



รายงานการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

Community and family development model for care the
elderly dependents in the Phetchaburi province

สุขศิริ ประสมสุข

ณัฐกร นิลเนตร

เกรียงไกร เกิดหนู

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก
สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ(วช)

ชื่องานวิจัย	รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี
ผู้วิจัย	สุขศิริ ประสมสุข ณฐกร นิลเนตร เกรียงไกร เกิดหนู
สาขา	พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา	พ.ศ. 2562

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาในการดูแลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลอย่างใกล้ชิด การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากกลุ่มตัวอย่าง 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ พัฒนารูปแบบการวิจัยแบบปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรวบรวมผลการสังเคราะห์ปัญหา 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนปฏิบัติการ 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิบัติการ และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการประเมินผล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 30 คนในจังหวัดเพชรบุรีและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสะท้อนคิดและสนทนากลุ่มโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและสาระสำคัญ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ความรู้ และทัศนคติ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.36, p=.005$) ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.45, p=.00$) ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ส่วนผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุรวมถึง การฟื้นฟูสภาพและได้จัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยภายหลัง 12 เดือน พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ สูงกว่าก่อนทดลองและ ระดับการรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถด้านจิตใจและจิตสังคม การจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย และพลังอำนาจของครอบครัวผู้ดูแลโดยรวมภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนระดับการรับรู้ด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน

ส่วนข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้ประเด็นหลักควรที่จะมีการเสริมสร้างพลังอำนาจและเผยแพร่ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลต่อไปเพื่อให้เกิดความผาสุกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงและนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในบริบทอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การสร้างพลังอำนาจ

ABSTRACT

Research title	Community and family development model for care the elderly dependents in the Phetchaburi province
Researcher	Suksiri prasomsuk, Nathakorn nilnate, Kraingkai kead-Nu
Program	Nursing Science
Academic Year	2019

Abstract

Due to the increasing number of the elderly dependents in present society, the burden and problem of caregivers still were increased on giving care to the elderly dependents. The caregivers must have the specific knowledge and skill to giving care the elderly dependents closely. This study aims to develop a community and family development model for care the elderly dependents and study the effectiveness of the empowerment program among caregivers. This Mixed Method research was carried out with composed of 1) the descriptive study to explore the level of Knowledge, Attitude in elderly care and perceived self-efficacy of 60 caregivers for elderly dependency. The data were collected through questionnaires. The data analysis was manipulated by the percentage, mean, and standard deviation and

Pearson product-moment correlation coefficient and 2) the participatory action research (PAR) with thirty caregivers with the elderly dependents, participated in focus groups. The PAR model development comprised of five stages of participatory process, including (1) Assessment and Information for decision and action, (2) Negotiable planning, (3) Management of community resources (4) Operating action, and (5) Evaluation. The qualitative data analysis was used reflexive and critical dialectic through a reiterative process and identified dominant themes.

The quantitative research result revealed that the average Knowledge, Attitude in elderly care score of caregivers for elderly dependency were at high level, while self-efficacy score was at a moderate level. There was a significant relationship between attitude and knowledge, attitude and self-efficacy. However, there was no significant relationship between knowledge and self-efficacy.

The qualitative research result revealed that the caregivers still had lack of knowledge and need gaps including health promotion and rehabilitation among this groups. We arranged the empowerment program for those caregivers. After 12 months of program implementation, knowledge, psycho-social perception and empowerment score indices increased statistical significantly (p -value <0.001) except the physical perception was not different statistical significantly. This research was commended that the project activities should be empowered participants to create and share knowledge, which improved the well-being of caregivers caring for the elderly dependents. This model could be applied in another context.

KEYWORDS: the elderly dependents, PAR, empowerment

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากสำนักวิจัยและส่งเสริมวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ดร. ศนิกันต์ ศรีมณี และ ดร. นำพิชญ์ ธรรมทีเวศน์ ที่ได้กรุณาสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งได้ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท้อน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะท้อน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะท้อน ที่ได้สละเวลาและมีส่วนร่วมในการงานวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยนี้จะไม่ประสบความสำเร็จถ้าปราศจากความร่วมมือจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทุกระยะ

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จนี้ที่เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยประสบ
ผลสำเร็จเป็นอย่างดี คือ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยไปทำการศึกษาวิจัยจนประสบ
ความสำเร็จด้วยดี

สุขศิริ ประสมสุข

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(6)
สารบัญ.....	(7)
สารบัญตาราง.....	(9)
สารบัญภาพ สารบัญแผนภูมิ.....	(10)

บทที่

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย.....	2
วิธีดำเนินการวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย.....	3
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	8
แนวคิดเป้าหมายการพัฒนาผู้สูงอายุ.....	12
แนวคิดภาวะพึ่งพิง.....	16
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
รูปแบบการวิจัย.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	51
ตอนที่ 1 คุณลักษณะของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	51
ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์ของชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง...	55
ส่วนที่ 3 ผลการประเมินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว.....	70
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
สรุปผลการวิจัย.....	73
อภิปรายผลการวิจัย.....	77
สรุปผลการพัฒนารูปแบบการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	79
บรรณานุกรม.....	83
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก บทสรุปผู้บริหาร.....	87
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองการใช้ประโยชน์.....	99
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	102
ภาคผนวก ง หนังสือตอบรับตีพิมพ์.....	109
ประวัติผู้วิจัย.....	122

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง.....	19
4.1	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	52
4.2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	54
4.3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	54
4.4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	55
4.5	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ดูแล.....	55
4.6	ระดับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อน การทดลองและหลังการทดลอง.....	71
4.7	การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกี่ยวกับความสามารถ ด้านต่าง ๆ ก่อนและหลังการทดลอง.....	72

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
2.1 กรอบความคิดของคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ	13

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
2.1 แสดงระดับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย.....	18
2.2 แสดงการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยตามแนวคิดเฟลอร์รี่.....	32
3.1 แสดงการวิจัยแบบกึ่งทดลองวัดก่อนและหลัง.....	46
5.3 กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	74

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเพิ่มของประชากรสูงอายุรวดเร็ว เนื่องจากประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นผลจากอัตราการตายลดลง จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยพบว่าจำนวนประชากรสูงอายุในปี พ.ศ.2550 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2503 มีจำนวนประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 1.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคนในปี 2548 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี 2568 คือ 14 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.3 และ 20 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ สถานการณ์นี้ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนการพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้น ทั้งการพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจถึง 1 ใน 4 คน และ ร้อยละ 13.7 มีรายได้ไม่พอเพียงรายจ่าย (Wibulpolprasert, S., 2011) และคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวถึง 80 ปี และในผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ติดสังคมหรือพึ่งตนเองได้ (ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก) ติดบ้านหรือพึ่งตนเองได้บ้าง(ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง) ติดเตียงหรือพึ่งตนเองไม่ได้ (ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย) เป็นผู้สูงอายุในอนาคตที่ต้องการการจัดการดูแล ช่วยเหลือในชุมชน (Kawinarat, S.,2014) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพาทางด้านสุขภาพสูง โดยพบว่าร้อยละ 50.0 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีสุขภาพไม่แข็งแรง โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พบร้อยละ 42.66 โรคระบบต่อมไร้ท่อ พบร้อยละ 24.34 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 20.85 และยังมีอายุยืนยาวขึ้นโอกาสเกิดโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาสุขภาพสูงมากขึ้น ปัญหาการพึ่งพาทางสุขภาพก่อให้เกิดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ (Ministry of Social Development and Human Security, 2015).

จากสถานการณ์ในอนาคตที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรหลายประการ ผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ต้องพึ่งพิงและผู้สูงอายุติดเตียงจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ที่มีการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูงจัดเป็นภาระหนักงานที่หนัก และซับซ้อนในการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระที่ยาวนานในการดูแลต้องมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงใน บทบาทหน้าที่ตนเอง อาจเกิดความคลุมเครือในบทบาท และความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิต

เกิดขึ้นบางรายต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ดูแลมีหน้าที่ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนยังไม่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนไม่ได้มีความรู้ความสามารถ เกี่ยวกับการดูแลโดยตรง ไม่เคยมีประสบการณ์ รวมทั้งยังมี ภาระในด้านอื่น ๆ เช่น งานภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและผู้ดูแลบางคนมีครอบครัว ของตนเองที่ต้องดูแลนำมาซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุเห็นได้ว่า ภาวะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลมีข้อจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม (Passakorn Suanrueang, et al., 2018) รวมถึงผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจึงเป็นที่มาของความต้องการด้านต่าง ๆ และการดูแลจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ปัจจัยทางเศรษฐกิจรวมถึงรายได้ของครอบครัว ปัจจัยทางสังคมทั้งด้านการศึกษาความรู้ความสามารถของผู้ดูแล สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ศักยภาพการดูแลในครอบครัว และระบบบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

จังหวัดเพชรบุรีมีจำนวนประชากร ทั้งหมด 341,463 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 47,696 คน จำนวนผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 13,758 คน จำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 699 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2560) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจจะศึกษาสถานการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงนำเสนอรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อตัวบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวและเป็นข้อมูลพื้นฐานและจะชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อวางแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

1.4.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมจะมีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1.4.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมจะมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

1.5 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี การวิจัยนี้ได้ออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Method) โดยการเริ่มต้นด้วยการสำรวจข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิโดยหน่วยในการสังเกต (Unit of observation) จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน

1.6 ขอบเขตการวิจัย ในการศึกษาค้นคว้าหลักการอันเป็นขอบเขตการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา เนื้อหาที่สำคัญอันจะเป็นประเด็นมุ่งเน้นในการศึกษาค้นคว้า จะครอบคลุมเกี่ยวกับสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ขอบเขตด้านพื้นที่ พื้นที่ในการรวบรวมข้อมูลจะประกอบด้วย พื้นที่ตำบลไร่สะทอน จังหวัดเพชรบุรีเป็นพื้นที่ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีเหตุผลที่เลือกศึกษาดังนี้ 1) เป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุดในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี 2) มีชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานอย่างคึกคัก

ขอบเขตด้านเวลา การวิจัยครั้งนี้ จะแบ่งช่วงเวลาออกเป็น 3 ช่วง

ช่วงที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้มีประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นและวัตถุประสงค์ของการวิจัยซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง
2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชน ได้แก่
 - 1) กลุ่มผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน สมาชิก อบต.
 - 2) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่นๆ

ช่วงที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง
- 2) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชน ได้แก่
 - 1) กลุ่มผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน สมาชิก อบต. สมาชิกเทศบาลอื่น ๆ
 - 2) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่น ๆ

ช่วงที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์สถานการณ์ (Community Participatory in Diagnosis) ประกอบด้วย การสำรวจสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคมสิ่งแวดล้อมของชุมชน และศึกษาสถานการณ์ของชุมชนในบริบทต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบต่อ การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและประเมินศักยภาพการพัฒนา ชุมชนและครอบครัวเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงแบบบูรณา การ

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการรวบรวมและ สังเคราะห์ปัญหา (Community and family participatory in Reconnaissance) ประกอบด้วย การจัดการระบวงกลุ่มเพื่อให้ชุมชนและครอบครัวเรียนรู้การรวบรวม สังเคราะห์และวางแผนแก้ไขการ ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการระบวงดังกล่าวนี้จะพัฒนาระบบวิธีคิดของชุมชนในการ ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง การพัฒนาเป็นผู้นำและการระดมทรัพยากรของชุมชนมาใช้ในการแก้ไข ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการวางแผน ปฏิบัติการ (Community Participatory in Action Planning) ประกอบด้วย การพิจารณา ทางเลือกและวางแผนในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและ ครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิบัติการ (Community Participatory in Action) เป็นการพัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง โดยการจัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างชุมชน มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Community Participatory in Evaluation) ประกอบด้วย การประเมินผลการปฏิบัติการวิจัยได้แก่

- 1) **การประเมินผลกระบวนการ** (Process evaluation) ได้แก่ การมีส่วนร่วม ของชุมชนในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติการวิจัย กระบวนการเรียนรู้ของ ชุมชนที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัย และการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

- 2) การประเมินผลที่ได้จากการวิจัย (output evaluation) ได้แก่ การประเมินประสิทธิผลการรับรู้การดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของกลุ่มเป้าหมาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีวิจัย ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 6 เดือน

1.7 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึงผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การให้การศึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ ส่วนในด้านจิตใจการพึ่งพิงอาจหมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหาการอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า ในด้านสังคมก็สามารถหมายถึงการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2552)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury (1991) โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรม และบทบาทของพยาบาลจะปรับเปลี่ยนจาก “ผู้เชี่ยวชาญ” มาเป็น “ผู้สนับสนุน” ไม่ว่าจะเป็นในด้านการเอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ และทักษะที่จำเป็น การช่วยเหลือครอบครัวในการแสวงหาแหล่งประโยชน์หรือแหล่งทรัพยากร รวมถึงการเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีศักยภาพต่อไป

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

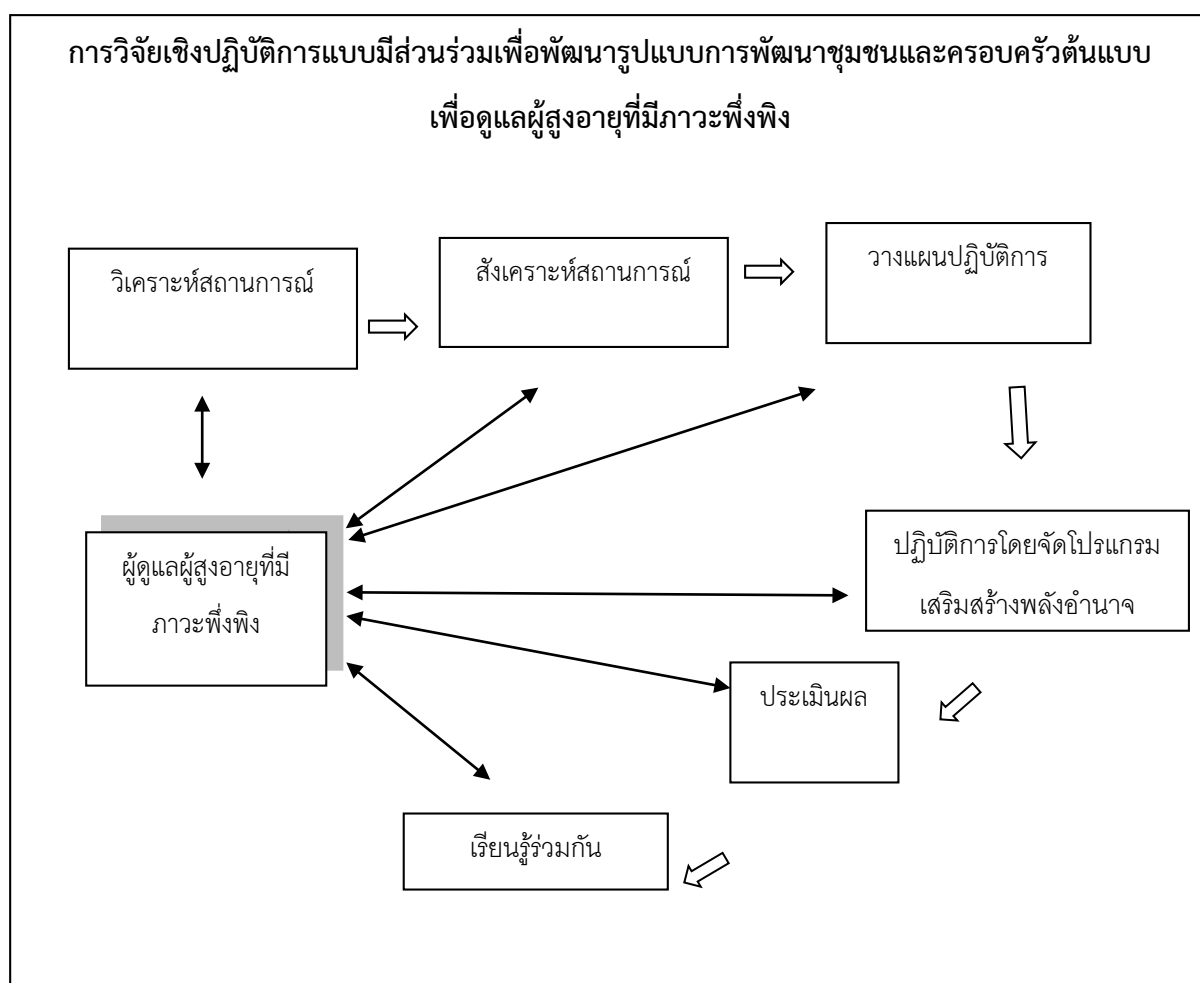
1. ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ ดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. บุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาจากการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในกลุ่มต่าง ๆ ให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยหรือโรคได้ด้วยตนเอง ชะลอความก้าวหน้าของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการลดผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

1.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ความสำคัญที่ความสามารถของคนในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือกลุ่มคนเพื่อหาวิธีการแก้ไขและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ การมีส่วนร่วมของกลุ่มคนที่ศึกษาต้องเกิดขึ้นตลอดกระบวนการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพ ในการเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้านและการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งกระตุ้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงตามแนวนโยบายของรัฐ โดยชี้ให้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบจากขาดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดระบบบริการตามบริบทของพื้นที่ (ภาพที่ 1.1)

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการติตราทางสังคมจากการติดเชื้อ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี” มีแนวคิด ทฤษฎี และนโยบายที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิดเป้าหมายการพัฒนาผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดภาวะพึ่งพิง
- 2.5 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2.6 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติกำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลกว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เช่นเดียวกัน องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2010)

ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
3. ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปี ขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

นอกจากนั้น ยังมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ดังนี้ (กลุ่มพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน, 2552)

กลุ่มที่ 1 ติดสังคม ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ สามารถเดินขึ้นบันไดเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี ใช้สุขาด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพ ไม่สามารถ ย้ายตนเองขณะนั่งได้ ไม่สามารถขยับได้ในท่านอน การรับประทานอาหารกลืนลำบากแม้ว่าผู้ดูแลจะ ป้อนอาหารให้ ต้องขยับภายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลาต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็น ประจำ

2.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) มียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ยุทธศาสตร์ และมีมาตรการหลัก 19 มาตรการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

1.1 มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

1.2 มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

1.3 มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของ ผู้สูงอายุ

2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก

2.1 มาตรการการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

2.2 มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งองค์กรผู้สูงอายุ

2.3 มาตรการการส่งเสริมด้านการงานหารายได้ของผู้สูงอายุ

2.4 มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

2.5 มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทที่มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

2.6 มาตรการการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

3.1 มาตรการคุ้มครองด้านรายได้

3.2 มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ

3.3 มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

3.4 มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

4.1 มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ

4.2 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

5.1 มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

5.2 มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

5.3 มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

5.4 มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

ในยุทธศาสตร์และมาตรการหลัก มีหลายมาตรการหลักที่สามารถนำมาดำเนินการเพื่อหารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้เสนอกรอบแนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

กรอบแนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ

หลักการการดูแลแบบผสมผสาน (Integrated care)

- การดูแลแบบองค์รวม โดยดูแลทั้งด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพทั่วไป โรคเรื้อรังที่พบบ่อย เบาหวาน ความดัน ด้านจิตใจ ภาวะเครียด/ซึมเศร้า ด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ความยากจน/ถูกทอดทิ้ง/ด้อยโอกาส ด้านจิตวิญญาณ การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การขาดความสุขในชีวิต

- การดูแลในมิติการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพ

- การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวชุมชน

- การดูแลที่ครอบคลุมลักษณะบริการ Home care, day care, chronic care, terminal care

- การประสานการดูแลร่วมกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง (Co-ordination) เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องและระบบสนับสนุน ได้แก่ กิจกรรม คู่มือแนวทางดูแล ระบบส่งต่อระบบให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วย

- Social welfare จัดบริการทางด้านสวัสดิการสังคม จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพ การหารายได้ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและลดการพึ่งพิง

- บทบาทชุมชน (รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัว) การเตรียมชุมชนให้มีความเข้าใจสภาพผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อาทิ การเตรียมความพร้อมต่อการลดภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

การสร้างการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน โดยผ่านชมรมผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้สูงอายุ มีเวทีในการแลกเปลี่ยนความรู้จากการทำงาน กิจกรรมต่อเนื่องที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนา

การระดมความช่วยเหลือจากชุมชน การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น กองทุนกายอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ การทอดผ้าป่าช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาสในชุมชนระหว่างหน่วยบริการ การมีทะเบียนคนไข้ และมีทีมสุขภาพที่ดูแลตลอดการรักษา ประสานความช่วยเหลือกับชุมชน วัด ท้องถิ่นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Care Provider ให้บริการด้านสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพโดยตรง ให้ข้อมูลทางวิชาการ ระบุปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มที่ป่วยและไม่ป่วย

Care manager สนับสนุน ต่อยอดสิ่งที่ทำดีอยู่แล้ว ประสานเชื่อมโยงกับแหล่งบริการ หรือแหล่งทรัพยากรอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพอย่างต่อเนื่อง

Advocate and empowerment กระตุ้น สนับสนุน และเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องให้มีบทบาท เข้ามามีส่วนร่วมหลักในการดูแลและจัดการปัญหา

- บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

Law enforcement พื้ทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกทอดทิ้ง ดำเนินการช่วยเหลือให้เป็นไปตามกฎหมาย

Resource support สนับสนุนงบประมาณ กองทุน ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานอื่นในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ

การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

จากพระราชดำรัส "เศรษฐกิจแบบพอเพียง" พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พระราชทานเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2540

เศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง วิธีการดำเนินชีวิตของคนโดยการพึ่งตนเอง มีความประหยัด พัฒนาตนเองให้มีการเรียนรู้ ภูมิปัญญา สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น รู้จักใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างมีคุณค่าอย่างยั่งยืน มีจิตสำนึกที่ดีต่อตนเองและสังคม ช่วยเหลือเพื่อดูแลกัน ถือเป็นแนวทางที่คนไทยจะต้องรู้ เพื่อนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านวัฒนธรรม ถ้าใช้เศรษฐกิจพอเพียงเป็นหลักคิดและปฏิบัติในการดำเนินชีวิตก็สามารถอยู่ได้อย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ปรับตัวและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง

การดำเนินชีวิตภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

สำหรับการดำเนินชีวิตภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวทางพระราชดำริ เป็นความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างไม่เดือดร้อน มีความเป็นอยู่อย่างพอประมาณตามฐานะ ตามอัตภาพและที่สำคัญไม่หลงใหลตามกระแสวัตถุนิยม มีอิสรภาพในการประกอบอาชีพ เดินทางสายกลาง ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองได้

เศรษฐกิจพอเพียงเป็นการดำเนินชีวิตทางสายกลาง ยึดหลักการพึ่งพาตนเอง ดังนี้

1. ด้านจิตใจ

ทำตนให้เป็นที่พึ่งตนเอง

มีจิตสำนึกที่ดี

สร้างสรรค์ให้ตนเองและชาติ

คำนึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

2. ด้านสังคมและชุมชน

ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

สร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง

3. ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

มีการจัดการอย่างชาญฉลาด

รู้คุณค่าของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ตั้งอยู่บนพื้นฐานการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

4. ด้านเทคโนโลยี

ใช้เทคโนโลยีพื้นฐานและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ และสภาพแวดล้อม

ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

พัฒนาเทคโนโลยีจากภูมิปัญญาของเราเอง

5. ด้านเศรษฐกิจ

เพิ่มรายได้

ลดรายจ่าย

เศรษฐกิจพอเพียงเป็นการดำเนินชีวิตทางสายกลาง ยึดหลักการพึ่งพาตนเอง การที่จะมีสุขภาพที่ดีนั้น การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถกระทำได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันและสร้างภูมิคุ้มกันก่อนที่จะเจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพตนเองสามารถทำได้โดยใช้หลัก 8 อ. ดังนี้

1. อาหาร รับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ รับประทานอาหารแบบพอดีไม่มากและไม่น้อยเกินไป

2. ออกกำลังกาย โดยการแกว่งแขนวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

3. อารมณ์ การปฏิบัติธรรม การหัวเราะ

4. อนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี มีพื้นที่สีเขียวในชุมชน ในบ้าน สถานที่ทำงาน
 5. อุปนิสัย มีความรอบคอบ รู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงิน แสวงหาความรู้อยู่เสมอ
 6. อโรควา มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพื่อสุขภาพที่ดี
 7. อาชีพ ที่สุจริต ทำงานด้วยความขยันอดทน เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย
 8. อาสาสมัคร การสร้างชุมชนให้น่าอยู่ คนที่อยู่ในชุมชนมีความสำคัญมาก ถ้าคนในชุมชนมีความเข้มแข็งร่วมมือ ในการพัฒนาชุมชน ร่วมกันสร้าง ร่วมกันทำ และร่วมใจพัฒนาจะมีผลทำให้ชุมชนนั้นน่าอยู่และในที่สุดจะทำให้ประเทศชาติมีความแข็งแกร่งและแข็งแรง
- สรุปได้ว่าการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จะรวมถึงการมีสุขภาพะทางกาย ทางจิต และทางสังคมครอบคลุมสุขภาพของปัจเจกบุคคล และสุขภาพทางสังคมในการอยู่ร่วมกัน ซึ่งสามารถเริ่มต้นได้จากตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2.3 แนวคิดเป้าหมายการพัฒนาผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) กล่าวถึงแนวคิดนี้ในหนังสือ สวัสดิการผู้สูงอายุ แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ คือ การดำเนินงานเพื่อก่อให้เกิดสวัสดิการที่ดีต่อผู้สูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับแนวคิดที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาสังคมหลากหลายประการ ในที่นี้นำเสนอเพียง 3 แนวคิด ที่เป็นแนวคิดหลักในประเทศไทยปัจจุบัน คือ แนวคิดคุณภาพชีวิต แนวคิดความมั่นคงของมนุษย์ และแนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสวัสดิการ ซึ่งแต่ละแนวคิด มีรายละเอียดและเป้าหมาย ดังนี้

1. แนวคิดคุณภาพชีวิต

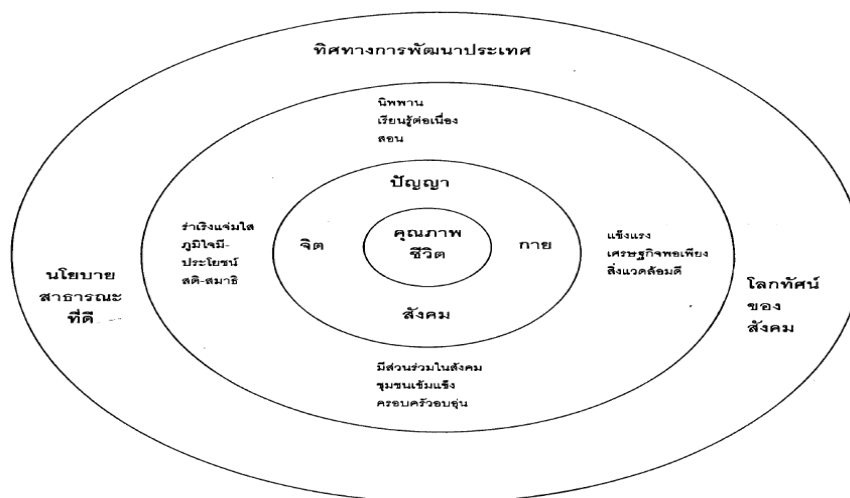
เป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประเทศประการหนึ่ง คือ การมุ่งให้ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีสามารถพึ่งตนเองได้ และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งหมายถึง ประชาชนนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) คำว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นคำศัพท์ที่ค่อนข้างจะเป็นนามธรรม และเป็นจิตวิสัย (Subjective) ครอบคลุมบริบท ทั้งเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและค่านิยมต่างๆ ดังนั้น การให้ความหมายการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพน่าจะครอบคลุมคุณลักษณะดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

ประเด็นที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful ageing) เป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความพึงพอใจและความปรารถนาของตนเอง ซึ่งความหมายตามนัยนี้ ค่อนข้างเน้นแนวคิดทางด้านจิตวิทยาและแนวทางการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคล ในลักษณะของหลากหลายแนวทาง (Multicriteria Approach) คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย การมีช่วงระยะเวลาของการมีอายุยืนยาว มีภาวะด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีการตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถทางสังคม และเศรษฐกิจ ความสามารถในการควบคุมตนเอง และมีความพึงพอใจในชีวิต (Koff, 1982 ; Bengtson & Kuypers, 1985 ; Rowe & Kahn, 1987)

ประเด็นที่ 2 การมีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและความสามารถ (Productive Ageing) (Caro; Bass & Chen, 1993) เป็นความสามารถในการพึ่งพาตนเองเท่าที่จะทำได้ของผู้สูงอายุ แนวคิดนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองและแก้ไขทัศนคติทางลบต่างๆ ต่อผู้สูงอายุโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นแนวคิดที่ให้จุดเด่นกับการนำความสามารถของผู้สูงอายุไปใช้ประโยชน์นั่นเอง

จากแนวคิดดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ คือ ผู้ที่มีศักยภาพและความสามารถเป็นหลัก แต่ขณะเดียวกันก็ได้ละเลยที่นำแนวคิดของการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มาพิจารณาร่วมด้วย ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุในอนาคตจะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในลักษณะขององค์รวมอย่างรอบด้าน ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจึงหมายถึง ผู้ที่ดูแลตนเองได้ (Self-Care) พึ่งตนเองได้ (Self-Reliance) ทำในสิ่งที่ปรารถนาได้ตามศักยภาพของตน ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ

องค์ประกอบดังกล่าว ปรากฏในกรอบความคิดของคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ ดังนี้



ภาพที่ 2.1 กรอบความคิดของคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ

2. แนวคิดความมั่นคงของมนุษย์

แนวคิดความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) ได้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ จากจุดที่เน้นความมั่นคงทางการเมืองเป็นหลัก มาสู่จุดเน้นความมั่นคงของมนุษย์ โดยมุ่งให้เกิดการพัฒนาที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Center) ดังนั้น ความมั่นคงของมนุษย์ จึงมีความหมายได้ 2 ประเด็น คือ อาจหมายถึง การดำเนินการปกป้องมนุษย์ เพื่อให้เกิดความเป็นอิสระ ความปลอดภัยจากการกระทำ สถานการณ์ที่เกิดในภาวะฉุกเฉิน และที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น อีกความหมายหนึ่ง หมายถึง การสร้างระบบเพื่อให้ประชาชนมีความอยู่รอด มีศักดิ์ศรี และดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม ซึ่งจาก 2 ความหมายดังกล่าวนี้ ความมั่นคงของมนุษย์จึงมีเป้าหมายเบื้องต้น ที่มุ่งให้เกิดความเป็นอิสระและปลอดภัยในหลากหลายประการ ได้แก่ ความเป็นอิสระจากความต้องการ และความขาดแคลน ความปลอดภัยจากความกลัว และความปลอดภัยจากการถูกกระทำที่ไม่เหมาะสมอื่นๆ

การดำเนินงานเพื่อให้เกิดความมั่นคงของมนุษย์ดังกล่าว ได้มีการกำหนดยุทธวิธีหลัก 2 ประการ ได้แก่ การปกป้อง (Protection) และการเสริมสร้างพลัง (Empowerment) โดยการปกป้องเป็นยุทธวิธีที่มุ่งป้องกันประชาชน ให้ปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างค่านิยมทางสังคม การพัฒนากระบวนการให้เป็นระบบ เพื่อป้องกันความไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัยต่างๆ ส่วนการเสริมสร้างพลังเป็นกลวิธีที่จะช่วยสร้างประชาชนให้พัฒนาศักยภาพ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเต็มที่ ซึ่งยุทธวิธีทั้ง 2 ประการนี้ เป็นสิ่งที่มุ่งเสริมแรงแก่ประชาชนในทุกสถานการณ์และทุก

กรณี ดังนั้น แนวคิดความมั่นคงของมนุษย์ จึงเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้เป็นเป้าหมายในการดำเนินงาน เพื่อผู้สูงอายุร่วมกับแนวคิดอื่น

3. แนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการ

แนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ ที่ยึดถือกันมานานและยังคงเป็นรากฐานในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แนวความคิด 2 ประการ คือ แนวคิดด้านมนุษยธรรม (Humanitarian Aspect of Aging) ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม และความต้องการด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม ครอบครัว สวัสดิการสังคม ความมั่นคงทางรายได้ และการจ้างงาน รวมถึงการศึกษา ส่วนอีกแนวคิดหนึ่ง ได้แก่ แนวคิดด้านพัฒนา (Developmental Aspect of Aging) ซึ่งหมายถึง แนวคิดที่มุ่งส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แนวความคิดหลักดังกล่าวนี้ ถือว่าเป็นกรอบในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุของประเทศไทย และประเทศอื่นๆ ต่อมาความสนใจในเรื่องผู้สูงอายุของนานาประเทศมีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จึงมีการกำหนดหลักการในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยสมัชชาสหประชาชาติได้รับรองสิทธิของผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2534 และประเทศต่างๆ ได้ยึดถือเป็นหลักการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน หลักการที่สหประชาชาติเน้น 5 ประการ คือ ความเป็นอิสระ การมีส่วนร่วม การดูแลเอาใจใส่ ความพึงพอใจในตนเอง และเรื่องศักดิ์ศรี ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1. ความเป็นอิสระ หมายถึง ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับอาหาร น้ำดื่ม ที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่มและการดูแลด้านสุขภาพอนามัย อย่างเพียงพอ มีโอกาสได้ทำงาน และควรมีส่วนร่วมกำหนดภาวะการพ้นจากแรงงานของตนเอง สามารถอาศัยอยู่ท่ามกลางสภาวะแวดล้อมที่ปลอดภัย และสามารถอาศัยอยู่ในบ้านให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ รวมถึงมีโอกาสได้รับประโยชน์จากแผนงานด้านการฝึกอบรมและการศึกษาที่เหมาะสมอีกด้วย

2. การมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมกำหนดและดำเนินการตามนโยบายที่จะมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเองโดยตรง รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนความรู้และทักษะกับคนรุ่นหลัง นอกจากนี้ ในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องสามารถแสวงหาและขยายโอกาสสำหรับการให้บริการแก่ชุมชนตามความสนใจ และขีดความสามารถของผู้สูงอายุเอง ประการสำคัญ คือ ผู้สูงอายุสามารถรวมตัวเพื่อเคลื่อนไหวหรือก่อตั้งสมาคมผู้สูงอายุได้

3. การดูแลเอาใจใส่ ผู้สูงอายุควรได้รับประโยชน์จากการปกป้องคุ้มครอง และการดูแลของครอบครัวและชุมชน ซึ่งต้องสอดคล้องกับระบบ ค่านิยม และวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้สามารถดำรงอยู่ในสังคม ได้รับการฟื้นฟูให้สภาวะทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อยู่ในระดับที่สมบูรณ์ ในด้านบริการสังคมและทางกฎหมาย ผู้สูงอายุควรได้รับการปกป้องและคุ้มครองด้วยดี ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งสถาบันที่ให้บริการด้านการปกป้องคุ้มครอง ฟื้นฟู การกระตุ้นทางสังคมและจิตใจ ต้องสร้างสภาวะแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเห็นอกเห็นใจให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ เมื่ออยู่ภายใต้ที่พักอาศัย สถานที่บำบัด หรือดูแลรักษาใดๆ ก็ตาม ซึ่งรวมถึงการให้ความเคารพในศักดิ์ศรี ความเชื่อ ความต้องการ และความเป็นส่วนตัว รวมทั้งเคารพในสิทธิของผู้สูงอายุที่จะตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง

4. ความพึงพอใจในตนเอง ในประเด็นนี้ ผู้สูงอายุควรมีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเอง ได้อย่างเต็มที่ และผู้สูงอายุควรได้ใช้ทรัพยากรด้านการศึกษา วัฒนธรรม จิตใจ และสันตนาการที่มีในสังคมให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

5. ศักดิ์ศรี ในประเด็นสุดท้าย เรื่องศักดิ์ศรี ผู้สูงอายุควรมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีความมั่นคงปลอดภัย และไม่ถูกแสวงหาประโยชน์ หรือถูกเอาเปรียบ ไม่ว่าจะทางร่างกายหรือทางจิตใจ รวมทั้งผู้สูงอายุควรได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม โดยไม่คำนึงถึงเพศ เชื้อชาติ หรือเผ่าพันธุ์ ความพิการ หรือสถานะอื่นๆ และควรได้รับการยกย่องว่ามีคุณค่านอกเหนือจากประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุมีส่วนช่วยเสริมให้แก่สังคมอีกด้วย

สำหรับประเทศไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้บัญญัติถึงเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ ในหมวดของสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย และหน้าที่ชนชาวไทย และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุไว้หลายประการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ เป็นสิ่งที่ยึดถือปฏิบัติเช่นเดียวกับหลักการอื่นๆ ด้วย ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดพื้นฐานในการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุ เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของประเทศต่างๆ และบุคลากรในประเทศนั้นๆ ที่ให้ความสนใจและให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งพยายามกระตุ้นและเสริมสร้างจิตสำนึกต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นแนวคิดพื้นฐาน เป็นหลักในการพิจารณาปัญหาผู้สูงอายุ และพร้อมที่จะจัดบริการเพื่อผู้สูงอายุต่อไป

2.4 แนวคิดภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิงโดยความหมายทั่วไปอาจหมายถึงการพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การให้การศึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ ส่วนในด้านจิตใจการพึ่งพิงอาจหมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหาการอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า ในด้านสังคมก็สามารถหมายถึงการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2552)

อย่างไรก็ตามได้มีการให้ความหมายของภาวะพึ่งพิงโดยยึดหลักองค์รวมโดยให้ความหมายว่า ภาวะพึ่งพิง หมายถึง ภาวะที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากการสูญเสียอัตลักษณ์ด้านร่างกาย ด้านจิตใจหรือด้านความเฉลียวฉลาด ซึ่งการให้ความหมายเช่นนี้จะเห็นได้ว่าภาวะพึ่งพิงเน้นความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการที่บุคคลยังมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองถึงแม้ว่าจะมากขึ้นเป็นตัวบ่งชี้ว่าคุณสามารถดำเนินชีวิตในบ้านของตนเองได้ และถ้าไม่สามารถดำเนินชีวิตในบ้านได้ก็แสดงถึงความต้องการการดูแลในระยะยาว อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของคุณไม่ใช่แค่ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น ดังนั้นการให้คำจำกัดความของภาวะพึ่งพิงจึงควรคำนึงถึงภาวะพึ่งพิงทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคมและเศรษฐกิจนอกจากนั้นภาวะพึ่งพิงอาจส่งผลให้สูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม การขาดการเข้าถึงสภาพแวดล้อมในบ้านและเพลิงทรัพยากรทางเศรษฐกิจในชีวิต (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2552)

ประเภทของภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิงสามารถจำแนกตามองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ภาวะพึ่งพิงด้านร่างกายหรือภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ภาวะพึ่งพิงในความหมายของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living, ADL) หมายถึง การที่บุคคลสูญเสียหรือพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกระบวนการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับ

สิ่งแวดล้อมอย่างไม่หยุดนิ่งซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ดีของสมรรถภาพด้านร่างกายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยได้แก่แรงจูงใจ ความสามารถด้านร่างกาย ความเจ็บป่วย ความสามารถในการกระบวนกรคิด และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประกอบด้วยความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมในบ้าน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก-นั่ง การเคลื่อนที่ การใช้ส้วม และอาจรวมไปถึงการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ ส่วนกิจกรรมนอกบ้าน เช่น การจัดการด้านการเงิน การเดินทาง เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่กล่าวมาผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามเมื่อมีปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้บกพร่อง เช่น การเจ็บป่วย และความเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมที่กล่าวมา การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ด้านร่างกายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นบ่อยสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากความเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังร่วมกับความเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวชี้วัดความต้องการการดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้นสำหรับประชากรสูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบพื้นฐาน ได้แก่ 1) การประสานการทำงานของกล้ามเนื้อเล็ก (coordination fine motor) 2) การทรงตัว (balance) 3) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strength) 4) ความยืดหยุ่น (flexibility) และ 5) ความทน (endurance) ถ้าบุคคลมีองค์ประกอบพื้นฐานทั้ง 5 ด้านทำให้บุคคลสามารถเคลื่อนไหวแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นการประสานการทำงานระดับที่ 1 (integration level I) ซึ่งกิจวัตรประจำวันเป็นการประสานการทำงานระดับที่ 2 (integration level II) เนื่องจากเป็นการทำงานที่มีเป้าหมาย (Task or goal-oriented function) ส่วนการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท (role functions) จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระดับสูงสุด (integration level III) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง

อายุ	ชาย		หญิง	
	2539-40	2546-47	2539-40	2546-47
60-69 ปี	0.5	0.8	1.1	0.9
70-79 ปี	2.7	1.2	2.6	1.3
80+ ปี	5.2	2.5	8.1	3.6
รวม	1.7	1.1	2.4	1.2

ที่มา: การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-40 และ 2546-47

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2549) ทำการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทยในปี 2549 โดยสำรวจผู้สูงอายุทั้งหมด 9461 คน ผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 0.7-2.8 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะการขึ้นลงบันไดเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้ด้วยตนเองมากที่สุดร้อยละ 2.8 กิจกรรมอาบน้ำ ขึ้นลงเตียง และเดินไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองร้อยละ 1.6 ในส่วนกิจกรรมนอกบ้าน ได้แก่ การเดินทางไปไหนมาไหน การเลือกซื้ออาหารและสิ่งของ การปรุงและอุ่นอาหารการจัดการเรื่องการเงิน และการใช้โทรศัพท์พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 4.4-11.0 ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองนอกจากนั้นสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) ได้ทำการสำรวจประชากรสูงอายุของไทยของในปี 2550 ผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุที่

สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองแยกตามรายการกิจกรรมร้อยละ 72.9-97.6 โดยร้อยละ 72.9 และ 74.0 สามารถยกของหนักและการเดินทางขึ้นรถ-ลงเรือได้ด้วยตนเอง

2. ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ

ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การที่บุคคลสูญเสียหรือพรองความสามารถในการสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจด้วยตนเอง ในผู้สูงอายุสาเหตุที่สำคัญคือความยากจนเนื่องจากข้อจำกัดด้านศักยภาพด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานที่ลดลง ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในกระบวนการผลิตและการบริหารจัดการเพื่อการแข่งขันทำให้สูงอายุไม่เป็นที่ต้องการของตลาดแรงงาน จากผลการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ในปี 2549 พบว่าร้อยละ 30.3 ของประชากรสูงอายุมิรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าเส้นความยากจน (1,234 บาท) อย่างไรก็ตามถ้าใช้เส้นความยากจนในปี 2550 ที่ 1,443 บาทต่อเดือนพบว่าผู้สูงอายุใน 3 ที่อยู่ภาวะยากจนโดยภาคเหนือมีสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 44.8 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มาลีณี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว, และชเนตตี มลินทางกูร, 2551) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจในผู้สูงอายุมี ดังนี้

2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว

ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวมีบทบาทหลักในการสนับสนุนผู้สูงอายุในทุกด้าน ทั้งการสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ การจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการจัดสภาพแวดล้อมนอกจากนั้นครอบครัวยังให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับสิทธิต่างๆ โดยการติดต่อประสานงานเพื่อขอรับความช่วยเหลือตามสิทธิ เช่น การช่วยเหลือให้ได้รับเบี้ยยังชีพและสวัสดิการการรักษาพยาบาล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) และเมื่อเจ็บป่วยครอบครัวยังเป็นผู้ดูแลหลักสำคัญ โดยการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพนอกเหนือจากการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดหา ยาหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุด้วยเช่นกันนอกเหนือจากการให้เงินช่วยเหลือ ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง และแม่ฮ่องสอนของศิริรัตน์ ปานอุทัยและลินจง โปธิบาล (2552) พบว่าแหล่งความช่วยเหลือด้านการเงินของผู้สูงอายุที่สำคัญคือครอบครัว รองลงมาคือการทำงานและเบี้ยยังชีพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยบุตรบุตรทำหน้าที่ในการสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโดยผลการสำรวจพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีรายได้หลักมาจากการเกื้อหนุนของบุตร (Knodel & Chayovan, 2008) แต่ด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทำให้จำนวนบุตรและประชากรวัยแรงงานที่จะให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง ซึ่งอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ (aging dependency

ratio) หรืออัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุซึ่งคำนวณจากสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) 100 คนในปี 2550 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็น 16.0 ซึ่งเพิ่มจากการสำรวจปี 2545 ซึ่งพบ 14.3

