิจวัตรประจำวัน : ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADLs)		
กลุ่ม 1 ติดสังคม (Independent)	32	100.00
กลุ่ม 2 ติดบ้าน (Partial-dependent)	0	0.00
กลุ่ม 3 ติดเตียง (Dependent)	0	0.00



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า : 2Q		
ปกติ	24	75.00
มีความเสี่ยง	8	25.00
ประเมินความโดดเดี่ยว		
ต่ำ	28	87.50
ปานกลาง	4	12.50

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ 5 อันดับแรก มีดังนี้

1) ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความเสี่ยงสูงจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 53.13 รองลงมาคือ ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.62 และความเสี่ยงน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25

2) ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุน พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความเสี่ยงสูงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 และความเสี่ยงต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25

3) การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25

4) การประเมินสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีปัญหาความสามารถในการเคี้ยว กัด กลืนอาหาร จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 53.12 และมีปัญหาความเจ็บปวดในช่องปาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50

5) การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Time up and Go Test: TUGT) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.62

ส่วนที่ 3 การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและการแปลผลความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

รายการประเมิน	ค่าคะแนนเฉลี่ย			
	ก่อน	การแปลผล	หลัง	การแปลผล
1. มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง “ความผิดปกติของสุขภาพที่สำคัญเบื้องต้น”	2.88	ปานกลาง	4.66	มากที่สุด
2. มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง “โรคสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ”	2.88	ปานกลาง	4.66	มากที่สุด
3. มีความรู้ความเข้าใจแนวทางการต่อสู้กับสถานการณ์โควิด-19	3.81	มาก	5.00	มากที่สุด
4. รับทราบปัญหาสุขภาพของตนเอง และพร้อมสำรวจตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ	3.84	มาก	4.84	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนทำโครงการ ร้อยละ 100.00 มีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังทำโครงการมากกว่า

ส่วนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและการแปลผลความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
1. ด้านวิทยากร	5.00	ดีมาก
2. ด้านสถานที่/ระยะเวลา/อาหาร	4.65	ดีมาก
3. ด้านการให้บริการของผู้จัดโครงการ	5.00	ดีมาก
4. ด้านความรู้/ความเข้าใจ/การนำไปใช้	4.70	ดีมาก
โดยรวม	4.83	ดีมาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมี โดยรวมเท่ากับ 4.83 อยู่ในระดับดีมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ

ข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมโครงการ

1) เป็นโครงการที่ดี อยากให้มีการจัดกิจกรรมบ่อยๆ (2 คน)

2) เป็นกิจกรรมที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (1 คน)

3) เป็นโครงการที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุได้ดีมาก (2 คน)

4) สถานที่โปร่ง มีสื่อการสอนที่ดี และได้มีการทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม (2 คน)

5) อาหารอร่อย อากาศถ่ายเทสะดวก สถานที่เหมาะสม (2 คน)

9. ใช้ประโยชน์จากโครงการบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อนำไปพัฒนา

9.1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม ได้ร่วมกันเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ

ทำงานด้วยกันเพื่อเป้าหมายคุณภาพชีวิต (Quality of life) หรือสุขภาวะ (Well-being) ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนยายหอมอย่างต่อเนื่อง

9.2 อาจารย์พยาบาลได้เพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติการวิชาชีพโดยตรงกับผู้รับบริการ (Faculty practice) เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และวิธีการ/แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือชะลอความรุนแรงการเกิดโรคเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพ ตามหลักวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์

9.3. ชุมชนตำบลดอนยายหอมเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ร่วมกันของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน คณาจารย์ และนักศึกษา นำไปสู่การเชื่อมโยงหรือบูรณาการเรียนการสอนในหลักสูตร โครงการวิจัย และโครงการบริการวิชาการในสังคมต่อไป



ภาพที่ 1 แสดงการจัดโครงการ “คัดกรองโรคภัย สำนวณกาย สำนวณใจ ผู้สูงวัย สู้ภัยโควิด” ที่มาของภาพ โดย กฤษณาริ แยมเพ็ง