2.2 การทำงาน

การทำงานยังเป็นแหล่งรายได้สำคัญสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยต้นที่ยังมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงแต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายจากความเสื่อมถอยตามอายุที่มากขึ้นและความเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ ส่งผลให้รายได้ลดลง นอกจากข้อจำกัดด้านร่างกายแล้วความเสื่อมถอยทางด้านสติปัญญาทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ตามที่ตลาดแรงงานต้องการเนื่องจากผลผลิตจากการทำงานต่ำกว่าแรงงานวัยอื่น โดยเฉพาะการทำงานที่ต้องอาศัยศักยภาพทุกด้านไม่เฉพาะด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวดังนั้นจะเห็นได้ว่าการทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจสำหรับตนเอง (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2552) ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 35.7 ประกอบอาชีพในปัจจุบันโดยอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพภาคเกษตรกรรม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจดังกล่าวมีความใกล้เคียงกับผลการสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ในปี 2549 ที่พบว่าผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 51.3 ยังประกอบอาชีพอยู่ และช่วงอายุ 70-79 ปีพบร้อยละ 31.5 ส่วนผู้ที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 13.2 จากข้อมูลสถานการณ์การทำงานของผู้สูงอายุไทยซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานภาคเกษตรกรรมที่จัดเป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันด้านเศรษฐกิจในยามชราภาพ

2.3 การเข้าถึงเบี้ยยังชีพและสวัสดิการ

เบี้ยยังชีพเป็นสวัสดิการพื้นฐานที่ภาครัฐจัดให้สำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้นอกเหนือจากการสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจในรูปของบำเหน็จบำนาญกองทุนประกันสังคม หรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันได้มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปี ที่มีสัญชาติไทยและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน และไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือผลประโยชน์ใด ๆ จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 500 บาทต่อเดือน โดยให้ครอบคลุมผู้ที่มีคุณสมบัติดังกล่าว ในส่วนการจัดสวัสดิการของรัฐด้านอื่น ๆ ยังไม่สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่าน้อยกว่า 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุที่มีหลักประกันรายได้ในรูปของบำเหน็จบำนาญ กองทุนประกันสังคม หรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดยส่วนใหญ่หลักประกันดังกล่าวครอบคลุมเฉพาะกลุ่มแรงงานในระบบ แต่เนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบคือแรงงานในภาค

เกษตรกรรมและการรับจ้าง ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงไม่มีหลักประกันด้านเศรษฐกิจ นอกจากนั้นสวัสดิการอื่น ๆ เช่น การส่งเสริมอาชีพ การส่งเสริมการออม และระบบบำนาญแห่งชาติ และจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุ กู้ยืมทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อประกอบอาชีพและคืนทุน โดยไม่คิดดอกเบี้ยในระยะเวลา 3 ปี นั้นยังมีข้อจำกัด ดังผลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุของศิริรัตน์ ปานอุทัย และสินจง โปธิบาล (2552) ที่พบว่ากองทุนผู้สูงอายุส่งผลต่อผู้สูงอายุน้อยมากเนื่องจากผู้สูงอายุไม่กู้ยืม เนื่องจากศักยภาพในการใช้คืนทุนต่ำ และในส่วนของ การออมส่วนใหญ่ยังไม่แพร่หลาย ผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิก โดยกองทุนฌาปนกิจเป็นกองทุนที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมากที่สุดแต่เป็นการจัดสวัสดิการเมื่อเสียชีวิต

2.4 การเข้าถึงระบบการออม โดยเฉพาะการออมจากการทำงาน

ในปัจจุบันระบบการออมของประเทศไทยมีกลไกระบบรองรับทางสังคมที่บังคับหรือส่งเสริมให้ออมไว้ใช้หลังเกษียณในระดับหนึ่ง เช่น กองทุนประกันสังคม กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพแต่ยังขาดความครอบคลุม (coverage) โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบเช่น พ่อค้า แม่ค้า บุคคลที่ไม่ได้ทำงานตามบริษัทห้างร้านหรือลูกจ้างตามบ้าน เป็นต้น จากข้อมูลปี 2551 พบว่ามีจำนวนผู้มีงานทำทั่วประเทศประมาณ 37 ล้านคน แบ่งเป็นแรงงานในระบบ จำนวน 14 ล้านคน โดยแบ่งเป็นแรงงานในระบบที่ได้รับความคุ้มครองจากระบบการออมยามชราภาพประเภทใดประเภทหนึ่งข้างต้นแล้วประมาณ 11 ล้านคนส่วนที่เหลืออีก 3 ล้านคนยังไม่มีระบบใดๆ ที่คอยคุ้มครองดูแลยามชรา และยังมีแรงงานที่อยู่นอกระบบอีกจำนวนมากถึง 24 ล้านคน ดังนั้น จึงยังมีผู้ที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองตอนแก่อีกถึงประมาณ 27 ล้านคน การจัดตั้งกองทุนการออมเพื่อการชราภาพ (กอช.) เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยสร้างระบบการออมยามชราให้ครอบคลุมแรงงานที่ยังไม่มีระบบการคุ้มครองเพื่อการชราภาพใด ๆ ตามที่กล่าวถึงข้างต้นโดยที่กองทุนนี้จะเป็นกองทุนการออมแบบสมัครใจที่เปิดโอกาสให้แรงงานออมเงินตั้งแต่วันนี้แล้วนำไปลงทุนเพื่อจ่ายเป็นรายได้ให้แรงงานยามชราภาพหลังเกษียณอายุตามจำนวนเงินออมที่แรงงานแต่ละคนได้ส่งเข้ากองทุนรวมกับผลตอบแทนจากการนำเงินออมดังกล่าวไปลงทุน ทั้งนี้เพื่อเป็นการจูงใจให้แรงงานได้มีการออมเพื่อการชราภาพในระยะยาวมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต รัฐบาลอาจจะพิจารณาจ่ายเงินสมทบร่วมกับผู้ออมบ้างบางส่วน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อแรงงานที่ยังไม่ได้อยู่ในระบบการออมแบบใด ๆ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมเหมือนกับที่รัฐบาลให้การสนับสนุนกองทุน

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจด้วยข้อจำกัดจากปัจจัยทั้งสิ้นที่กล่าวมา ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านการทำงาน การเข้าไม่ถึงเบี้ยยังชีพหรือสวัสดิการ การไม่มีระบบการออมเพื่อการชราภาพและการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว

3. การพึ่งพิงด้านสุขภาพ

การพึ่งพิงด้านสุขภาพเป็นการที่บุคคลสูญเสียหรือพร่องความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น และภาวะความเจ็บป่วย เมื่ออายุมากสมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกายเสื่อมถอยลง ด้านจิตใจก็จะวิตกกังวล หวาดระแวงซึมเศร้า รวมถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพขึ้นได้ ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 28.9 รายงานว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 21.5 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีและร้อยละ 20.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมากๆ ส่วนความเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่า ร้อยละ 31.7 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.3 เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคอัมพฤกษ์และอัมพาต ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 ในส่วนของความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน ผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 20.5 มองเห็นไม่ชัดเจน และร้อยละ 0.4 มองไม่เห็นเลย ร้อยละ 14.1 ส่วนข้อมูลการได้ยินพบว่าได้ยินไม่ชัดเจน ร้อยละ 14.1 และ ร้อยละ 0.3 ไม่ได้ยินเลย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ซึ่งข้อมูลนี้สำรวจพบมีความใกล้เคียงกับการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ในปี 2549 ที่พบว่า ร้อยละ 21.7 รายงานว่าตนเองสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.5 รายงานว่าตนเองสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 36.6 มองเห็นไม่ชัดมองไม่เห็น ร้อยละ 1.2 และ ร้อยละ 15.4 มีปัญหาได้ยินไม่ชัดส่วนปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงพบ ร้อยละ 27.3 โรคเบาหวานพบ ร้อยละ 13.0 โรคหัวใจพบ ร้อยละ 6.6 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.3 และโรคข้อเสื่อมพบ ร้อยละ 8.4 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับปัญหาความบกพร่องในการมองเห็นและการได้ยิน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

เมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพของร่างกายจะลดลงตามลำดับซึ่งเรียกภาวะที่มีการสูญเสียหรือความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกายว่าเป็นภาวะบกพร่อง (impairment) เช่นเมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการทรงตัวของเสียของไตลดลง และความสามารถในการจำลองและเมื่อความบกพร่องรุนแรงนำมาสู่ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจ (performance) ต่างๆ ที่สามารถทำได้ในภาวะปกติเช่นแขนขาอ่อนแรงทำให้ใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ หรืออาการเหนื่อยทำให้ทำกิจกรรมนอกบ้านไม่ได้เรียกภาวะนี้ว่าภาวะทุพพลภาพ (disability) ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ลดถอยลงจนถึงช่วงอายุ 80-85 ปีสมรรถภาพที่เหลืออยู่จะค่อนข้างต่ำไม่เพียงพอในการดำรงชีวิตอย่างอิสระได้จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล ยิ่งถ้ามีความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วยสมรรถภาพจะยิ่งต่ำลงมากขึ้น ข้อมูลจากการสำรวจความพิการในปี 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จากจำนวนประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคนพบผู้พิการ 1.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.9 พบว่าผู้ที่อายุ 75 ปีขึ้นไปมีความพิการ ร้อยละ 31 ในกลุ่มผู้พิการมีความยากลำบาก

หรือปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 97.9 มีความลำบากในการดูแลตนเอง ร้อยละ 21.0 และมีลักษณะของความบกพร่อง ร้อยละ 70.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ข้อมูลจากรายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาของประชากรไทยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศปี 2547 ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดภาระโรค (burden of disease) ที่วัดปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร ซึ่งจัดเป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ หรือช่องว่างสุขภาพ (health gap) โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) ร่วมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) ซึ่งเป็นความพยายามที่จะสะท้อนปัญหาทั้งการป่วย พิการ และตายออกมาเป็นหน่วยวัดเดียวกันระหว่างสาเหตุจากโรคและการบาดเจ็บต่างๆ จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในเปรียบเทียบภาระทางสุขภาพจากโรคต่างๆ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2550) จากรายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาในประชากรไทย พ.ศ. 2547 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าสาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งในผู้สูงอายุชายและหญิง ได้แก่ โรคความผิดปกติทางประสาท โรคหัวใจ และหลอดเลือดและโรคมะเร็ง ซึ่งทั้งสามกลุ่มโรคนี้นำให้เกิดความสูญเสียโดยรวมประมาณร้อยละ 63 ในเพศชายและร้อยละ 62 ในเพศหญิง และจากการจัดอันดับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป สรุปลงได้ว่าโรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียสองอันดับแรกในชายคือโรคหลอดเลือดสมองและมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิงคือ โรคสมองเสื่อม และโรคหลอดเลือดสมอง จากที่กล่าวมาผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พึ่งพิงทางด้านสุขภาพมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรวัยอื่น และเป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือสูงสุดในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

4. การพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ

ภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ เป็นการที่บุคคลสูญเสียหรือพร่องความสามารถในการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ในผู้สูงอายุการสูญเสียความสามารถในการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตมีสาเหตุมาจากการถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังมากขึ้น เนื่องจากในสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยว ครองตนเป็นโสดมากขึ้น และย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 7.7 และในกลุ่มนี้พบ ร้อยละ 51.2 ที่รู้สึกเหงา ข้อมูลจากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ในปี 2549 พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 87 ภาคเหนือมีภาวะรู้สึกตนเองไม่มี

คุณค่ามากที่สุดร้อยละ 10.9 และจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 3.4 รู้สึกวิตกกังวลรู้สึกเศร้า ร้อยละ 2.6 และร้อยละ 1.8 รู้สึกไม่มีความสุข/เศร้าหมองและหมดหวังในชีวิตในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 1.6 รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า กอปรกับอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นหรือได้รับการรักษาที่ยืดชีวิตให้อยู่ยาวนานขึ้นแต่กลับพ่วงความพิการมาด้วย จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทอดทิ้งง่ายขึ้น ส่วนข้อมูลการมีส่วนร่วมในสังคมพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 64.7 เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมอย่างน้อย 1 กลุ่ม / ชมรมร้อยละ 25.6 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างไรก็ตามผู้ที่เป็สมาชิกมีเพียง ร้อยละ 21. ที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน / ชุมชนพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 71.8 เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านชุมชน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) แต่ข้อมูลจากการสำรวจ และศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ในปี 2549 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 38.4 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมากที่สุด ร้อยละ 79.5 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงภาวะพึ่งพิงในด้านสังคมและจิตใจในผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล

การจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง

การจำแนกผู้สูงอายุสามารถจำแนกตามเกณฑ์ที่แตกต่างกันออกเป็นหลายกลุ่มดังนี้

1. การจำแนกโดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การใช้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นเกณฑ์ในการจำแนกผู้สูงอายุสามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีศักยภาพหมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองบ้างแต่ยังสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนได้แต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาหมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยหรือความพิการทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เองต้องพึ่งพาผู้อื่น

อย่างไรก็ตามการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยยึดเกณฑ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมยังสามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มโดยยึดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและกิจกรรมการช่วยเหลือสังคมดังนี้ (กลุ่มพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, 2552)

กลุ่มที่ 1 ติดสังคม เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการเดินขึ้นบันไดได้เองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี และใช้ห้องสุขาด้วยตนเองได้อย่าง เรียบร้อย

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ทั้งนี้สามารถประเมิน ได้จากการเดินตามลำพังบนทางเรียบไม่ได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะ รับประทานอาหาร อาจทำโต๊ะเปื้อน และต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องสุขา

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการทุพพลภาพ ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งไม่ได้ ในท่านอนขยับตัวไม่ได้ กลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุรับสารอาหารผ่านช่องทางอื่น (จุก กระเพาะอาหาร หรือลำไส้) และต้องขยับถ่ายในท่านอน หรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา ต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

การจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงโดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทั้ง กิจกรรมในบ้านและนอกบ้านนั้นส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเพื่อจัดบริการช่วยเหลือให้สอดคล้องกับสภาพ ผู้สูงอายุ โดยได้มีการกำหนดให้สถานเฝ้าระวังแต่ละแห่งสำรวจจำนวนผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเป็นประจำ แต่ละเดือนซึ่งผู้ที่ทำการสำรวจ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่เนื่องจากการ ไม่มีเกณฑ์ในการจำแนกที่ชัดเจนทำให้ อสม. ต้องใช้ดุลพินิจของตนเองในการจำแนก ซึ่งอาจมีความ คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

2. การจำแนกโดยใช้เกณฑ์อื่นๆ

นอกจากเกณฑ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ใช้จำแนกระดับการพึ่งพิงในผู้สูงอายุ แล้วยังมีการใช้เกณฑ์อื่นดังนี้

2.1 การใช้เกณฑ์สภาพการทำงานและลักษณะการทำงานของสำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2551) ซึ่งได้จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่อยู่ในกำลังแรงงาน (ผู้มีงานทำผู้ไม่มีงานทำและผู้รอฤดูกาล)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงานผู้ทำงานบ้านชราหรือไม่สามารถทำงานได้)

2.2 การใช้เกณฑ์การมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์กับสังคมจากการศึกษาวิจัยของศศิพรรณ กัญญาสิงห์ (2547) ซึ่งได้ศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่และใช้ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมเป็นกรอบในการจำแนกผู้สูงอายุสามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 8 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีความจริงจังกับชีวิตกล้าเผชิญความจริงและให้ประโยชน์กับลูกหลานไม่ยอมหยุดนิ่งยึดติดกับค่านิยมดั้งเดิมยึดมั่นในจารีตประเพณีกลุ่มนี้มีร้อยละ 13 ของประชากรที่ศึกษา

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ไม่สนใจอะไรในชีวิตไม่ชอบทำกิจกรรมไม่ร่วมงานชุมชนหรือชมรมใด ๆ ชอบสิ่งเดิม ๆ ยอมหยุดนิ่งไม่ติดตามข่าวสารมองโลกในแง่ร้ายไม่เชื่อเรื่องดวงชะตาและไม่สนใจอนาคตกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 1

กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสังคมภายนอกไม่สนใจเหตุการณ์บ้านเมืองมองโลกในแง่ร้าย ไม่ติดตามข่าวสาร ยอมหยุดนิ่งชอบนอนหลับพักผ่อน ชีวิตโดดเดี่ยวและไม่ชอบสังคม กลุ่มนี้มีน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 0.5

กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่ไม่ยึดมั่นในจารีตประเพณี ชีวิตที่หยุดนิ่ง ไร้ความสุข ยอมหยุดนิ่งมีชีวิตที่โดดเดี่ยวอ้างว้าง ไม่สนใจข่าวสาร ไม่รักครอบครัวและลูกหลานและไม่มีความสุข และไม่กระตือรือร้น มีร้อยละ 21.8 ของประชากรและเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

กลุ่มที่ 5 กลุ่มรักสนุก สนใจเทคโนโลยี ไม่สนใจลูกหลาน ชอบพบปะพูดคุยชอบงานรื่นเริงและชอบการท่องเที่ยว กระตือรือร้น กลุ่มนี้มีร้อยละ 15.8 ของประชากรและเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

กลุ่มที่ 6 กลุ่มหัวโบราณล้าสมัย ไม่ชอบเทคโนโลยีสมัยใหม่ ไม่ใส่ใจสุขภาพ ชอบสิ่งเดิม ๆ ยึดมั่นในจารีตประเพณี ไม่รักการอ่าน ไม่ชอบกีฬา มีร้อยละ 10.8 ของประชากรและเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

กลุ่มที่ 7 กลุ่มที่มั่นใจในตนเอง ไม่เชื่อเรื่องโชคชะตา ไม่ชอบเดินทาง ไม่พิถีพิถันทันสมัย ไม่สนใจเทคโนโลยีสมัยใหม่ กลุ่มนี้มีร้อยละ 10.3 ของประชากร

กลุ่มที่ 8 กลุ่มหัวสมัยใหม่ สนใจเทคโนโลยีสมัยใหม่ รักลูกหลานและครอบครัว ชอบสังคม เล่นกีฬา ใส่ใจดูแลสุขภาพ บริโภคอาหารที่มีประโยชน์มีร้อยละ 27 ของประชากรซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

2.3 การใช้เกณฑ์การฟังฟัง มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ได้จำแนกผู้สูงอายุตามระดับการฟังฟังใน 4 ด้าน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ภาวะฟังฟังด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living, ADL) ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหารการลุก-นั่ง การเคลื่อนที่ การใช้สຸขາ ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

กลุ่มที่ 2 ภาวะฟังฟังด้านเศรษฐกิจ ในผู้ที่มีรายได้น้อย ขาดรายได้ ขาดเงินออม

กลุ่มที่ 3 ภาวะฟังฟังด้านสุขภาพ ในผู้ที่มีสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังและมีปัญหาสุขภาพจิต

กลุ่มที่ 4 ภาวะฟังฟังด้านสังคมและจิตใจ ในผู้ที่ไม่มิลูกหลานดูแล

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากภาวะฟังฟังในทุกด้านทำให้สามารถกำหนดแนวทางการช่วยเหลือที่ครอบคลุม ซึ่งภาวะฟังฟังแต่ละด้านส่งผลซึ่งกันและกัน ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือควรพิจารณาข้อจำกัดในทุกด้านของผู้สูงอายุ แต่การกำหนดเกณฑ์สำหรับกลุ่มฟังฟังแต่ละระดับยังไม่ชัดเจน และอาจทำได้ยาก จึงยังเป็นปัญหาว่าจะใช้ภาวะฟังฟังใดเป็นหลักในการกำหนดกลุ่ม

2.4 การใช้เกณฑ์ศักยภาพด้านต่างๆ

2.4.1 การใช้เกณฑ์ศักยภาพในการจำแนกผู้สูงอายุโดยยึดตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและความสามารถในการช่วยเหลือสังคม สามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคม มีความรู้ ความสามารถ ตลอดจนทักษะ ในการถ่ายทอดภูมิปัญญาให้แก่ชุมชน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้ (Independent Living for Elderly) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีงานทำหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนหรือสังคม แต่ไม่ได้แสดงบทบาทอย่างเด่นชัดเป็นเพียงผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีรายได้ไม่ต่ำกว่าเส้นความยากจน (992 บาทต่อเดือน)

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ (Disable Person) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน หรือเป็นผู้ที่ประสบปัญหาทางสังคมอื่นๆ เช่น ขาดผู้อุปการะ ถูกทอดทิ้ง ถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ

2.4.2 การใช้เกณฑ์ในการจำแนกผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพ

สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริการภาครัฐมีหลายประเภท ดังนั้นการจำแนกเพื่อจัดบริการที่สอดคล้องความต้องการและเพื่อให้บริการมีความครอบคลุม ซึ่งการประเมินจำเป็นต้องประเมินเป็นระยะเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งปัจจัยจากความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในสถานบริการ ซึ่งฟลิสมันและคณะ (Fleishman, et al., 1999) ได้ใช้เกณฑ์ในการจำแนก ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) โดยจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม และมีการกำหนดลักษณะของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มพึ่งพิงบางส่วน (Semi-independent) หมายถึง กลุ่มที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ได้แก่ สามารถรับประทานอาหาร อาบน้ำ และเดินโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ควบคุมการขับถ่ายได้ มีการรับรู้และสติปัญญาดี

กลุ่มเปราะบาง (Frail) หมายถึง กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเคลื่อนไหว การขับถ่ายและระดับสติปัญญาลดลง

กลุ่มต้องการการดูแล (Nursing) หมายถึง กลุ่มที่ปัญหาสุขภาพและการทำหน้าที่เนื่องจากการเจ็บป่วยและ / หรือมีปัญหาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนต้องการการดูแลตลอด 24

ชั่วโมงเป็นระยะเวลานานและ / หรือต้องนอนบนเตียงหรือนั่งล้อเข็นตลอดทุกซ์ทรมานจากการกลืน
 ปัสสาวะ / อุจจาระไม่ได้ต้องได้รับอาหารทางสายยางหรือทางเส้นเลือดต้องการความช่วยเหลือในการ
 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือทั้งหมดเดินไม่ได้เนื่องจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อน

การประเมินภาวะพึ่งพิง

ถึงแม้ว่าภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุได้มีการจำแนกตามเกณฑ์ต่างๆ แต่วิธีการประเมินภาวะพึ่งพิง
 ส่วนใหญ่นิยมโดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living:
 ADL) ซึ่งได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือประเมินไว้หลากหลาย ดังนี้

1. เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของเคทซ์ (The Katz Index of
 ADL) สร้าง ขึ้นโดยเคทและคณะ (Kate, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963) แบบประเมิน
 นี้จะใช้การประเมินด้วยตนเองหรือใช้การสังเกตโดยผู้ประเมินก็ได้ซึ่งประเมินกิจกรรมทั้งหมด 6
 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะและการ
 รับประทานอาหารโดยลักษณะคำตอบเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง
 และต้องอาศัยผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมอย่างแพร่หลายในหลายสถานบริการ
 สุขภาพและเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพดีและง่ายต่อการใช้เนื่องจาก ใช้เวลาในการประเมินไม่นาน
 สำหรับเครื่องมือประเมินนี้สามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มตามระดับการพึ่งพา

2. The Pulses Profile พัฒนาโดยเกรงเจอร์ (Granger et al. 1997 อ้างถึงในพรสวรรค์
 เชื้อเจ็ดตน, 2554) แบบประเมินนี้เป็นแบบสังเกตที่ต้องใช้ผู้สังเกตในการประเมินความสามารถใน
 การประกอบกิจกรรมของผู้ถูกประเมินซึ่งพัฒนาขึ้นสำหรับใช้ประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นหรือผู้
 ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยกิจกรรมครอบคลุมกิจกรรมทางด้านร่างกาย ได้แก่ การ
 เคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง กิจกรรมด้านสุขภาพและกิจกรรมด้านจิตสังคมมีการให้คะแนนตั้งแต่
 1 ถึง 4 โดยความสามารถที่ทำได้ด้วยตนเองมีค่าคะแนนเป็น 1 จนถึงความสามารถที่ต้องอาศัยผู้
 ช่วยเหลือมีค่าคะแนนเป็น 4 หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 สามารถอธิบายได้ถึงการใช้ซึ่ง
 ความสามารถในระดับที่รุนแรง

3. เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของลอตตัน (The Instrumental
 Activities of Daily Living Scale, IADL) พัฒนาขึ้นโดยลอตตันและโบรดี (Lawton & Brody. 1969)

เป็นแบบประเมินด้วยตนเองซึ่งมีกิจกรรมที่วัดทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหารกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการด้านการเงิน วัดเป็นคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง แต่มีข้อจำกัด คือ คะแนนที่ให้จัดเป็นคะแนนสำหรับเพศชายและเพศหญิง ซึ่งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหาร การซักผ้า และกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน จะไม่มีคะแนนในเพศชาย

4. ดัชนีบาร์เทลเอดีเอล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดยมาโฮนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) เป็นแบบประเมินที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร (feeding) การอาบน้ำ (bathing) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (grooming) การแต่งตัว (dressing) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (bowls) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (bladder) การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน (toilet use) การเคลื่อนย้ายตัวขึ้นลงจากเตียง (transfers) การเคลื่อนไหว (Mobility) และการขึ้นลงบันได (stairs) โดยการสอบถามการทำกิจกรรมในช่วง 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมาในแต่ละกิจกรรมมีการให้คะแนนความสามารถระหว่าง 0-15 คะแนน ความสามารถสูงสุด 100 คะแนน คะแนนความสามารถต่ำสุด 0 คะแนน ต่อมาได้มีการดัดแปลงการให้คะแนนและใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเกรงเจอร์และคณะในปี 1979 (Granger, et al., 1979) และในปี 1988 คอลลิน ได้ปรับคะแนนแต่ละกิจกรรมเป็น 0-3 คะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0-20 โดยแบ่งระดับความรุนแรงดังนี้

คะแนนรวม 0-4 พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (total dependence)

คะแนนรวม 5-8 พึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ (severe dependence)

คะแนนรวม 9-11 พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง (moderately severe dependence)

คะแนนรวม 12+ พึ่งพาผู้อื่นน้อยพิจารณากลับบ้านได้

5. ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ที่พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะในปี 1994 (Jitapunkul, Kamolratanakul & Ebrahim, 1994) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) ของศูนย์ผู้สูงอายุ ฟิลาเดลเฟีย โดยลอตันและโบรดี (Lawton & Brody, 1969) เพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยแบบ

ประเมิน Chula ADL Index เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมที่จำเป็นซึ่งสนับสนุนการอยู่ได้อย่างอิสระโดยประเมินจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 กิจกรรมประกอบด้วยเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน ทำหรือเตรียมอาหารทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า ทอน/แลกเงินและการใช้รถประจำทาง โดยสอบถามกิจกรรมที่ปฏิบัติระยะ 1-2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการวัดการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่ทำได้จริง และการอยู่ได้อย่างอิสระดังนั้นก็จะต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม การให้คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีการให้คะแนนที่แตกต่างกันโดยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 ตั้งแต่ ทำไม่ได้หรือต้องมีคนช่วยจนถึงทำได้เอง

6. แบบประเมินสมรรถนะทางกาย (Travis Assessment Scale Rating Functional Ability) ซึ่งพัฒนาโดยทราวิส (Travis, 1990) ซึ่งแบ่งระดับการพึ่งพิงออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 พึ่งตนเองได้

ระดับ 1 พึ่งผู้อื่นในการอาบน้ำ

ระดับ 2 พึ่งผู้อื่นในการอาบน้ำและแต่งตัว

ระดับ 3 พึ่งผู้อื่นในการอาบน้ำแต่งตัวและใช้ห้องสุขา

ระดับ 4 พึ่งผู้อื่นในการอาบน้ำแต่งตัวใช้ห้องสุขาและการเคลื่อนย้าย (transferring)

ระดับ 5 พึ่งผู้อื่นในการอาบน้ำแต่งตัวใช้ห้องสุขาการเคลื่อนย้ายและการกลั่นการ
ขับถ่าย

ระดับ 6 พึ่งผู้อื่นในการอาบน้ำแต่งตัวใช้ห้องสุขาการเคลื่อนย้ายการกลั่นการขับถ่าย
และการให้อาหาร

7. The Older Americans Resource and Services (OARS) พัฒนาโดย Burton, Damon, Dillinger, Erickson, และ Peterson ในปี 1978 กิจกรรมการปฏิบัติคล้ายคลึงกับ Katz แต่มีความแตกต่างตรงผู้สูงอายุเป็นผู้รายงานตนเอง แต่ Katz ผู้ดูแลเป็นผู้สังเกต ซึ่งการรายงานตนเองอาจมีข้อจำกัดตรงความถูกต้องของข้อมูลเนื่องจากผู้สูงอายุอาจรายงานมากหรือน้อยกว่าความเป็นจริง

8. The Functional Independence Measure (FIM) เป็นการประเมินภาวะในการดูแลในกิจกรรม 6 ประการ ได้แก่ การดูแลตนเอง การเคลื่อนย้ายการควบคุมหุรัด การสื่อสาร การรู้คิดคำนวณ

สังคมและการปิดล้อม ใช้ประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์และผู้ป่วยระบบประสาท อาจประเมินโดยการรายงานตนเอง หรือประเมินทางโทรศัพท์หรือการส่งแบบสอบถาม แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 1-7 โดยคะแนน 1 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด และคะแนน 7 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมดโดยปลอดภัยและเหมาะสมกับเวลา

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มาจากภาษาลาติน “potere” (to be able) หรือ “เราทำได้” มีความหมายที่เป็นได้ทั้งกระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (out come) ดังนี้

2.5.1 ความหมาย

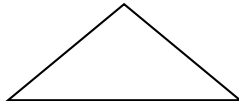
การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ให้สามารถพิจารณากำหนดตนเองในการแก้ไขปัญหา และสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับตนได้ โดยใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้ตนบรรลุเป้าหมายและความต้องการของตนเองได้

2.5.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับปัจเจกบุคคล (self-empowerment) และระดับชุมชน (community empowerment) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Fleury (1991) ได้ศึกษาการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยว่า เป็นแรงจูงใจ อธิบายถึงการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยว่า จะเริ่มจากมโนภาพของผู้ป่วยและมีระบบสนับสนุน ซึ่งเรียก 2 องค์ประกอบนี้ว่า พลังขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย มีระยะการเกิดกระบวนการนี้ 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อม (appraising readiness) ระยะที่ 2 การเปลี่ยนแปลง (changing) และระยะที่ 3 การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต (integrating change) มีรายละเอียดดังนี้ (แผนภูมิที่ 2.2)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

(มโนภาพของผู้ป่วย)				(ระบบสนับสนุน)	
การประเมินความพร้อม		การเปลี่ยนแปลง		การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต	
<ul style="list-style-type: none"> ● การประเมิน ● การประเมินอุปสรรค ● การยอมรับการเปลี่ยนแปลง 	<ul style="list-style-type: none"> ● การแสดงบทบาท ● การปรับช่องโหว่ ● การผ่านพ้นอุปสรรค ● การตรวจสอบตนเอง ● การเห็นคุณค่า 	<ul style="list-style-type: none"> ● การสร้างพฤติกรรมใหม่ ● การประสานกลมกลืน ● การสร้างรูปแบบในอนาคต 			
ระยะที่ 1*		ระยะที่ 2		ระยะที่ 3	

* ระยะที่อยู่ใหม่ในมโนภาพของผู้ป่วย

() พลังขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

แผนภูมิที่ 2.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยตามแนวคิดของเฟลอร์รี่ (Fleury, 1991)

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อม (appraising readiness)

ระยะนี้เกิดขึ้นโดยการสร้างมโนภาพ (imaging) ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความปรารถนา ภายในที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และอาจรับอิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง เช่น ภรรยา บุตร แพทย์ พยาบาล หรือการตระหนักด้วยตัวผู้ป่วยเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) **การประเมินพฤติกรรม** ได้แก่ พฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเอง มีผลต่อภาวะสุขภาพ อย่างไร เช่น การประเมินความท้อแท้ทำให้เกิดอะไรบ้าง และมีทั้งสองยังปกติทำไมไม่ตั้งข้าวรับประทานเอง เป็นต้น

2) **การประเมินอุปสรรค** ขั้นตอนนี้ต้องยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นย่อมมีอุปสรรค บุคคลจะคิดหาแนวทางที่เหมาะสมในการเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และแนวทางที่เหมาะสมนั้นมีข้อจำกัดอย่างไร เช่น อยากลุกนั่งด้วยตนเองในวันนี้ แต่กลับรู้สึกอ่อนเพลีย บุคคลจะพยายามต่อสู้กับอุปสรรค และหาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการควบคุมตนเองและจัดการกับสิ่งแวดล้อมนั้น

3) **การยอมรับการเปลี่ยนแปลง** บุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมตามที่ตนคาดหวัง และหาวิธีการที่จะทำให้ตนบรรลุเป้าหมายนั้นด้วยตนเอง เช่น ถ้าท้อแท้ทำให้เพื่อการฝึกกายภาพบำบัด ทำให้ลุกนั่งได้ช้า เมื่อคิดว่าถ้าฝึกแล้วน่าจะเกิดผลดี จึงยอมรับว่าไม่ควรท้อแท้

ระยะที่ 2 การเปลี่ยนแปลง (changing)

บุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมตามความคาดหวังของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) **การแสดงบทบาท** หลังจากการยอมรับการเปลี่ยนแปลง ก็จะเริ่มต้นแสดงบทบาทที่คาดหวังไว้ โดยจะคาดหวังในสิ่งที่เป็นจริงและสร้างกฎเกณฑ์ให้กับตนเอง เช่น ต้องออกกำลังกายทุกวัน

2) **การปรับช่องโหว่** เป็นการยืดหยุ่นเพื่อไม่ให้เกิดความล้มเหลว เพื่อการรักษาสมดุลกับแบบแผนชีวิตเดิม เช่น ในบางวันไม่สามารถออกกำลังกายตอนเช้าได้ อาจเปลี่ยนมาออกกำลังกายตอนเย็น เป็นต้น

3) **การผ่านพ้นข้อผิดพลาด** เป็นระยะที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมาตรฐานที่ตนคาดหวังไว้ แม้บางครั้งจะรู้สึกล้มเหลวแต่ยังสามารถคงไว้ ซึ่งความรู้สึกตนมีพลังอำนาจในการที่จะเปลี่ยนแปลง โดยอาจจะหาแหล่งสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นๆ

4) **การตรวจสอบตนเอง** เป็นระยะที่ประเมินตนเองว่า บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ซึ่งมีการประเมินทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ กล่าวคือ ถ้าผลลัพธ์ทางด้านจิตใจและร่างกายไม่เป็นไป

ตามที่คาดหวัง บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่บรรลุเป้าหมาย รู้สึกผิดและไม่พึงพอใจ มีผลทำให้ไม่ยอมแสดงพฤติกรรมนั้นต่อไป ในทางกลับกันถ้าบุคคลนั้นประเมินว่า ประสบความสำเร็จจะทำให้เขาคงพฤติกรรมนั้นไว้

5) **การยอมรับและเห็นคุณค่า** เป็นระยะที่บุคคลยอมรับว่า พฤติกรรมที่เขาปฏิบัติมานั้นถูกต้องและมีคุณค่า บุคคลจะพยายามสร้างแรงจูงใจทางบวก โดยการแสวงหาความรู้มาสนับสนุนความตั้งใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น

ระยะที่ 3 การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต(integrating change)

เป็นระยะสุดท้ายที่บุคคลยอมรับว่า จะต้องคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ และรู้สึกว่าเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต และจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การได้รับกำลังใจจากบุคคลสำคัญ และการได้รับข้อมูลที่สำคัญจากแพทย์ พยาบาล ซึ่งในส่วนนี้ทั้งหมดรวมเรียกว่า โครงสร้างการสนับสนุน เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีไว้ โดยมีการสร้างแบบแผน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) **การสร้างแบบแผนพฤติกรรมใหม่** เป็นการยอมรับว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมานั้นเป็นแบบแผนปกติของชีวิต ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงอีกต่อไป จะทำให้บุคคลนั้นแสดงออกถึงการมีอำนาจในการควบคุม

2) **การประสานกลมกลืน** เป็นระยะที่รู้สึกว่าจะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และเห็นคุณค่าว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

3) **การสร้างรูปแบบใหม่ในอนาคต** เป็นระยะที่บุคคลรู้สึกว่าจะต้องมีศักยภาพในการวางแผน และสามารถควบคุมผลลัพธ์ด้านสุขภาพให้เป็นไปตามที่ต้องการ ไม่ว่าจะปัจจุบันหรืออนาคต เช่น ถ้าขยันทำกายภาพบำบัดสามารถป้องกันกล้ามเนื้ออักเสบได้ หรือถ้าฝึกขึ้นลงรถเข็นจะทำให้ผู้ป่วยไปในที่ต้องการได้สะดวก ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าจะสามารถทำได้ ไม่ใช่สิ่งที่ยากเกินไป

2.6 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน

การบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายไว้คือ บริการที่ใกล้บ้านที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนสอดคล้องกับวิถีชุมชนแบบดั้งเดิม โดยมีการกำหนดขอบเขตรับผิดชอบที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น (1) การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) การพัฒนาแผนการรักษา (3) การประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพ และสังคม

เป็นระยะๆ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง การดูแลผู้สูงอายุแบบนี้ประกอบด้วย การให้บริการด้านอาหารที่บ้าน การติดต่อประสานงานผู้นำทางศาสนา การให้คำปรึกษาด้านยาและโภชนาการ การจ้างงาน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร การตรวจคัดกรองโรค และการให้บริการทำความสะอาดบ้าน โดยนัยนี้การบริการที่มีชุมชนเป็นฐานจึงหมายถึงบริการสุขภาพ**ที่มีการจัดการในระดับชุมชน** ทั้งนี้อาจเป็นการจัดบริการของหน่วยงานในหรือนอกชุมชนก็ได้ในที่นี้มีได้มีเจตนาที่จะแบ่งแยกระหว่างบริการชุมชนและบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน หรือความรับผิดชอบระหว่างภาคไม่เป็นทางการและทางการ เนื่องจากแม้บริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีผลให้ศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุลดลง จากขนาดครอบครัวที่เล็กลงวัยแรงงานเคลื่อนย้ายเข้าสู่เมือง สตรีออกทำงานนอกบ้านมากขึ้นอย่างไรก็ดีวัฒนธรรมไทยที่ยังคงให้ความสำคัญกับความกตัญญูต่ผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545) ครอบครัวจึงยังคงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็พึงประสงค์จะอยู่กับบุตรหลาน ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรผสมผสานแนวคิดในการดำรงไว้ซึ่งการดูแลเกื้อกูลกันในครอบครัวและชุมชน และเสริมด้วยการจัดบริการภาคทางการในชุมชนเพื่อหนุนเสริมครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นควรเป็นการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัวกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีเป้าหมายคือการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ไม่ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพิงผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล อุดมคติแล้วการดูแลแบบชุมชน มีความหมายถึงชุมชนที่มีความเอื้ออาทร เป็นผลพวงของสถาบันทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการที่เข้มแข็ง (Goldberg, 1982) มีอิทธิพลจากรากฐานจากความคิดว่า บุคคลควรให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ระบบการจัดการภาคทางการควรเข้าไปเพียงจัดให้มีโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถได้รับการดูแลจากเครือข่ายตนเองได้ และมีหน้าที่หลักคือ การทำให้ชุมชนสามารถให้การดูแลสมาชิกในชุมชนของตนเองได้โดยเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบทบาทของสถาบันต่างๆ ในสังคม คือ(1) รัฐทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น (2) ชุมชนอันประกอบไปด้วยบุคคลต่างๆภายในชุมชน และ (3) ครอบครัวซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นหน่วยย่อยที่สุดของสังคม ทั้งสามส่วนต้องมีการจัดความสัมพันธ์ที่เหมาะสมเพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีภายในชุมชนที่อาศัย

ในประเทศไทยการดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของครอบครัว บริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุยังคงมีลักษณะการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ แนวนโยบายที่เป็นรูปธรรมของการดูแลที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของสุขภาพของผู้สูงอายุ เริ่มในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 จนถึงแผนระยะยาวฉบับที่ 2 ซึ่งมาตรการที่สามของแผนระยะยาวกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการไว้อย่างชัดเจน โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุ จัดให้มีบริการที่หลากหลายครอบคลุมในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค การรักษาพยาบาลเมื่อ

เจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพ การรวมกลุ่มและการนัดหมาย การจัดการที่พักอาศัย การบริการทางสังคม การช่วยเหลือด้านรายได้ อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนั้น รัฐยังไม่มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมที่ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการลดหย่อนภาษีรายได้สำหรับบุตรที่ให้การดูแลบิดามารดา จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการยังขาดรูปธรรมที่ชัดเจน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2550)

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิลกุล วินิจสร, ปรีดา ตั้งจิตเมธี, นฤนาท ยืนยง และสมคิด ปานบุญ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเมืองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษา ชุมชนบางขะแยง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จากผลการศึกษาในประเด็นการรับรู้ปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามแนวคิดโมเดลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอน การวิเคราะห์สถานการณ์การลงมือปฏิบัติการประเมินผล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นระยะเวลา 9 เดือนจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 60 ราย คัดเลือกออกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดประกอบด้วย 6 กลุ่มหลัก คือ 1. ผู้บริหารสาธารณสุข 2. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและ 6. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มรับรู้ปัญหาสุขภาพสุขภาพ และผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแก้ปัญหาสุขภาพโดยเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหาว่าไม่สามารถไปรับการรักษาต่อเนื่องตามนัดได้ทุกครั้ง เพราะผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้านและผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางด้วยรถประจำทางสาธารณะโดยลำพัง

เนติยา แจ่มทิม, สนิพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศลักษณ์ (2556) ได้ทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อเรื่องผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุตำบลสนามชัยอำเภอเมืองจังหวัด

สุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจากตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบสอบถามความรู้และกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .85ตามลำดับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยศึกษาสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pair-t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.001 ผู้วิจัยเสนอแนะให้นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไปออกแบบการสอนแก่นักศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา และสาธารณสุขเพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

กาญจนา ปัญญาธร (2557) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ : กรณีศึกษาบ้านหนองตะไก่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี การวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับและปัญหาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในหมู่บ้านจำนวน 64 คนและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 59 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายทุกระบบและมีโรคประจำตัว ร้อยละ 9.38 ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 54.7 ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ได้แก่ แวนสายตา ร้อยละ 26.6 ฟันปลอมร้อยละ 14.4 และไม่เท่าร้อยละ 14 พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า มีการดูแลด้านร่างกาย โดยดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล อาหาร การออกกำลังกายและดูแลเมื่อเจ็บป่วยด้านจิตใจ สอบถามทุกข์สุขให้ความรักเอาใจใส่และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ด้านสังคม สนับสนุนให้พบปะเพื่อนบ้านและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนด้านจิตวิญญาณ สนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ อยู่ในระดับมากด้านครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนด้านชุมชนมีความพึงพอใจระดับปานกลางปัญหาความต้องการการดูแล ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ไม่มีคนดูแลการดำเนินชีวิตและเมื่อเจ็บป่วย ไม่มีเงินในการ

รักษา ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้สูงอายุต้องการคนดูแลการดำเนินชีวิตและเมื่อเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ครอบครัวเห็นคุณค่าและสิ่งอำนวยความสะดวก ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ มีภาระหน้าที่อื่นต้องปฏิบัติ ขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพ ขาดผู้ช่วยเหลือ ไม่มีเวลาดูแลตนเอง ขาดงานบอย ขาดรายได้และเครียด ปัญหาด้านผู้สูงอายุ คือ ไม่ให้ความร่วมมือเอาแต่ใจตนเองดูแลยาก เจ็บป่วยซับซ้อนต้องดูแลพิเศษและขาดยานพาหนะในการเดินทางไปรักษา ผู้ดูแลต้องการความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสิ่งสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ

กำพร ดานา และอธิษฐาน ชินสุวรรณ (2554) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง :ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนรัง ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลและหารูปแบบการพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนรัง ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 9 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกต สทนากลุ่ม ศึกษาเอกสาร บันทึกภาคสนาม และถ่ายภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ สรุปประเด็นและสร้างรูปแบบผลการวิจัย พบว่าลักษณะการเจ็บป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวมีลักษณะ ปวดและเวียนศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย ตามัว มึน ขาร่างกาย เหนือออกมากและไม่สุขสบายท้อง ครอบครัวดูแลเพราะถือว่าเป็นหน้าที่ ตอบแทนบุญคุณและความสงสาร ลักษณะการดูแล มี 4 ด้าน คือ 1.ดูแลในชีวิตประจำวัน 2.ให้ความเคารพเห็นอกเห็นใจ 3.ให้รับรู้ข่าวสารของสังคม 4.เรื่องค่าใช้จ่าย กระบวนการพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแล มี 3 วงจร คือ “ยุ่งยากใจ สงสัย ใครรู้” “สับสนวุ่นวาย แต่ก็อยู่ได้” และ “อยู่กับโรค อยู่กับยา อยู่กับข้อจำกัด” การส่งเสริมการพัฒนาบทบาทครอบครัว โดยการเตรียมครอบครัว การพัฒนาความสามารถการดูแลและการจัดการตัวเอง การปรับเปลี่ยนและพัฒนาบทบาทครอบครัวอย่างยั่งยืน กลยุทธ์ส่งเสริมการพัฒนาบทบาทครอบครัวมีการสร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณาการมีส่วนร่วม หากกลุ่มช่วยเหลือ สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อในการดูแลสนับสนุนและชมเชย ให้กำลังใจ สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจและเป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล ผลการวิจัยได้แสดงความชัดเจนของบทบาทพยาบาลและครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลบทบาทการดูแลผู้ป่วย

ของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยและปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยตลอดไปได้

ชรินทร์ทิพย์ ชัยชุมพล, นันทพร ทองเภา และอ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล (2560) ได้ทำการศึกษาวิจัยความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลในตำบลกระแซง อำเภอพยุหะ จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้พฤติกรรมและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแล ประชากรตัวอย่างได้แก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีรายชื่อในทะเบียนผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระแซง จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้และ พฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหว คุณภาพเครื่องมือตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ความถี่ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 18.50, SD. = 2.38$) พฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหว โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.52, SD = 0.98$) และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหว

กาญจนา พิบูลย์ และพวงทอง อินใจ (2559) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชน จังหวัดชลบุรี การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุแบบไปกลับ และ ระยะที่ 2 ระยะประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละสาขาวิชาชีพ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ สมาชิก ในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในการดูแล ผู้สูงอายุในแต่ละสาขาวิชาชีพ และนักวิชาการด้านผู้สูงอายุ โดยเลือก แบบเจาะจงจำนวน 15 คน ดำเนินการวิจัยด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก

และการสังเกต และประเมินความเหมาะสมของ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยใช้แบบ ประเมิน วิเคราะห์ ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์ ปัจจุบัน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ พบว่ายังไม่มี ความชัดเจน ทั้งในด้านของนโยบายในการ สนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ รวมทั้ง มาตรฐานของการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ สำหรับ ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สถานที่ให้บริการที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ แบบไปกลับควร เป็นการจัดตั้งในชุมชน โดยรูปแบบของงานบริการควรมีความสอดคล้องกับบริบทของปรัชญา พันธกิจ วิสัยทัศน์และเป้าหมายของศูนย์ผู้สูงอายุดูแลแบบไปกลับ รวมทั้งควรจะเป็นตามความต้องการของ ผู้สูงอายุและญาติ สำหรับรูปแบบดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้น ตามความต้องการและความ คาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและ ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ หลักที่สำคัญคือ มีการกำหนดนโยบายและขอบเขตหน้าที่ในการจัดการดูแล ผู้สูงอายุ แบบไปกลับที่ชัดเจน มีการดำเนินการบริการเน้นการมีส่วนร่วม ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะและ คุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้ บริการ ในการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วมของ ผู้สูงอายุ และญาติในการวางแผนการดูแลและการจัดกิจกรรมเพื่อให้การบริการ มีความเหมาะสมตาม บริบทของความต้องการของผู้สูงอายุ โดยทั้ง สามองค์ประกอบมีการเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน สำหรับ ผลการประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับพบว่ารูปแบบ มีความ เหมาะสมในการนำไปใช้ได้ โดยมีค่าความเชื่อมั่นในภาพรวม 0.93 สำหรับผู้ให้บริการที่ต้องการนำ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับไปใช้ ควรพิจารณาถึงความต้องการและความคาดหวังของ ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้บริการ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2.6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

Angelica Belasco, Dulce Barbosa, Ana R. Bettencourt, Solange Diccini, และ Ricardo Sesso (2005) ได้ทำวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุในการ พอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อธิบายลักษณะของผู้ดูแลและ ประเมินภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (> 65 ปี) เกี่ยวกับการรักษาด้วย การพอกเลือด (Hemodialysis) (n=84), การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) (PD=40), และกลุ่มผู้ดูแล (n=77) ของผู้ป่วย Hemodialysis ประเมินโดยใช้แบบสอบถามผลการสำรวจสุขภาพ ระยะสั้นแบบ 36 รายการ แบบวัดภาระภาระผู้ดูแลและดัชนีความรู้ความเข้าใจภาวะซึมเศร้า ผลลัพธ์:

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (78%) อายุ 55 ± 15 ปี และลูกชายหรือลูกสาว (41%) หรือภรรยาหรือสามี (50%) ของผู้ป่วย ด้านอารมณ์ความรู้สึกและสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้รับผลกระทบมากที่สุดมิติของระดับผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือความเครียดทั่วไปและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 32 ของผู้ดูแลมีอาการของภาวะซึมเศร้า สรุป: ผู้ดูแลผู้ป่วย Peritoneal dialysis โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Peritoneal dialysis จะได้รับภาระและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ควรมีการพิจารณามาตรการแทรกแซงทางการศึกษาสังคมและจิตวิทยาเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

William E. Haley (2003) ได้ศึกษาวิจัยในเรื่องผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุด้วยมะเร็ง: ความเข้าใจและการลดภาระการดูแล ได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีบทบาทสำคัญ ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการดูแล สำหรับสมาชิกในครอบครัวที่อาจไม่มีความพร้อม ความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุมีความหลากหลายและอาจรวมถึงความช่วยเหลือเกี่ยวกับยา การขนส่งเพื่อการรักษา กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนทางอารมณ์ กิจกรรมที่ผู้ดูแลพบว่ามี ความเครียดมากที่สุด ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการดูแลตนเอง จัดการการรักษาและจัดการกับความทุกข์ของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวอาจได้รับผลกระทบจากแรงกดดันอื่น ๆ เช่นการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการจ้างงานและการหยุดชะงักในตาราง (เช่นการเข้ารับการตรวจที่คลินิกบ่อยครั้ง) ผู้ดูแลตอบสนองต่อความเครียดเหล่านี้แตกต่างกัน คู่สมรสที่มีอายุมากกว่าอาจมีความเสี่ยงเป็นพิเศษเนื่องจากความอ่อนแอของตนเอง นอกจากนี้ยังอาจมีผลเสียต่อการทำงานด้านสุขภาพจิต สังคมหรือร่างกายของผู้ดูแล การขาดดุลทางสังคมและเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการดูแลอาจรวมถึงการหยุดชะงักของการดำเนินชีวิต การเข้าสังคมน้อยลง ค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งนั้นยังมีความพึงพอใจและความรู้สึกที่ดีขึ้นของตนเอง ความคิดด้านลบของการดูแลสามารถลดลงได้โดยการสนับสนุนทางด้านจิตใจและความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ดูแลควรมีทางเลือกเพื่อลดความเครียดของการเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกบ่อยครั้ง เช่น การให้ความรู้ผู้ดูแลในด้านที่เกี่ยวข้องของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้สามารถทำได้ผ่านการติดต่อส่วนบุคคลกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพหรือผ่านโปรแกรมการศึกษาที่เป็นทางการมากขึ้น สรุปผลการวิจัย สังคมจำเป็นต้องตระหนักถึงผู้ดูแลว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่า การศึกษาความต้องการของการให้การดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งบ่งชี้ว่าการดูแลสามารถมีค่าลบส่งผลกระทบต่อจิตใจและร่างกายของผู้ดูแลสุขภาพ และสามารถนำมาซึ่งค่าใช้จ่าย

ทางสังคมและเศรษฐกิจความช่วยเหลือและข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเพื่อรับมือกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคมะเร็ง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมี วัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

ในบทนี้ผู้วิจัยได้กล่าวถึงรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 รูปแบบการวิจัย

3.2 ขอบเขตการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการดังนี้ การวิจัยนี้ได้ออกแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Method) โดยการเริ่มต้นด้วยการสำรวจข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิ โดยหน่วยในการสังเกต (Unit of observation) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะทอน จำนวน 60 คน

3.2 ขอบเขตการวิจัย ในการศึกษาค้นคว้าหลักการอันเป็นขอบเขตการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื้อหาที่สำคัญอันจะเป็นประเด็นมุ่งเน้นในการศึกษาค้นคว้า จะครอบคลุมเกี่ยวกับสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการรวบรวมข้อมูลจะประกอบด้วย พื้นที่ตำบลไร่สะทอน จังหวัดเพชรบุรีเป็นพื้นที่ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีเหตุผลที่เลือกศึกษาดังนี้ 1) เป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุดในเขตอำเภอบ้านลาด 2) มีชมรมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ขอบเขตด้านเวลา การวิจัยครั้งนี้ จะแบ่งช่วงเวลาออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

การศึกษาในระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาในประเด็นความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรีในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะทอน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะทอน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 68 คน โดยใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรโดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ความผิดพลาดไม่เกิน 5% ดังสูตรของ Taro, Y., (1973). ดังนี้

$$n = \frac{\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + N (e)^2}}$$

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

แทนค่า

$$\text{สูตร } n = \frac{68}{1 + 68 (0.05)^2}$$

$$n = 58.119$$

เพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อนจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน และได้คัดเลือกคุณสมบัติ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion criteria)

- 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว
- 2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้
- 3) มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยและร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด
- 4) มีภูมิลำเนาอยู่ตำบลไร่สะทอน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะทอน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี แล้วทำการจับฉลากชนิดไม่แทนที่กลับ ทำไปจนครบ 60 คน

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

ประชาชนในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ประสงค์ยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพศ อายุสถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล ประเภทผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับความรู้สึของท่าน โดยแบ่งออกเป็น 19 ข้อ ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนสูงสุด 92 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 53 คะแนน จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาจัดกลุ่มเป็น 5 กลุ่ม มีช่วงคะแนนและความหมาย ดังนี้

84.3 – 92.0 หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจมากที่สุด

76.5 – 84.2	หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจมาก
68.7 – 76.4	หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจปานกลาง
60.9 – 68.6	หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจน้อย
53.0 - 60.8	หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนสูงสุดสูง 30 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 17.2 คะแนน จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาจัดกลุ่มเป็น กลุ่ม 5 มีช่วงคะแนนและมีความหมาย ดังนี้

26.9 – 30.0	หมายถึง ระดับทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด
23.7 – 26.8	หมายถึง ระดับทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุมาก
20.5 – 23.6	หมายถึง ระดับทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุปานกลาง
17.3 – 20.4	หมายถึง ระดับทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุน้อย
14.0 – 17.2	หมายถึง ระดับทัศนคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนสูงสุด 1 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม มีช่วงคะแนนและความหมาย ดังนี้

0.68 – 1.00	หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง
0.34 – 0.67	หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง
0.00 – 0.33	หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามฉบับร่าง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนและความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่สร้างขึ้นกับนิยามตัวแปร โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ 0.90

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ($\alpha > 0.8$) ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.8729

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

เป็นการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) โดยทำการศึกษาดำบลไร่สะท้อน เขตอำเภอบ้านบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยมีเหตุผลที่เลือกศึกษาดังนี้ 1) เป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุดเขตอำเภอบ้านลาด 2) มีชมรมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง
- 2) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชน ได้แก่
 - 1) กลุ่มผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน สมาชิก อบต. อื่น ๆ
 - 2) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่น ๆ

2. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แนวคำถาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับ สถานการณ์ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ความหมายศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัย เงื่อนไขที่ส่งผลต่อศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
- 2) เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง และ การบันทึกภาคสนาม
- 3) นักวิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยผู้วิจัยได้มีการอบรมเพิ่มเติมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้ทรงคุณวุฒิและการฝึกกระบวนการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ ก่อนเข้าทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่วิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวม ข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ทั้งผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา และสถานที่ที่แตกต่างหลากหลายตามกิจกรรมที่ปรากฏในชุมชน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกับคนในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ การเข้าร่วม กิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเข้าร่วมประชุม กับสมาชิกชุมชน เป็นต้น

ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

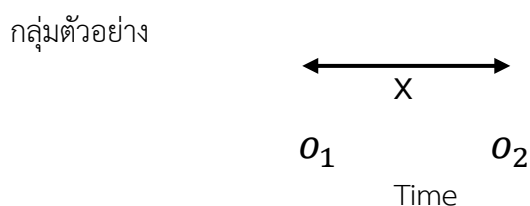
เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและประเมินผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์สถานการณ์ (Community Participatory in Diagnosis) ประกอบด้วย การสำรวจสถานการณ์ทางเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อมของชุมชน และศึกษาสถานการณ์ของชุมชนในบริบทต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและประเมินศักยภาพการพัฒนาชุมชนและครอบครัวเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการรวบรวมและสังเคราะห์ปัญหา (Community and family participatory in Reconnaissance) ประกอบด้วย การจัดกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวเรียนรู้การรวบรวม สังเคราะห์และวางแผนแก้ไขการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการกระบวนการดังกล่าวนี้จะพัฒนาระบบวิธีคิดของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง การพัฒนาเป็นผู้นำและการระดมทรัพยากรของชุมชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการวางแผนปฏิบัติการ (Community Participatory in Action Planning) ประกอบด้วย การพิจารณาทางเลือกและวางแผนในการดำเนินการ ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิบัติการ (Community Participatory in Action) เป็นการพัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง โดยการจัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้มีการรับรู้ต่อการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างชุมชน มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและชุมชน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3.1



แผนภูมิที่ 3.1 แสดงการวิจัยแบบกึ่งทดลองวัดก่อนและหลัง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัว

O_1 = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

O_2 = การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X = โปรแกรมการดำเนินงานเป็นเวลา 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Community Participatory in Evaluation)

ประกอบด้วย การประเมินผลการปฏิบัติการวิจัยได้แก่

- 1) การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติการวิจัย กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัย และการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง
- 2) การประเมินผลที่ได้จากการวิจัย (output evaluation) ได้แก่ การประเมินการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความรู้เกี่ยวกับการดูแลของกลุ่มเป้าหมาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรม ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมการพยาบาลนี้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury (1991) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนใช้เวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1-2 ชั่วโมงในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม โดยการการสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่

1) โดยการแนะนำตัวเอง การซักถามเกี่ยวกับเรื่องครอบครัว การเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของตนเองต่อบุคคลอื่น และในครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับตนเองเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างไร ขณะอยู่บ้านได้พูดคุยกับใครบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่โดยโน้มน้าวให้ทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์

ที่ไม่ดีอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านอารมณ์ จิตใจและการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลง โดยวิธีการ 1) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 2) โดยค้นหาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะอารมณ์สูญเสียพลังอำนาจ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา รวมทั้งประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคล 2) การสร้างพลังในการแก้ปัญหาคือการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติสิ่งใหม่เหมือนเป็นเรื่องปกติของชีวิต (สัปดาห์ที่ 3-4) โดยวิธีการ ดังนี้ 1) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วย การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน โดยประเมินความต้องการความรู้จากกลุ่ม แล้วพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นนั้นๆ 2) การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการแก้ปัญหาคือการเจ็บป่วยโดย สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารวมถึงการที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา และ 3) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต เป็นการสร้างเสริมความมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

1.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.2.1 โปรแกรม มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.2.1.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขอคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.2.1.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาในโปรแกรมให้สอดคล้องกับเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรค และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

1.2.1.3 นำโปรแกรมที่สร้างเรียบร้อยแล้วไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบคุณภาพและนำไปปรับปรุงแก้ไข

1.2.1.4 นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ชัดเจน ถูกต้องตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ มีความสอดคล้องของเนื้อหาและกิจกรรมตรงกับจุดประสงค์การเรียนรู้และการประเมินผล

1.2.1.5 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

1.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงให้ถูกต้องตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรของผู้ดูแล ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 4 ส่วน ดังนี้

4.1 การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

การให้คะแนน

5 = ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง

4 = ผู้ป่วยทำได้ด้วยตนเองโดยมีอุปกรณ์/เครื่องมือช่วย

3 = ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการช่วยสอน/แนะนำ

2 = ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นและต้องใช้อุปกรณ์/เครื่องมือช่วย

1 = ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

4.2 การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วย ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

การให้คะแนน

5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

4.3 การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับโรค/ความเจ็บป่วย เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อการให้คะแนน ผู้วิจัยจะพิจารณาคำตอบของกลุ่มตัวอย่างแล้วประเมินความถูกต้องเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรค/ความเจ็บป่วย และกำหนดคะแนน ดังนี้

5 = ถูกต้องมากที่สุด 4 = ถูกต้องมาก 3 = ถูกต้องปานกลาง
2 = ถูกต้องน้อย 1 = ถูกต้องน้อยที่สุด

4.4 การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรค/ความเจ็บป่วยข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับจำนวน 15 ข้อ

การให้คะแนน

5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไปหาความตรงตามเนื้อหา (content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจจำนวน 3 ท่าน นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (try out) โดยนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอีกตำบลหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คนซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) พบว่า

1) แบบสอบถามด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.81

2) แบบสอบถามด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.85

3) แบบสอบถามด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับโรค/ความเจ็บป่วยมีความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.87

4) แบบสอบถามด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรค/ความเจ็บป่วยมีความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.89

5. การประเมินผล

โดยการประเมินผลจากการจัดโปรแกรมแก่ครอบครัว โดยการวัดผลจาก

1) แบบประเมินด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วย

2) แบบประเมินด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับโรค/ความเจ็บป่วย

3) แบบประเมินด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรค/ความเจ็บป่วย

3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี เมื่อได้รับการอนุมัติ ก่อนนำกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตัว ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งได้ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะประชากรโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพทำการเปรียบเทียบและวิเคราะห์เชิงอุปนัย โดยการตีความ ถอดรหัส

ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ทำการวิเคราะห์โดยทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองด้านการรับรู้ของครอบครัวและความสามารถของครอบครัวในการจัดการแต่ละด้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired sample t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ วัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อสังเคราะห์สถานการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

การนำเสนอประกอบด้วย 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์ของชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 3 ผลการประเมินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 1.3 ทักษะของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 1.4 ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 มีอายุเฉลี่ย 49.98 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.70 มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 75 มีบุตรเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ร้อยละ 31.70 ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 ผู้ดูแลไม่เคยผ่านการอบรม ร้อยละ 86.70 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=60)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	36.70
หญิง	38	63.30
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20	2	3.30
20-29	1	1.70
30-39	10	16.70
40-49	15	25.00
50-59	15	25.0
60-69	12	20.00
70-79	5	8.30
สถานภาพ		
โสด	16	26.70
คู่	39	65.00
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	5	8.30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	30	50.00
มัธยมศึกษา	21	35.00
ปวช./ ปวส.	2	3.30
ปริญญาตรี	7	11.7
อาชีพ		
งานบ้าน	5	8.30
รับจ้าง	37	61.70
ข้าราชการ	5	8.30
เกษตรกร	4	6.70

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=60)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขาย	4	6.70
พนักงานบริษัท	1	1.70
อื่น ๆ	4	6.70
รายได้ต่อเดือน		
รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ	4	6.70
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	45	75.00
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	8	13.30
ไม่มีรายได้	3	5.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดาหรือมารดา	17	28.30
สามีหรือภรรยา	15	25.00
พี่หรือน้อง	2	3.30
บุตร	19	31.70
ญาติ	6	10.00
อื่นๆ	1	1.70
ระยะเวลาในการดูแล		
1-5 ปี	30	50.00
6-10ปี	9	15.00
11-15ปี	11	18.30
16-20ปี	3	5.00
มากกว่า 20 ปี	7	11.70

ประเภทผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ผ่านการอบรม	8	13.30
ไม่เคยผ่านการอบรม	52	86.70

1.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ รู้สึกมั่นใจมากที่สุด รู้สึกมั่นใจมาก รู้สึกมั่นใจปานกลาง รู้สึกมั่นใจน้อย รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด พบว่า รู้สึกมั่นใจมากที่สุด จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.30 รู้สึกมั่นใจมาก จำนวน 20 คน ร้อยละ 33.30 รู้สึกมั่นใจปานกลาง จำนวน 24 คน ร้อยละ 40.00 รู้สึกมั่นใจน้อย จำนวน 11 คน ร้อยละ 18.30 รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด จำนวน 3 คน ร้อยละ 5.00 คะแนนเฉลี่ย คือ 74.47 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.49 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล (n=60)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รู้สึกมั่นใจมากที่สุด	2	3.30
รู้สึกมั่นใจมาก	20	33.30
รู้สึกมั่นใจปานกลาง	24	40.00
รู้สึกมั่นใจน้อย	11	18.30
รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด	3	5.00

\bar{X} = 74.47 S.D. 7.49 คะแนนสูงสุด = 92 คะแนนต่ำสุด = 53

1.3 ทักษะคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระดับคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด พบว่า เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 24 คน ร้อยละ 40.00 เห็นด้วยมาก จำนวน 24 คน ร้อยละ 40.00 เห็นด้วยปานกลาง จำนวน 9 คน ร้อยละ 15.00 เห็นด้วยน้อย จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.30 และเห็นด้วยน้อยที่สุด จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.70 คะแนนเฉลี่ย คือ 25.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.25 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=60)

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เห็นด้วยมากที่สุด	24	40.00
เห็นด้วยมาก	24	40.00
เห็นด้วยปานกลาง	9	15.00
เห็นด้วยน้อย	2	3.30
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	1.70
$\bar{X} = 25.73$ S.D. 3.25 คะแนนสูงสุด = 30 คะแนนต่ำสุด = 14		

1.4 ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 32 คน ร้อยละ 53.30 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.70 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.00 มีคะแนนเฉลี่ย คือ 7.53 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.87 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=60)

ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	32	53.30
ระดับปานกลาง	22	36.70
ระดับต่ำ	6	10.00

$$\bar{x} = 7.53 \text{ S.D. } 0.87 \text{ คะแนนสูงสุด} = 9 \text{ คะแนนต่ำสุด} = 5$$

1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.36$, $p=.005$) ทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($r=.45$, $p=.00$) และความรู้อาจไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ตัวแปร	ความรู้	ทักษะ	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	1		
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ	.36*	1	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.14	.45*	1