สรุป

เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ 5 อันดับแรก คือ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งผิวหนัง มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีปัญหาความสามารถในการเคี้ยว กัด กลืนอาหาร และมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอย่างเสมอภาคแห่งชาติ (National Center for Equitable Care for Elders: NCECE) เรื่อง ความต้องการการสนับสนุนของผู้สูงอายุในการส่งเสริมด้านสุขภาพเพื่อการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมอย่างมีสุขภาพ พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการประกอบด้วย การสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหาการเคลื่อนไหวและความคล่องตัวที่ลดลง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แหล่งบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม บริการสำหรับการรักษาและป้องกันผู้ที่มีปัญหาความจำเสื่อม และกลุ่มอาการทางจิต การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและได้รับการสนับสนุนผู้ดูแล (NCECE, 2016) และ

หลังจากการดำเนินโครงการเสร็จสิ้น คณะดำเนินโครงการได้สรุปข้อมูล และนำเสนอให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (Supportive services) สำหรับผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย ซึ่งควรเป็นการบริการเต็มรูปแบบ (Full service) ในกรณีที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่แทนผู้ให้บริการได้ แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพัง เช่น อยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุสูงวัยด้วยกัน จึงมีความจำเป็นต้องจัดบริการแบบเฉพาะเจาะจงให้กับผู้สูงอายุ (สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล, 2564) ตามกรอบแนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” เพื่อเป้าหมายพหุผลของผู้สูงอายุ คือ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง (วัชรารัตน์ วัชรบุณย์, 2564) และส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/5/155>.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. ๒๕๖๓*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/laws/th1601447155-817_0.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2566). *ยึดหลัก DMHTT เพื่อรับมือโควิด-19 ระลอกใหม่*. สืบค้นจาก <http://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16434&deptcode=brc>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สื่อประชาสัมพันธ์: ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.pr.moph.go.th/?url=pr/index/5/12/>.
- กัลยาณณ์ เขยโพธิ์. (2561). การเปรียบเทียบแบบประเมินผู้สูงอายุในชุมชนแบบครอบคลุมกับแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม. *แพทยสารทหารอากาศ*, 64(3), 85-88.



- ณปภข สัจฉนกุล. (2564). *การสูงวัยในที่เดิมอย่างมีสุขภาวะ : ข้อเสนอตัวแบบนโยบายจากบทเรียนต่างประเทศ*. เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์เวทีกลยุทธ์ “การสูงวัยในที่เดิม (Aging in Place) : ข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (น.1-5). กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2565). “สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๔”. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทินกร วงศ์ปการันย์ และณพทัย วงศ์ปการันย์. (2563). *แบบวัดความรู้สึกว่าเหงาๆซีแอลเอ ฉบับ 20 ข้อ ปรับปรุงจาก UCLA Loneliness Scale V.3*. สืบค้นจาก <http://www.pakaranhome.com/index.php?lay>.
- พัชรภรณ์ ตังชุม, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 182-194.
- เพ็ชรรัตน์ ไสยสมบัติ และดลฤดี สุวรรณศิริ. (2565). การปรับตัวของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์โควิด-19. *วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์*, 7(3), 100-114.
- วิชรา ไร่ไพบูลย์. (2564). *Ageing in Place: สรุปสถานการณ์ปัญหาและความท้าทาย*. เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์เวทีกลยุทธ์ “การสูงวัยในที่เดิม (Aging in place) : ข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (น.1-2). กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2560). แผนมตริตด้านผู้สูงอายุ : กรอบสหประชาชาติกับประเทศไทย. *วารสาร พญาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 16(2-3), 80-86.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป*. สืบค้นจาก http://www.ssko.moph.go.th/news2/upload_file/202102041143442.pdf
- สุรางค์รัตน์ จำเริญพล. (2564). *มาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย*. เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์เวทีกลยุทธ์ “การสูงวัยในที่เดิม (Aging in Place) : ข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (น.1-3). กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔*. สืบค้นจาก https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422.
- สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) ฉบับประชาชน*. สืบค้นจาก <http://nsr.nesdc.go.th/ns/>.
- อิทธิพร ขำประเสริฐ. (2565). *คู่มือ: แนวทางสำหรับการเขียนเอกสารโครงการของมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. กลุ่มงานแผน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- The National Center for Equitable Care for Elders: NCECE. (2016). *Aging in place: A resource for health centers*. Retrieved from https://ece.hsds.harvard.edu/files/ece/files/aging_in_place_final.pdf