* $p<.05$

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์ของชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งนี้ยึดกรอบแนวคิดการดูแลระยะยาวขององค์การอนามัยโลกโดยการดูแลระยะยาวประกอบด้วยบริการที่มีการจัดขึ้นสำหรับผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลโดยผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ และผู้ให้การดูแลที่เป็นทางการ ตลอดจนผู้ให้การดูแลตามประเพณีและอาสาสมัครโดยกิจกรรมครอบคลุมกิจกรรมด้านสุขภาพและสังคม ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้บริการ การส่งเรื่องต่อไปยังหน่วยงานอื่น การประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ และการให้บริการเป็นรายบุคคล โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้เน้นบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยให้บริการในชุมชนครอบคลุมการวิเคราะห์สถานการณ์ในด้านบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งแบบที่ชุมชนมีและไม่มีส่วนร่วมที่

มีอยู่ในปัจจุบันความต้องการบริการการดูแลระยะยาวโดยที่ชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวทางในการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 บริบทที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน

2.1.1 สถานการณ์ที่ทำให้เกิดศักยภาพการดูแล ได้แก่ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นสม่ำเสมอ สถานการณ์ที่นำไปสู่การเกิดศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เกิดอย่างต่อเนื่องในชุมชนมี 2 ลักษณะ คือ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และสถานการณ์ตามวิถีชุมชน การดูแล สุขภาพ/การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุการดูแลสุขภาพเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาชน มองสุขภาพเชื่อมโยงกับทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ มีเป้าหมายให้ประชาชนดูแลตนเองได้โดยเน้นการนำปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นตัวตั้ง และจัดบริการที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม การจัดการสุขภาพของตำบลเป็นการใช้ข้อมูล ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นตัวตั้ง และมีความหลากหลายและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นบางครั้ง บางโอกาส บางช่วง ไม่ต่อเนื่องหรือไม่ได้มีตลอดปี

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “สิ่งสนับสนุนให้เขาพึ่งตนเอง อบอุ่น อย่างเช่นหนึ่งการให้ความรู้แบบนี้ใช้ใหม่คะ ก็หลายมิติ ความรู้ก็เป็นหนึ่ง เช่นการออกกำลังกายคือการให้พวกเขาเนี่ยได้พึ่งตนเอง คล้ายๆว่าความเป็นครอบครัวเพื่อให้เค้าที่ได้ร่วมให้ข้อคิดให้ตัดสินใจ ให้เขาได้ปฏิบัติด้วยตนเองเหมือนประมาณนั้นแหละแต่ว่าในมุมมองได้หลายมิติค่อยแต่พึ่งคนอื่นใช้ใหม่พึ่งจากภาครัฐคือให้ตลอดแหละเหมือนต้องสร้างคนให้ครอบครัวเค้าเนี่ยมีพลัง”

2.1.2 ลักษณะการดูแลของชุมชนประกอบด้วย 1) ช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นลักษณะของการรวมกลุ่มทำกิจกรรม หรือทำงานเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในชุมชน เช่น เยี่ยมบ้าน ตรวจร่างกาย เบื้องต้นทำกายภาพ นวด ประคบสมุนไพร ทำออกกำลังกาย ทำสันทนาการ การแนะนำการรับประทานอาหารและยา เป็นต้น 2) การช่วยเหลือด้านเงินและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ผู้ได้รับความเดือดร้อน โดยการรวบรวมเงินจากสมาชิกกลุ่มการออมเงิน ให้สมาชิกกู้ยืม ช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกผู้เสียชีวิตให้เงินแก่กลุ่มเพื่อทำกิจกรรม 3) ช่วยสิ่งของและทรัพยากรการมอบการให้สิ่งของเพื่อเป็นการช่วยเหลือกัน ได้แก่ การมอบถุงยังชีพ เสื้อผ้า อาหาร การช่วยขับรถไปส่งที่โรงพยาบาล เป็นต้น 4) ช่วยให้ข้อมูลความรู้และประสานงาน โดยถ่ายทอดให้ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการทำงาน ทำอาชีพ และคำแนะนำ ในการทำบุญประเพณี ให้แก่สมาชิกในกลุ่ม คนในตำบล รวมทั้งคนนอกพื้นที่ โดยการเป็นผู้ให้ความรู้ วิทยากรด้านการประสานงาน โดยการหาข้อมูลหาข่าวแล้วมาเผยแพร่ ประกาศ ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนทราบเป็นปากต่อปาก หอกระจายข่าว หรือโทรศัพท์ เพื่อเป็นการให้ความรู้ทักษะและการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานใน

การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนในชุมชนและ 5) ช่วยให้คำปรึกษา และให้กำลังใจเป็นการช่วยเหลือโดยอยู่เป็นเพื่อน พูดคุยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้เดือดร้อน ผู้มีความทุกข์ ได้มีกำลังใจ ในการผ่านพ้นภาวะวิกฤต เช่น อยู่เป็นเพื่อนพูดคุยให้กำลังใจผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต พูดคุยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาผู้ที่ป่วยเรื้อรังหรืออัมพาตพิการ

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “การมีรถรับส่งของผู้ป่วยปกติเนี่ยตอนแรกกะคะตอนที่แม่อยู่เป็นเมื่อ 10 ปีที่แล้วกะต้องโทรเรียกรถมารับที่เค้าเป็นเหมือน Ambulance เป็นแบบคือแบบรถนอกจะเสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 1400 บาทโทรให้มารับแม่ แล้วตอนหลังเราไปคุยกับทาง อบต เค้าก็จะทำโครงการมาเรื่อยๆ สามารถทำได้สามารถมีรถรับส่งผู้ป่วยได้อะไรประมาณเนี่ยคะแล้วตอนหลังๆนี้ก็คือผู้ป่วยอื่นๆ ก็จะได้รับบริการ ความสะดวกสบาย มีรถรับส่งมีการบริการตรวจถึงบ้านถือว่าที่เนี่ยบริการได้ดี เข้าถึงปัญหาอุปสรรคนี้ใหม่การบริการตอนแรกแรกก็มีในเรื่อง ของการใช้รถแอมบูเลนส์ออกรับส่งเหมือนไป ผิดกฎราชการอะไรซักอย่างหนึ่งแต่แนวคิดของนายกเค้าก็เลยมีการปรับแก้ปรับเปลี่ยนแล้วก็คือเป็นรถของกองสวัสดิการทำขึ้นมาเพื่อเป็นการบริการให้กับชาวบ้านในตำบลนี้คะก็จะเป็นการแก้ปัญหาและประชาชนไปด้วยกันได้คะ แล้วคิดว่าเรื่องของทักษะให้เราไปดูแลเนี่ย”

2.1.3 ศักยภาพของชุมชนถึงหนุนเสริมศักยภาพของชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) โครงสร้างทางสังคมได้แก่กลุ่มทางสังคมองค์กรหน่วยงานทั้งใน และนอกพื้นที่ ดังนี้ โครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย แกนนำ คนนำคนสำคัญหรือคนเก่ง กลุ่มทางสังคมและองค์กรหน่วยงาน กลุ่มทางสังคม ในพื้นที่แบ่งกลุ่มทางสังคมในพื้นที่เป็น 5 ลักษณะตามเป้าหมายหน่วยงานที่ตอบสนอง คือ (1) กลุ่มอาสาสมัครดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย (2) กลุ่มช่วยเหลือ ด้านบรรเทาสาธารณภัย (3) กลุ่มช่วยเหลือด้านอาชีพ (4) กลุ่มช่วยเหลือด้านกองทุนสวัสดิการ และ (5) กลุ่ม สืบสานภูมิปัญญาและประเพณี องค์กรหน่วยงานที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ระบบชุมชนที่มีส่วนเกื้อหนุนให้กับผู้สูงอายุกับประสบการณ์ของ อบต เนี่ย ผู้สูงอายุส่วนมากในตำบลเนี่ย อบต เค้าจะมีคนไปดูแลแต่ไปแจกของเนี่ยมันก็ไม่มีบะ มันต้องหางบนอกเช่นขยะที่เอาไปทำผ้าป่าเนี่ยได้เงินมากก็ไปซื้อพวกแพมเพิสแจกหรือว่าของเครื่องใช้ครัวเรือนข้าวน้ำปลาน้ำตาลจะเป็นเงินนอก ครอบครัวที่ขาดแคลน งบประมาณไม่มีทำห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุถ้าบ้านไหนมีห้องน้ำที่ดีแล้วก็จะติดราวกันลื่นให้แล้วก็ถ้าเกิดบ้านไหนที่เป็นชักโครกนั่งยองๆเค้าก็จะเปลี่ยนเป็นชักโครกให้สำหรับคนที่ไม่ค่อยมีฐานะแล้วก็ดูบ้านไหนที่ฟังก์จะซ่อมแซมทำให้ใหม่ปีนึงก็จะได้แค่หลังเดียวทีละหลังปีหนึ่งก็จะมงบประมาณไม่เกิน 20000 บาทต่อหลัง ส่วนมากเป็นโรคอะไร ผู้สูงอายุ เบาหวาน ความดัน ไขมัน ติดเตียงเยอะมีบ้านหม้อเยอะมี ตอนนี้ก็เหลือถ้าทั้งตำบลก็ยังอยู่เป็น 10 หมู่ 1 มีชอย 11 ชอย 10 ประมาณ 3 คนหมู่ 1 แต่หมู่อื่นเยอะ”

2.2 ความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

2.2.1 ความต้องการด้านเศรษฐกิจ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวส่วนใหญ่มีความต้องการการช่วยเหลือในด้านการเงินเป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะยากจน โดยให้ข้อมูลว่าจะได้ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวได้บ้างและต้องการการช่วยเหลือระยะยาวตลอดไป

2.2.2 ความต้องการด้านสุขภาพ

1) ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวและต้องการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังนั้นบริการด้านสุขภาพที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการมากที่สุด

1. บริการสุขภาพที่ต้องการที่บ้านประกอบด้วย การจ่ายยาที่จำเป็นที่ต้องรับประทานต่อเนื่อง บริการตรวจรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยเนื่องจากไม่แน่ใจว่าโรคที่เป็นหายขาดหรือไม่ มีโรคแทรกซ้อนอะไรเกิดขึ้นบ้าง และบริการตรวจรักษาเมื่อเกิดอาการหรือความผิดปกติ เช่นอาการเหนื่อยหอบง่าย อาการปวด อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น โดยความถี่ของการให้บริการควรมาให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2. ผู้ให้บริการ ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการแพทย์ พยาบาลหรือนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลมาให้บริการที่บ้านนอกเหนือจากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค และมักมียาหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือโรคและมักมียาหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็นสำหรับโรคบางโรค สำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มาเยี่ยมบ้านควรมีการให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การวัดความดันโลหิต การดูแลเรื่องยา หรือแนะนำการออกกำลังกายหรือการนวด โดยแพทย์หรือพยาบาลควรมาให้บริการที่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนอาสาสมัครอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือกว่านั้นโดยเฉพาะถ้าผู้สูงอายุที่เยี่ยมไม่มีผู้ดูแลตอนกลางวันหรือเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังควรมาเยี่ยมทุกวันหรือวันเว้นวัน

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ครอบครัวโยเนี่ยเราอาจจะมีความรู้อยู่บ้างสรรหาความรู้เพื่อให้เพื่อที่จะมาช่วย พอเราทำไปสักระยะหนึ่งคะแล้วก็จะมืองค์กรอื่นเข้ามาเห็นสิ่งประดิษฐ์ของเราก็จะเข้ามาช่วยเหลือแต่ก่อตั้งก็คือเราช่วยเหลือกันเองที่คนในครอบครัวของเรามีพื้นฐานคิดจะพึ่งพาตนเองก่อน”

2) ความต้องการการฟื้นฟูสภาพ

เนื่องจากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพจะทำให้ไม่เกิดพิการมากขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมบางอย่างได้บ้าง ไม่ต้องเป็นภาระของลูกหลาน

มากเกินไป ซึ่งบริการฟื้นฟูสภาพถ้าได้รับการโดยตรงจากนักกายภาพบำบัดจะเป็นการดีมากเนื่องจากมีความเชี่ยวชาญ โดยควรมีการสอนคนในครอบครัวให้สามารถปฏิบัติได้ด้วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ซึ่งถ้าเป็นไปได้ก็อาจเป็นการฟื้นฟูสภาพโดยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมให้มีศักยภาพเพียงพอ และควรมีการให้บริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งจนผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือไม่เกิดความพิการเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพควรมีการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ใช้ที่บ้าน ผู้สูงอายุด้วยหรืออาจเป็นการจัดทำขึ้นมาเองเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ด้วยตนเองร่วมด้วย

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ในความคิดประสบการณ์ของโยโดยตรงเนี่ยโยไม่ได้รอความช่วยเหลือจากใครเลย อุปกรณ์เป็นสิ่งที่คิดกันเองออกแบบและให้แม่นั่งและเหล็กทำโค้งก็คือพ้อออกแบบและ และพวกลูกชายก็ช่วยกันออกแบบแล้วก็ไปประดิษฐ์กัน โยงค์กรอบเพื่อเป็นกายภาพเป็นอุปกรณ์ที่เราสามารถคิดค้นละ”

3) ศูนย์ดูแลกลางวัน

ผู้สูงอายุและครอบครัวเสนอแนะว่าควรมีศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังหรือผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเพียงลำพังในเวลากลางวันที่คนในครอบครัวต้องไปทำงานทำให้ไม่มีคนช่วยดูแลในกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นถ้ามีศูนย์ดูแลกลางวันจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีขึ้น นอกจากนั้นถ้ามีศูนย์ดูแลกลางวันจะทำให้ผู้ดูแลสามารถไปทำงานช่วงกลางวันเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลบางคนหยุดงานเนื่องจากไม่มีคนดูแลทำให้ขาดรายได้โดยบริการที่ศูนย์นอกเหนือจากการช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแล้วควรมีบริการด้านการฟื้นฟูสภาพร่วมด้วย และควรมีบริการรับส่งสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถรับส่งได้ ถ้ามีศูนย์ดูแลกลางวันที่ตั้งขึ้นในวัดจะเป็นสิ่งที่ดีเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการไปวัดแต่ไม่สามารถไปได้ดังนั้นถ้ามีศูนย์ที่วัดจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้ไปวัดและได้มีโอกาสฟังเทศน์ฟังธรรมด้วย

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ตอนนี้มันสังคมมันเปลี่ยนก็คือก็จะมีแต่ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังกับเด็กน้อย ฉะนั้นผู้ดูแลก็จะมีภาวะให้เขาพึ่งพิงได้เนี่ย เช่นก็คือไปทำงานเขาก็ไปทำงานกันหมดพ้อแม่ก็จะอยู่บ้านตามลำพังหลาน”

2.3 บริบทเกี่ยวกับบ้านและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวพบว่าครอบครัวยังเป็นแหล่งความช่วยเหลือหลักสำหรับผู้สูงอายุ โดยสามารถแยกการช่วยเหลือตามลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว

1.1 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวและครอบครัวให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัวประกอบด้วย การดูแลดังนี้

1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว การขับถ่าย และการเคลื่อนย้ายในบ้าน

การดูแลเรื่องการอาบน้ำแต่งตัวส่วนใหญ่ผู้สูงอายุทุกรายได้รับการทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง แต่เป็นการทำความสะอาดร่างกายโดยการเช็ดตัวให้ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนการสระผมอาจเป็นสัปดาห์ละครั้งหรือนานกว่านั้นเนื่องจากยุ่งยากลำบาก

การดูแลเรื่องการขับถ่ายเมื่อผู้สูงอายุต้องการขับถ่าย มิได้มีการวางแผนดูแลให้ขับถ่ายเป็นเวลา ถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาท้องผูกหรือไม่ถ่ายหลายวัน บางครอบครัวมีการใช้การสวนให้ แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ดูแลเรื่องภาวะท้องผูก สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่ได้หรือปัสสาวะรดที่นอน สำหรับครอบครัวที่มีฐานะดีจะใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไว้ให้และเปลี่ยนวันละ 1 ครั้ง ส่วนครอบครัวที่ฐานะทางการเงินไม่ดีจะไม่ได้ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่จะให้การชักผ้าบ่อยๆ หรือบางครั้งผู้สูงอายุไม่ได้รับการเปลี่ยนผ้าหลังถ่ายปัสสาวะ ทำให้สิ่งกลิ่นเหม็นและมีรอยแดงที่ก้น บางครอบครัวใช้ถุงพลาสติกรองปัสสาวะและเปลี่ยนเมื่อปัสสาวะเต็มถุง ซึ่งบางครั้งน้ำปัสสาวะไหลเปื้อนหรือไม่ได้เปลี่ยนจนปัสสาวะล้นถุง

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ดูจากโรงพยาบาลเขาใช้ถุงพลาสติกสวมไว้กันปัสสาวะเปื้อนและไม่ต้องเปลี่ยนผ้าบ่อยเลยเอาอย่างบ้าง สะดวกดี ถ้าจะให้ชักผ้าบ่อยๆ ก็ไม่ไหว”

การช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร ครอบครัวให้การดูแลทั้งการเตรียมอาหาร และดูแลให้ผู้สูงอายุที่รับประทานเองได้รับประทานอย่างเพียงพอ แต่สำหรับผู้สูงอายุที่รับประทานเองไม่ได้ ต้องป้อนให้ด้วยทุกครั้ง ซึ่งไม่ได้เป็นความยากลำบาก สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ต้องจำกัดอาหารหรือเลือกอาหารที่เหมาะสมครอบครัวจะเป็นผู้จัดเตรียมให้ เช่น อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

การดูแลเรื่องการเคลื่อนย้ายภายในบ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มีครอบครัวดูแลส่วนใหญ่จะใช้รถเข็นช่วยให้ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ภายในบ้านได้ แต่สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่ฐานะทางการเงินไม่ดี จะไม่ค่อยได้เคลื่อนที่ภายในบ้านหรือใช้การเคลื่อนที่ด้วยตนเอง เช่น การไปที่ต่างๆ หรือการใช้การกระโดด หรือการช่วยประคอง ซึ่งถ้าผู้ดูแลเป็นลูกจะช่วยในเรื่องการเคลื่อนย้ายได้ แต่ถ้าผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยการเคลื่อนย้ายของผู้สูงอายุได้เนื่องจากแรงไม่มากพอ

2) การช่วยเหลือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย การดูแลให้ได้รับยาการดูแลเมื่อมีไข้ การพาไปปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือการทำกายภาพบำบัด

กิจกรรมเรื่องการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับยาเป็นกิจกรรมที่ไม่มี ความยากลำบากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดี แต่กิจกรรมที่ไม่ค่อยได้รับการช่วยเหลือคือกิจกรรม

เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกายเนื่องจากครอบครัวไม่มีทักษะในการปฏิบัติและไม่มั่นใจในการปฏิบัติเกรงว่าจะเกิดอันตราย

ผู้ดูแลที่เป็นภรรยารายหนึ่งกล่าวว่า “การบีบการนวดต้องเป็นคนที่รู้ไม่อย่างนั้นถ้าไปโดนเส้นจะทำให้พิการได้ยิ่งแย่ไปใหญ่”

ส่วนหนึ่งครอบครัวไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ โดยกล่าวว่า การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็เหนื่อยมากอยู่แล้วโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ

โดยผู้ดูแลที่เป็นภรรยาอายุ 75 ปีรายหนึ่งกล่าวว่า “ตัวเองก็เอาตัวเองไม่ค่อยจะไหว ดูแลมาเป็นสิบปี แคดูแลเรื่องเช็ดเนื้อเช็ดตัว เปลี่ยนผ้า และป้อนข้าวก็แทบแย่แล้ว ถ้าจะให้มาบีบมานวดอีกคงไม่ไหว จะตายเสียก่อน”

นอกจากนั้นผู้ดูแลที่ต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมงมีความยากลำบากถ้าต้องมีการพาไป เนื่องจากต้องอาศัยบุคคลอื่นในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ถ้าไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวช่วยจะต้องอาศัยเพื่อนบ้านซึ่งบางครั้งเพื่อนบ้านก็ไม่สามารถมาช่วยได้จำเป็นต้องรอจนกว่าจะมีคนว่าง

3) การช่วยเหลือด้านเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม โดยครอบครัวจะเป็นผู้จัดหาอุปกรณ์หรือเครื่องนุ่งห่มที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุกิจกรรมด้านนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อยู่กับครอบครัวได้รับการดูแลเป็นอย่างดี

4) การช่วยเหลือด้านจิตใจ

ครอบครัวให้การพูดคุยให้กำลังใจ บางครอบครัวช่วยไม่ให้เครียดหรือวิตกกังวล โดยการเปิดวิทยุให้ฟังหรือการเปิดโทรทัศน์ และการพูดคุย อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุมักจะไม่ค่อยได้ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจเนื่องจากไม่รู้จะให้การช่วยเหลืออย่างไร

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “สภาพของจิตใจของผู้ป่วยและสภาพจิตใจของผู้ดูแลแล้วก็สภาพความเป็นอยู่ต่าง ๆ อะไรประมาณนี้โดยเฉพาะในเรื่องของผู้ป่วยเป็นครอบครัวเป็นแม่เราเองอะคะก็ต้องใส่ใจบางครั้งก็ต้องโดยภาวะโลกของเขาเป็นภาวะพึ่งพิงอยู่แล้วอาจจะสร้างความกดดันให้เราให้เราบ้างบางที่เราพูดเราบอกอาจไม่เชื่ออะไม่อะไรกันมันอาจจะเป็นอุปสรรคในการที่เราดูแลมันจะเป็นประมาณนั้นส่วนที่เป็นที่ Caregiver ไปดูแลผู้อื่นอันนี้ก็ง่ายกว่าครอบครัวหรือคนในครอบครัวอะเหมือนเค้าจะเชื่อในสิ่งในสิ่งที่เราบอกในสิ่งที่เราปฏิบัติแล้วก็เราแนะนำให้มันจะทำได้มากกว่าที่เราแนะนำกว่าคนใกล้ชิดอะคะ”

5) การช่วยเหลือให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่จำเป็น

การช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุไม่ค่อยได้รับจากครอบครัวเนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ต้องมีคนช่วยในการเคลื่อนย้ายหรือต้องมีรถเป็นให้กับผู้สูงอายุ หรือมีพาหนะส่วนตัว และเมื่อไปที่ต่างๆ ไม่ค่อยมีสวัสดิการรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือ

ตนเองไม่ได้ เช่น การมีทางลาดสำหรับรถเข็น การมีที่จอดรถที่อยู่ใกล้ ดังนั้นส่วนใหญ่ครอบครัวจึงไม่ค่อยได้นำผู้สูงอายุไม่ร่วมกิจกรรมหรือทำกิจกรรมนอกบ้าน อย่างไรก็ตามผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าต้องการให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถทำได้และคิดว่าผู้สูงอายุคงต้องการเช่นเดียวกัน ดังคำกล่าวของผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวที่ว่า

“พ่อคงอยากไปนอกบ้านเหมือนกันแต่ไม่กล้าบอกเพราะรู้ว่าไปลำบาก ถ้าพ่อได้ออกไปข้างนอกบ้านบ้างน่าจะทำให้มีกำลังใจขึ้นนะ”

1.1.2 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวแต่ครอบครัวให้การดูแลเฉพาะช่วงเย็นและช่วงกลางวัน

เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องทำงานกลางวันทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตลอด 24 ชั่วโมง ช่วงกลางวันผู้สูงอายุต้องอยู่เพียงลำพัง สำหรับกิจกรรมการช่วยเหลือประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การอาบน้ำแต่งตัวครอบครัวจะช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตอนเช้า หลังจากนั้นเมื่อกลับจากทำงานผู้สูงอายุจะได้รับการทำความสะอาดร่างกายอีกครั้ง

การจัดเตรียมอาหาร ซึ่งการจัดเตรียมอาหารเตรียมให้ 2 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า และมื้อกลางวัน หรือบางครั้งอาจเตรียมให้ทั้ง 3 มื้อ โดยเตรียมไว้ให้ผู้สูงอายุสามารถเอื้อมหยิบได้ถึง บางครอบครัวมีฝาปิดป้องกันแมลงวันตอมแต่บางครอบครัวไม่ได้ปิดฝาอาหารทำให้มีแมลงวันตอมหรือมดขึ้น และอาหารบางประเภทอาจบูดหรือเสียโดยเฉพาะถ้าทิ้งไว้ตอนเย็นนอกจากนั้นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดื่อกาหรเข้าปากได้เองจะไม่ได้รับประทานอาหารเลยทั้งวันหลังจากที่ครอบครัวป้อนอาหารให้ในมื้อเช้า ต้องรองจนกว่าผู้ดูแลจะกลับจากทำงาน

ในส่วนการขับถ่าย ครอบครัวจะเตรียมอุปกรณ์สำหรับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระไว้ข้างเตียงก่อนออกไปทำงาน แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยจะถ่ายรดที่นอนและต้องรองจนกว่าครอบครัวจะกลับมาจากทำงานจึงได้รับการทำความสะอาด ดังผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวรายหนึ่งที่กำลังกล่าวว่า “การใส่ผ้ากันเปื้อนจะเกิดการติดเชื้อแล้วคนไข้เนี่ยเสียชีวิตด้วยการติดเชื้อเนี่ยเยอะอยู่แล้วเราฝึกให้เขาออกกำลังโดยการเคลื่อนไหวต่างๆใหม่ใช้จะทำทุกอย่างให้เขาขับถ่ายเองแต่นั้นแหละถึงได้บอกว่าผู้ดูแลเนี่ยจำเป็นที่สุดสำคัญที่สุดเพราะความใส่ใจของผู้ดูแลสำคัญที่สุดนั่นแหละค่ะ ถ้าเราไม่ใส่สายเราจะทำยังไงเขาก็ทำเป็นเบาะนอนคือคนไข้เนี่ยถ้าเราไม่ใส่สายฉี่เนี่ยพอเวลานอนผู้หญิงคือประเด็นที่จะไหลลงตรงหลังมันจะเกิดทำให้เกิดการอักเสบแผลกดทับทุกสิ่งทุกอย่าง” ส่วนการเคลื่อนย้ายตนเอง ผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือตนเองถ้ายังพอทำได้ แต่ถ้าหาไม่ได้ผู้สูงอายุจะนอนบนเตียงตลอดทั้งวัน

2) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย

ในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาด้วยยา ครอบครัวจะเป็นผู้จัดเตรียมยาไว้ให้ก่อนไปทำงาน แต่ถ้ายาหมดและผู้ดูแลไม่มีเวลาว่างไปรับยามาให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับยาต่อเนื่องหรือขาดยาซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาลดความดันโลหิตและยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจากครอบครัวเนื่องจากครอบครัวไม่มีเวลา ต้องทำงานและเหนื่อยมากจากการทำงาน นอกจากนั้นครอบครัวไม่มีความรู้หรือมีทักษะเพียงพอในการฟื้นฟูสภาพ ส่วนใหญ่เน้นเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันมากกว่า ดังผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวรายหนึ่งทีกล่าวว่า “ต้องทำงานทั้งวันเหนื่อยมากแล้วกลับมาบ้านยังต้องมาดูแลคนป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต เช็ดล้างตัว ป้อนข้าวอีก ไหนจะดูแลลูกอีก ไม่มีเวลาหรอกที่จะมาบีบมานวด และไม่เห็นมีใครมาบอกเลยว่าต้องทำยังไง”

3) กิจกรรมทางสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากครอบครัวไม่มีเวลา และมีความยุ่งยากในการต้องพาผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไปที่ต่างๆ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าตอนที่ช่วยเหลือตนเองได้ที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมแต่เมื่อช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่ได้ออกนอกบ้านไปทำกิจกรรมใดๆ เลยดังผู้สูงอายุชายเป็นอัมพาตมา 10 ปี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้กล่าวว่า “ไม่หวังแล้วว่าจะไปไหนมาไหนขอให้ได้อยู่โดยไม่เป็นภาระของลูกหลานและไม่ทุกข์ทรมานก็เอาแล้ว”

4) การช่วยเหลือด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีคนในครอบครัวอยู่ด้วยตลอดทั้งวันจะไม่ได้รับการดูแลด้านจิตใจจากครอบครัวเนื่องจากครอบครัวไม่มีเวลาอยู่ด้วยและเน้นการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่ามีความเหงาที่ต้องอยู่คนเดียวทั้งวันต้องอยู่คนเดียวทั้งวันและทุกวัน ไม่มีคนมาพูดคุยด้วย ผู้สูงอายุบางรายช่วงกลางวันอยู่กับสุนัขหนึ่งตัวเป็นเพื่อนเท่านั้นแม้แต่เพื่อนบ้านที่ไม่มีเวลามาเยี่ยมเยียนหรือแวะมาพูดคุยด้วย

ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้สูงอายุชายรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ก็ถ้าในระยะยาวเนี่ยการดูแลคนในครอบครัวเนี่ยจะประสบความสำเร็จมากกว่าการสร้างความสำเร็จกับคนในครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะได้ประสิทธิภาพประสิทธิผลมากกว่าการไปดูแลคนข้างนอกเพราะ ด้วยความใกล้ชิดความสนิทกันแล้วก็ด้วยความผูกพันกันต่างๆแต่เราในฐานะเราเป็น Caregiver หรือ อสม เราจะไปดูคนข้างนอกเนี่ยเราก็ดูได้แค่บางช่วงบางระยะ”

1.1.3 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว แต่มีครอบครัวอยู่ใกล้และได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว

ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะได้รับการดูแลคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุที่ครอบครัวดูแลได้เฉพาะช่วงเย็นและช่วงกลางคืน อย่างไรก็ตามในช่วงกลางคืนที่ครอบครัวไม่ได้อยู่ด้วยผู้สูงอายุจะไม่ได้รับการดูแลในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน และผู้สูงอายุรู้สึกถึงความกลัวหรือไม่มั่นคงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังเช่นผู้สูงอายุหญิงรายหนึ่งที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องอยู่บ้านคนเดียว ถึงแม้ลูกหลานอยู่ไม่ไกลกล่าวว่า “กลางคืนบางคืนนอนไม่ค่อยหลับ คิดมากกลัวว่าถ้าเกิดเป็นอะไรไป ไม่มีใครช่วยทัน”

นอกจากนั้นครอบครัวที่อยู่ไกลจะให้การดูแลโดยการจัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ให้เมื่อมาเยี่ยม และจะใช้การติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ แต่ส่วนมากผู้สูงอายุไม่ค่อยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวเนื่องจากครอบครัวยากจนต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวตนเอง

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลระยะยาวของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครอบครัว

ปัญหาของครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีดังนี้

1) การไม่มีเวลา เนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว และถ้าไม่ทำงานก็ไม่มีรายได้สำหรับใช้จ่ายในครอบครัว บางครอบครัวมีภาระหลายด้านทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างดี เช่น มีเด็กเล็กในครอบครัว

2) การไม่มีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพ หรือการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะผู้สูงอายุที่มีปัญหาคลื่นลำบาก เคลื่อนไหวบกพร่อง ดังผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวรายหนึ่งกล่าวไว้ว่า “อยากให้ได้บรมได้ความรู้จริงๆให้เราได้รู้สักว่าความรู้จึงขึ้นอยู่กับการลงมือทำทฤษฎีเราบอกทฤษฎีมากกว่าจะไม่มีฝึกปฏิบัติก็มีแต่เวลา มันน้อย ค่าก็เลยยัดๆมา เรากลับบ้านเราก็จะลืมบางครั้งและเราก็ไม่ได้มีอะไรมาทำซ้ำคือค่าเตรียมสเต็มของค่ามาพอถึงเวลาค่าก็มาปล่อยคนที่สนใจก็โอเคเวลาน้อยคนที่ทำได้ก็ทำได้คนที่ไม่ทำก็ทำไม่ได้คือถ้ายังเด็กเด็กอายุน้อยๆ ก็ยังจำได้แต่อย่างเราสมองมันก็จำมากไม่ค่อยได้เวลาดูแลผู้สูงอายุ”

3) การไม่มีเงิน เนื่องจากบางครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพาผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล เนื่องจากบางครั้งผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล แต่ครอบครัวไม่สามารถพาไปได้เนื่องจากไม่มีเงินค่ารถ หรือไม่มีพาหนะเป็นของตนเองต้องจ้างผู้อื่นซึ่งค่าใช้จ่ายจะแพงมาก

4) การไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ บางครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่เพียงลำพัง และบางครั้งผู้ดูแลจะมีความเครียดเหนื่อยที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน และไม่มีคนผลัดเปลี่ยน

5) ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย มีปัญหาเครียด อารมณ์รุนแรง และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี หรือแม้แต่การที่ผู้ดูแลมีความเครียดก็จะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพ

2.5 บริการการดูแลระยะยาวโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่บ้านมีดังต่อไปนี้

1. อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัว

กิจกรรมการช่วยเหลือ

1. การเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจ

ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ได้รับการดูแลจากชุมชน ได้แก่ การดูแลจากอาสาสมัคร ทุกพื้นที่ที่ศึกษามีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มในหมู่บ้าน ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด ผู้พิการและผู้สูงอายุ และบางพื้นที่มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 1 (อผส) ที่ผ่านการอบรมจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ระยะเวลาอบรม 2 วัน ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุขั้นพื้นฐานทำหน้าที่เฉพาะการดูแลผู้สูงอายุโดยกำหนดสัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ไม่ต่ำกว่า 5 คนต่อจำนวนอาสาสมัคร 1 คน แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 1 หรือ 2 ไม่ต่ำกว่า 15 คนโดยเป็นผู้สูงอายุที่อยู่บริเวณใกล้เคียง และกำหนดให้มีการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งโดยมีการบันทึกการเยี่ยมลงในสมุดเยี่ยมด้วย

อย่างไรก็ตามจากการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากอาสาสมัครพบว่ากิจกรรมการดูแลส่วนใหญ่เป็นการแวะมาเยี่ยมเยียน พูดคุยสอบถามสารทุกข์สุกดิบเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ค่อยสม่ำเสมอ

2. การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

อาสาสมัครบางคนมีการนำอาหารมาให้บ้างโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวส่วนกิจกรรมอื่นๆ เช่น การทำความสะอาดบ้าน การจัดเตรียมหรือการป้อนอาหาร การช่วยในการเคลื่อนไหว อาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่ได้ทำ รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เช่น การดูแลเรื่องยา การออกกำลังกายหรือการพาไปพบแพทย์

ผู้สูงอายุหญิงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้รายหนึ่งกล่าวว่า "ถ้าอาสาสมัครมาเยี่ยมก็มาพูดคุยแล้วแต่เค้าจะว่างถึงมา แต่ก็ยังดีอยู่วันๆ นี่ไม่มีคนมาคุยด้วย อย่างน้อยมีอาสาสมัครมาให้หายเหงาบ้าง ไม่ได้หวังว่าจะมาทำอะไรให้หรอก"

สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวช่วงกลางวันถ้ามีอาสาสมัครมาเยี่ยมจะขอความช่วยเหลือจากอาสาสมัครในการซื้อของที่ต้องการ แต่ถ้าไม่มีอาสาสมัครมาเยี่ยมก็ไม่มีคนช่วยไปซื้อของที่จำเป็นให้

3. การช่วยเหลือเรื่องความเจ็บป่วย

อาสาสมัครจะเป็นผู้พาผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไปส่งโรงพยาบาลหรือพาไปตรวจตามนัดในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถพาไปได้ แต่ต้องเป็นอาสาสมัครที่มีพาหนะเป็นของตนเองโดยครอบครัวจะจ่ายค่าน้ำมันรถให้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาสาสมัคร

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาสาสมัครเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุพบว่าอาสาสมัครให้ข้อมูลตรงกันกับผู้สูงอายุที่ว่ากิจกรรมการดูแลส่วนใหญ่เป็นเรื่องการพูดคุยให้กำลังใจ และไปแวะเยี่ยมเยียนบ่อยเนื่องจากบ้านอยู่ใกล้กัน พอมีเวลาเมื่อไรก็แวะไปหา บางครั้งหลังกลับจากทำงานก็แวะเยี่ยมก่อนกลับบ้าน แต่กิจกรรมอื่นๆ ไม่ค่อยได้ทำให้ยกเว้นผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล ก่อนไปทำงานตอนเช้าอาสาสมัครบางคนก็จะแวะเอาอาหารที่บ้านไปให้บ้าง และบางครั้งต้องป้อนให้ด้วย แต่เรื่องการทำความสะดวกร่างกายหรือการช่วยการเคลื่อนไหวไม่ได้ทำเนื่องจากไม่ค่อยมีเวลาและทำไม่ไหวด้วยต้องใช้แรงมาก นอกจากนั้นเนื่องจากอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านด้วยทำให้มีภารกิจหลายอย่างนอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนรายได้ที่ได้รับประจำเดือนละ 600 บาทก็ไม่มาก บางครั้งผู้สูงอายุไม่มีเงินซื้อของบางอย่างอาสาสมัครก็ต้องเอาเงินของตนเองซื้อให้เนื่องจากสงสาร เวลาพาไปโรงพยาบาลก็ไม่ได้รับเงินค่ารถต้องเสียค่าน้ำมันรถเอง แต่ก็คิดว่าทำได้ถ้าไม่เดือดร้อนตนเอง ซึ่งอาสาสมัครบางคนก็ไม่ได้ทำอะไรเลยก็มีรับเงินอย่างเดียว ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยอบรม เช่น การวัดความดันโลหิต การดูแลเรื่องยา หรือการฟื้นฟูสภาพผู้พิการอาสาสมัครบอกว่าไม่ได้ทำเนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ ทำให้เมื่อเวลานานไปก็ลืมไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ แต่ถ้ามีอุปกรณ์ติดตัวไปบ้างเวลาไปเยี่ยมผู้สูงอายุ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตก็จะดีเพราะผู้สูงอายุต้องการให้วัดความดันโลหิตให้ ดังอาสาสมัครหญิงรายหนึ่งกล่าวว่า

“เวลาไปเยี่ยมผู้สูงอายุชอบบอกว่าถ้าวัดความดันบ้างก็ดีนะจะได้ไม่ต้องไปอนามัย”

2. บริการจากชมรมผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากผู้สูงอายุและครอบครัว

ผู้สูงอายุและครอบครัวให้ข้อมูลว่าได้รับความช่วยเหลือจากชมรมผู้สูงอายุเป็นอย่างดีและให้ของเยี่ยมผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ ส่วนใหญ่กิจกรรมของชมรมเน้นการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มไม่เน้นเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งและผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เท่านั้นที่สามารถไปร่วมกิจกรรมของชมรมได้

ข้อมูลจากชมรมผู้สูงอายุ

ประธานชมรมผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าไม่ได้จัดกิจกรรมเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่มเท่านั้น เนื่องจากในแต่ละหมู่บ้านมีผู้สูงอายุหลากหลาย การจัดกิจกรรมต้องคำนึงถึงความต้องการของทุกกลุ่มอย่างไรก็ตามการจัดกิจกรรมต้องอาศัยงบประมาณ ดังนั้นถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญเรื่องผู้สูงอายุจะจัดสรรงบประมาณจำนวนน้อยในการให้ชมรมผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และต้องมีการเขียนโครงการเพื่อรับการสนับสนุน ซึ่งบางครั้งเขียนโครงการที่ไม่ได้รับการสนับสนุนขึ้นอยู่กับนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางครั้งถ้าเน้นโครงสร้างพื้นฐานมากเกินไปก็จะไม่ให้การสนับสนุน โครงการที่เกิดประโยชน์กับคนบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุปัญหาที่สำคัญอีกประการของชมรมผู้สูงอายุคือศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุก็แตกต่างกัน บางชมรมกรรมการมีความเข้มแข็ง มีศักยภาพ ทำให้สามารถเขียนโครงการขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก เช่น สสส. แต่บางชมรมผู้สูงอายุ กรรมการไม่เข้มแข็งทำให้ไม่สามารถหางบประมาณมาจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนั้นชมรมผู้สูงอายุต้องมีศักยภาพในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งในชุมชนและนอกชุมชนเพื่อขอรับความช่วยเหลือ เช่น การประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตามชมรมผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าชมรมมีข้อมูลผู้สูงอายุและทราบปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มชัดเจนเนื่องจากรู้จักกันหมด ดังนั้นถ้าหน่วยงานต่างๆเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน อาสาสมัครหญิงรายหนึ่งกล่าวว่า

“แจกแพมเพิส ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพให้ลงไปตรวจที่หมอบประจำตำบล เดี่ยวนี้อบต. จ้างหมอมารื้อเรื่องโครงการปลอดเรื่องของการกินอาหารปลอดภัยของผู้สูงอายุเนี่ยมีโครงการลงไปดูกัน ปลอดภัยถ้าสมมุติจะพูดในมิติงานง่ายง่ายก็คืออาจารย์เอามาตอนเนี่ยเป็นหน่วยงานบริการถูกไหม แต่ของบ้านไร่สะท้อนเราเนี่ยจะเป็นประมาณว่ามีกลุ่มชาวบ้านเนี่ยตั้งกลุ่มขึ้นมาว่าผู้สูงอายุคะก็คือเป็นการดำเนินงานโดยกลุ่ม หาเงินเข้ากลุ่มเองด้วยวิธีการทอดผ้าป่าขยะก็คือเป็นการรับบริจาคคนข้างตำบลในตำบลอันนี้เป็นกลุ่มสร้างตัวเองสร้างตัวเองขึ้นมาโดยวิธีการเรียน โดยไม่ได้อะไรจากการเป็นเงินโดยมีอะไรไปการริชเคิลการคัดแยกขยะลดปริมาณขยะในตำบลไปด้วยคะเนี่ยคะผู้สูงอายุเค้าจะเป็นตัวตั้งในการทำเรื่องของการลดขยะโดยการคัดแยกแต่ละแต่ละครอบครัวจะไว้ถุงสองถุงไปจะมีพื้นที่รวมไว้แต่เค้าก็จะทำพิธีทอดผ้าป่า เท่าไหร่เขาก็จะเอาไปจัดสรรเป็นสวัสดิการให้กับสูงอายุภายในตำบลตามเกณฑ์”

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลระยะยาวโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาสาสมัคร

ปัญหาของอาสาสมัครในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีดังนี้

1) ไม่มีเวลา ต้องทำงานของตนเองเนื่องจากอาสาสมัครบางคนมีงานประจำที่ต้องทำเพื่อหารายได้ ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการทำบทบาทอาสาสมัคร

2) ไม่มีความรู้และทักษะในการให้การดูแลบางกิจกรรมที่จำเป็น เช่น การฟื้นฟูสภาพ การดูแลเรื่องอาหารเฉพาะโรค การดูแลเรื่องการได้รับยาเฉพาะโรค

3) ขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเยี่ยมบ้าน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต พรอพวดใช้ ต้องขอยืมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้ไม่สะดวก

4) มีงานหลายอย่างที่ต้องปฏิบัติในบทบาทของอาสาสมัคร ซึ่งส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีภารกิจหลายด้าน เช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การดูแลเด็ก การดูแลเมื่อมีปัญหาไข้หวัดใหญ่ระบาด ใช้เลือดออกกระบาด เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติในแต่ละบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากครอบครัว บางครอบครัวไม่ค่อยให้ความร่วมมือเวลาเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุ หรือการขอความร่วมมือจากครอบครัวค่อนข้างยากเนื่องจากครอบครัวมีภาระหลายด้านเช่นเดียวกัน

6) ไม่มีแรงจูงใจในการทำหน้าที่อาสาสมัคร ถึงแม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 600 บาท แต่มีภารกิจที่ได้รับมอบหมายหลายด้าน และบางครั้งต้องเสียสละเงินของตนเองในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ บางครั้งต้องเสียค่าน้ำมันรถจักรยานยนต์เองในการไปเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชมรมผู้สูงอายุ

ปัญหาของชมรมผู้สูงอายุในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีดังนี้

1) ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการทำกิจกรรม เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุจะได้รับเงินสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ต่อเมื่อได้รับการอนุมัติโครงการที่เสนอขอรับการสนับสนุน ซึ่งหลายโครงการไม่ได้รับการสนับสนุนทำให้ไม่มีงบประมาณดำเนินการ

2) ชมรมผู้สูงอายุไม่เข้มแข็ง บางชมรมผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่ากรรมการชมรมได้รับการคัดเลือกมาแต่ไม่มีความรู้ความสามารถหรือประสบการณ์ในการทำงาน ทำให้ชมรมไม่เข้มแข็ง ไม่สามารถกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมหรือไม่สามารถจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนได้

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลระยะยาวของหน่วยงานสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล

1) การขาดแคลนบุคลากร จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มในชุมชน โดยผู้ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุอาจมีเพียงหนึ่งคนเท่านั้นซึ่งต้องดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

2) ความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุของบุคลากรมีจำกัด โดยเฉพาะความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังผู้สูงอายุและผู้พิการ เนื่องจากบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลงานด้านผู้สูงอายุมีส่วนน้อยที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้องค์ความรู้และทักษะมีจำกัด หรือแม้แต่ว่าความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะด้านนี้

3) ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานท้องถิ่น

ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสุขภาพ พบปัญหาคือการไม่ให้ความสำคัญกับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเขียนโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพชุมชนบางครั้งไม่ได้รับการสนับสนุนและจำนวนเงินที่ให้การสนับสนุนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับสัดส่วนงบประมาณที่จัดสรรให้กับงานด้านอื่นๆ

4) การได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ เมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขียนโครงการขอรับการสนับสนุนจากท้องถิ่นบางครั้งไม่ได้รับการสนับสนุนทำให้ไม่สามารถดำเนินโครงการที่ดีได้

5) การขาดการประสานความร่วมมือของทุกฝ่าย

เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ข้อมูลว่าไม่ค่อยได้ประสานความร่วมมือกับองคกรสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่างคนต่างทำงานของตนเอง โดยเมื่อเขียนโครงการขอรับการสนับสนุนทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้พิจารณา ซึ่งถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนและเมื่อสอบถามเหตุผลก็จะได้รับคำตอบแต่เพียงว่าไม่มีงบประมาณ หรือควรทำให้ครอบคลุมทุกวัยมากกว่าการเน้นเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความคิดเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เข้าใจปัญหาด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

6) ข้อจำกัดด้านระบบสุขภาพ

ข้อจำกัดด้านระบบสุขภาพคือระบบการส่งต่อที่ไม่มีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่างเช่นข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ข้อมูลว่าผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลในสังกัด 30 บาท จะไม่มีการส่งต่อข้อมูลกลับมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมพบว่าบุคลากรของกองฯ มีจำนวนจำกัดต้องทำภารกิจหลายประการ และดูแลประชากรทั้งหมดในชุมชน ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ความรู้ความสามารถของบุคลากรมีจำกัด โดยเฉพาะความรู้ความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุ

2) งบประมาณมีจำกัด

เนื่องจากการกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง และด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ทำให้ต้องมีการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตชนบทจำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนที่สูงเพื่อปรับปรุงโครงสร้าง ทำให้งบประมาณด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพมีจำกัด

3) การขาดฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุ ในระดับท้องถิ่นระบบฐานข้อมูลยังไม่ได้รับพัฒนา ทำให้ขาดข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

4) การขาดการบูรณาการด้านผู้สูงอายุ

เนื่องจากงานด้านผู้สูงอายุจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม ตัวอย่างเช่น งานด้านสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน แต่ในสภาพการณ์จริงไม่ได้มีการประสานงานกัน ต่างคนต่างทำกิจกรรมของตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็มีภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด ยกเว้นกรณีที่ต้องการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพชุมชนก็จะเขียนโครงการเข้ามาขอรับการสนับสนุนโดยอาจไม่ได้มีการประสานงานกับกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ปัญหาการให้บริการด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

การให้บริการด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมมีปัญหาและอุปสรรคดังนี้

1) ความไม่ครอบคลุมของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยพิการ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประธานชมรมผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตช่วยเหลือตนเองไม่ได้และไม่ได้ รับเบี้ยผู้พิการเนื่องจากไม่มีคนดำเนินการให้ โดยประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้ติดต่อประสานงานให้แต่ขั้นตอนการขอรับการรับรองว่าเป็นผู้พิการมีความซับซ้อนยุ่งยากส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครอบครัวพบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เกือบทุกรายไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการยกเว้นบางรายที่เป็นอัมพาตร่วมด้วยก็จะได้รับ โดยขึ้นอยู่กับการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการให้ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุและครอบครัวส่วนใหญ่ไม่รับทราบเกี่ยวกับสิทธิดังกล่าว

2) ความไม่พอเพียงของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือเบี้ยยังชีพผู้พิการไม่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีแหล่งความช่วยเหลืออื่นหรือไม่มีแหล่งรายได้อื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในอำเภอบ้านลาดที่มีค่าครองชีพสูง

3) การจัดตั้งกลุ่มออมในชุมชน

การจัดตั้งกลุ่มออมในชุมชนไม่มีสวัสดิการสำหรับผู้พิการหรือผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้นอกเหนือจากสวัสดิการแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่รับผิดชอบเรื่องการออมในชุมชนให้ข้อมูลว่าการจัดสวัสดิการสำหรับสมาชิกจะเน้นสวัสดิการสำหรับการคลอดบุตร การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตเท่านั้นเนื่องจากจำนวนเงินยังไม่มากพอ โดยไม่มีสวัสดิการสำหรับสมาชิกที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และในบางชุมชนยังไม่ได้มีการจัดตั้งกลุ่มออมในชุมชนเนื่องจากไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน

4) การปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ไม่มีบริการการปรับปรุงสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้และอยู่ในบ้านที่ไม่เหมาะสม จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวพบว่าทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีบริการการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้สำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาพบ้านที่ไม่เหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การปรับปรุงห้องน้ำ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีปัญหาเรื่องการจัดสวัสดิการหรือบริการด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ดังนี้

1) การขาดแคลนงบประมาณในการจัดสวัสดิการและบริการ

เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภารกิจหลายด้านต้องให้การดูแลประชากรทุกกลุ่มในพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในเขตชนบท ไม่มีรายได้จากภาษีมากจากท้องถิ่น

ในส่วนของการทำงานชุมชนที่ให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมโดยการทำประชาคมหมู่บ้านและมีการจัดเรียงลำดับความสำคัญของโครงการเพื่อให้การสนับสนุน โดยเน้นโครงการที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มและมีคนที่ได้รับประโยชน์เป็นจำนวนมากเนื่องจากจำนวนเงินมีจำกัด เช่น โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายของคนทุกวัย

2) การขาดการประสานความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับบริการด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พบว่าหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทน้อย ส่วนใหญ่เน้นให้ท้องถิ่นรับผิดชอบงานทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านและนอกบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาพบ้านไม่เหมาะสม ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ไม่มีข้อมูลว่าจะต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใดในการมาสำรวจบ้านและต้องปรับปรุงอย่างไร หรือแม้แต่การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุก็ไม่ทราบว่าจะต้องประสานงานกับใคร เช่น สำนักงานสถิติจังหวัดก็ไม่เคยทราบว่าขอความช่วยเหลือเรื่องการจัดทำฐานข้อมูล ในส่วนของ การจัดตั้งกลุ่มการออมในชุมชนก็เช่นเดียวกันทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ทราบรายละเอียดเรื่องระเบียบการหรือขั้นตอนการดำเนินงาน และไม่ทราบว่าจะต้องประสานงานกับหน่วยงานในระดับอำเภอหรือระดับจังหวัด

2.6 แนวทางในการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้

แนวทางในการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้มีดังนี้

6.1 แนวทางการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพ

6.1.1 การให้บริการที่บ้านและในชุมชน

1) การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยมีอาสาสมัครฟื้นฟูสภาพประจำและให้บริการอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและมีนักกายภาพบำบัดมาให้บริการที่ศูนย์ร่วมด้วย สำหรับรูปแบบการดำเนินงานศูนย์ควรเป็นรูปของคณะกรรมการที่ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน และแบ่งความรับผิดชอบที่ชัดเจน ส่วนสถานที่เหมาะสมควรใช้วัดเนื่องจากมีสถานที่ที่กว้างขวางและเป็นสถานที่ที่คนในชุมชนมาใช้บริการเป็นประจำอยู่แล้ว และควรมีบริการรับส่งผู้สูงอายุมารับบริการที่ศูนย์ฯ

อย่างไรก็ตามศูนย์ฟื้นฟูสภาพในชุมชนอาจให้บริการดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และไม่มีผู้ดูแลกลางวัน หรือผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมงแต่ต้องการฝากให้ดูแลผู้สูงอายุเป็นครั้งคราวในกรณีจำเป็น

2) การอบรมอาสาสมัครฟื้นฟูสภาพในชุมชนเพื่อให้มีศักยภาพในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุและผู้พิการและมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาใช้ร่วมด้วย ซึ่งอาสาสมัครควรเป็นผู้ที่มีเวลาว่างในการให้บริการ

3) การให้บริการการฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยอาสาสมัครหรือนักกายภาพบำบัด โดยจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพในชุมชนได้

4) บริการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล โดยการมีแผนการเยี่ยมบ้านที่สม่ำเสมอโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยของตนเองได้ดีหรือผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ผู้ที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีแผล หรือผู้ป่วยที่ต้องมีอินซูลินที่บ้านรวมถึงผู้สูงอายุที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น

5) การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร โดยเน้นบริการที่หลากหลายและสอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย อาสาสมัครควรเน้นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และขาดผู้ดูแล โดยเฉพาะช่วงกลางวันหรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง และควรช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย เป็นต้น

4.1.2 การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการควรมีระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยส่งต่อแผนการดูแลเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

4.1.3 การพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการทั้งระดับอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพในท้องถิ่น ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.1.4 การพัฒนาศักยภาพครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้มีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ และสิ่งแวดล้อม

2.7 แนวทางการดูแลระยะยาวด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

2.7.1 การให้บริการที่บ้านและในชุมชน

- 1) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- 2) บริการรถรับส่งผู้สูงอายุเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในยามจำเป็น
- 3) การประสานงานให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้ได้รับเบี้ยผู้พิการร่วมด้วย
- 4) การขยายสวัสดิการของกลุ่มออมในชุมชนให้ครอบคลุมสวัสดิการสำหรับสมาชิกที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 5) การมีอาสาสมัครในการให้บริการการจัดซื้อของที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง
- 6) การจัดตั้งศูนย์ดูแลกลางวัน (Day center) สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และไม่มีผู้ดูแล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นเจ้าของในการดำเนินการ
- 7) ชมรมผู้สูงอายุควรเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในชุมชน โดยการสร้างความเข้มแข็งและการสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 8) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงานของทุกฝ่ายโดยการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมทั้งด้านการปรับปรุงโครงสร้างและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรทั้งการกำหนดเป็นนโยบายและบรรจุแผนงานด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตไว้ในแผนชุมชน
- 9) การพัฒนาฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อนำมาสู่การพัฒนาโครงการที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ
- 10) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นองค์กรหลักในชุมชนในการประสานความร่วมมือของทุกฝ่าย

ตอนที่ 3 ผลการประเมินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 25.00 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.70 มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 75 มีบุตรเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.70 ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 ผู้ดูแลไม่เคยผ่านการอบรม ร้อยละ 86.70 ดังตารางที่ 1

3.1 ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ อยู่ในระดับต่ำ ($M= 6.10, S.D.= 2.11$) และ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ($M= 9.30, S.D.= 1.02$) (ตาราง 4.6)

ตาราง 4.6 ระดับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=30)		แปลผล	หลังการทดลอง (n=30)		แปลผล
	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	
ระดับความรู้	6.10	2.11	ต่ำ	9.30	1.02	สูง

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในด้านต่างๆ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในด้านต่าง ๆ ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกี่ยวกับความสามารถด้านต่าง ๆ ก่อนและหลังการทดลอง

รายการประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. การรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถในการทำ หน้าที่ด้านร่างกาย	19.13	3.43	19.13	3.43	-	-

2. การรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถในการทำ หน้าที่ด้านจิตใจและจิตสังคม	21.48	3.24	22.68	3.23	-3.862	.001*
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและ ความเจ็บป่วย	13.65	3.20	16.87	1.95	-6.038	.000*
4. การรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถในการจัดการ กับโรคและความเจ็บป่วย	56.32	8.84	63.61	8.13	-4.460	.000*
5. พลังอำนาจโดยรวม	110.58	11.55	122.29	10.62	-5.593	.000*

* p-value \leq .001

จากตารางที่ 4.7 คะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความสามารถด้านต่างๆ พบว่า ด้านความสามารถทางกายก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนคงเดิม ความสามารถด้านจิตใจและจิตสังคมหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .001

ส่วนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย และพลังอำนาจของครอบครัวผู้ดูแลโดยรวม ภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value \leq .001)

บทที่ 5

สรุปอภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัว โดยทำการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไโรสะท้อน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยสรุปผลการวิจัยดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง สัมผัสใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน ประกอบไปด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่ อสม.ของตำบลไโรสะท้อนจำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่ อสม.ที่ได้รับมอบหมายจาก รพ.สต. ให้ดูแลผู้สูงอายุรายเดียวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลไโรสะท้อนจำนวน 2 คน

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสังเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ครอบครัว

สรุปผลการศึกษาดังนี้

ระยะที่ 1 ผลจากการศึกษาเชิงปริมาณด้านสถานการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความต้องการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่ในเขต ตำบลไโรสะท้อน อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เจ้าหน้าที่ อสม. อสม.ที่ได้รับมอบหมายจาก รพ.สต. ให้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลไโรสะท้อน จำนวน 60 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 มีอายุเฉลี่ย 49.98 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ

50.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.70 มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 75 มีบุตรเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ร้อยละ 31.70 ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 ผู้ดูแลไม่เคยผ่านการอบรม ร้อยละ 86.70

1.2 ระดับคะแนนการรับรู้สรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ รู้สึกมั่นใจมากที่สุด รู้สึกมั่นใจมาก รู้สึกมั่นใจปานกลาง รู้สึกมั่นใจน้อย รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด พบว่า รู้สึกมั่นใจมากที่สุด จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.30 รู้สึกมั่นใจมาก จำนวน 20 คน ร้อยละ 33.30 รู้สึกมั่นใจปานกลาง จำนวน 24 คน ร้อยละ 40.00 รู้สึกมั่นใจน้อย จำนวน 11 คน ร้อยละ 18.30 รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด จำนวน 3 คน ร้อยละ 5.00 คะแนนเฉลี่ย คือ 74.47 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.49

1.3 ระดับคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด พบว่า เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 24 คน ร้อยละ 40.00 เห็นด้วยมาก จำนวน 24 คน ร้อยละ 40.00 เห็นด้วยปานกลาง จำนวน 9 คน ร้อยละ 15.00 เห็นด้วยน้อย จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.30 และเห็นด้วยน้อยที่สุด จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.70 คะแนนเฉลี่ย คือ 25.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.25

1.4 การศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 32 คน ร้อยละ 53.30 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.70 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.00 มีคะแนนเฉลี่ย คือ 7.53 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.87

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

2.1 ความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1.1 ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวและต้องการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นบริการด้านสุขภาพที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการมากที่สุด

2.1.2 ความต้องการการฟื้นฟูสภาพ

เนื่องจากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพจะทำให้ไม่เกิดพิการมากขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมบางอย่างได้บ้าง ไม่ต้องเป็นภาระของลูกหลานมากเกินไป ซึ่งบริการฟื้นฟูสภาพถ้าได้รับการโดยตรงจากนักกายภาพบำบัดจะเป็นการดีมากเนื่องจากมีความเชี่ยวชาญ โดยควรมีการสอนคนในครอบครัวให้สามารถปฏิบัติได้ด้วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ซึ่งถ้าเป็นไปได้ อาจเป็นการฟื้นฟูสภาพโดยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมให้มีศักยภาพเพียงพอ และควรมีการให้บริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งจนผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือไม่เกิดความพิการเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพควรมีการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ใช้ที่บ้านผู้สูงอายุด้วย หรืออาจเป็นการจัดทำขึ้นมาเองเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ด้วยตนเองร่วมด้วย

2.1.3 ความต้องการด้านเศรษฐกิจ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวส่วนใหญ่มีความต้องการการช่วยเหลือในด้านการเงินเป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะยากจน โดยให้ข้อมูลว่าจะได้ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวได้บ้างและต้องการการช่วยเหลือระยะยาวตลอดไป

2.1.4 ความคิดเห็นต่อระบบการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและ อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่า ยังมีระบบการให้การดูแลไม่เพียงพอ อยากให้มีการเข้ามาดูแลมากกว่านี้ โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย “ยังไม่มีหน่วยงานใดมาช่วยเหลือนอกจาก รพ.สต. แต่ก่อนได้ยินว่าจะมีการตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องจากทีมหมอครอบครัว แต่ก็ไม่เห็นมา” และอสม. บางคนบอกว่า “ไม่ทราบรายละเอียดของการเยี่ยม และมาบ้างไม่มาบ้างไม่มีกำหนดที่ชัดเจน แต่ก็ยังดีที่ตามเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้เวลาผู้สูงอายุอาการไม่ดี” สำหรับ เจ้าหน้าที่รพ.สต. บอกว่า มีการทำงานร่วมกับบางหน่วยงานอยู่แล้ว เช่น กศน. และองค์การบริหารส่วนเป็นบางครั้ง แต่ยังไม่มีการกำหนดระบบรูปแบบในการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลยอมรับว่าการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และรพ.สต. กับองค์การบริหารส่วนตำบลยังแยกกันทำงาน เห็นว่าน่าจะมีการวางแผนร่วมกันทำงาน

2.1.5 ความคิดเห็นและความต้องการให้จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและอสม. ส่วนใหญ่ เห็นว่าควรจัดอบรมให้ผู้ดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพราะจำเป็นต้องให้ผู้อื่นที่ไม่ได้ผ่านการอบรมดูแลแทน อสม.

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และองค์การบริหารส่วนตำบล มีความเห็นสอดคล้องกัน คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ดูแลต้องมีความรู้ ในการดูแลที่ถูกต้องและมีเวลาเพียงพอในการดูแล และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2.1.6 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุในยุคปัจจุบันและลักษณะผู้สูงอายุในอนาคต

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและ อสม. ส่วนใหญ่ มีความรู้สึกที่ผู้สูงอายุในปัจจุบันดูแลยากมีโรคแทรกซ้อนมากแก้ไขไม่ได้ เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว

อสม.ส่วนใหญ่เห็นว่า ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งและครอบครัวไม่ค่อยมีเวลาดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล คาดว่าในอนาคตจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โดยการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทำการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะท้อน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

การสรุปผลการวิเคราะห์ ปัญหาและความต้องการที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาหารือโดยการประชุมกลุ่มย่อยอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท้อน ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะท้อน และตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวใน 2 หมู่บ้าน โดยทำการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะท้อน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ได้รูปแบบมีส่วนประกอบดังนี้

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

1.2 เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.3 เพื่อให้ชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. กระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

การจัดโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมการพยาบาลนี้ประยุกต์แนวคิด

การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury (1991) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนใช้เวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1-2 ชั่วโมง ในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม โดยการการสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่ 1) โดยการแนะนำตัวเอง การซักถามเกี่ยวกับเรื่องครอบครัว การเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของตนเองต่อบุคคลอื่น และในครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับตนเองเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างไร ขณะอยู่บ้านได้พูดคุยกับใครบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่โดยโน้มน้าวให้ทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านอารมณ์ จิตใจและการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลง โดยวิธีการ 1) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 2) โดยค้นหาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา รวมทั้งประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคล 2) การสร้างพลังในการแก้ปัญหการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติสิ่งใหม่เหมือนเป็นเรื่องปกติของชีวิต (สัปดาห์ที่ 3-4) โดยวิธีการ ดังนี้ 1) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วย การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน โดยประเมินความต้องการความรู้จากกลุ่ม แล้วพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นนั้นๆ 2) การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการแก้ปัญหการเจ็บป่วยโดย สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารวมถึงการที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา และ 3) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต เป็นการสร้างเสริมความมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

5. การประเมินผล

โดยการประเมินผลจากการจัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการวัดผลจาก

- 1) แบบประเมินด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วย
- 2) แบบประเมินด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับโรค/ความเจ็บป่วย
- 3) แบบประเมินด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรค/ความเจ็บป่วย

ผลของการจัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า

3.1 ระดับความรู้

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ อยู่ในระดับต่ำและภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (ตาราง 4.5)

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในด้านต่างๆ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถด้านต่างๆ พบว่า ด้านความสามารถทางกายก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนคงเดิม ความสามารถด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วยหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .001 ส่วนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย และพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) (ตาราง 4.6) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐาน

การอภิปรายผล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ระดับมากที่สุด ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nadanong, B, (2017) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะการดูแลและพฤติกรรมดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ศึกษาพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี ร่วมโปรแกรม โดยสถิติ wilcoxon Signed - Ranks test ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลและพฤติกรรมดูแลของครอบครัวผู้บกพร่อง

พัฒนาการและสติปัญญาหลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัวเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัวและผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญามีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ลำดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.36, p=.005$) ทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.45, p=.00$) และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 32 คน ร้อยละ 53.30 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Waranya, J., (2017) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก ($M= 4.033, SD= 0.613$) และมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ($M= 4.033, SD= 1.182$) และการศึกษาของ Sumitra, C., (2014) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวผู้ดูแลมาก่อนอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pennapha., M. (2018) ที่พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมากเท่ากันคือ ร้อยละ 40.00 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.00 และระดับต่ำร้อยละ 1.70 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Busaya, V., et al (2016) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วงจังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับสูง และมีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำสอดคล้องกับ Pearlin, L. (1990) ที่พบว่า ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในการดูแล บลูม กล่าวไว้ว่า บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดแล้วจะส่งผลให้เกิดความพยายามทุ่มเทให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัตินั้นๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมาย

การเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับความสามารถในด้านต่าง ๆ ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า คะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความสามารถด้านต่างๆ พบว่า ด้านความสามารถทางกายก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนคงเดิม ความสามารถด้านจิตใจและจิตสังคมหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .001

ส่วนการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย และพลังอำนาจของครอบครัวผู้ดูแลโดยรวม ภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq .001$)

ส่วนประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่บ้านพบว่าผลที่เกิดขึ้นต่อการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน จากผลการประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังจากการทดลอง การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่สร้างตามแนวคิดของเฟลอร์รี่ซึ่งได้แบ่งกระบวนการทำโปรแกรมเป็น 3 ระยะ กล่าวคือ **ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อม** เป็นขั้นตอนการสำรวจความพร้อมในการปรับความรู้สึกให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยการสร้างสัมพันธภาพและให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจ แล้วจึงให้ความช่วยเหลือเปิดให้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งที่เกี่ยวข้องกับตน ในสังคมไทยพยาบาลได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยว่ามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยด้านกำลังใจและทางด้านจิตใจ **ระยะที่ 2 การเปลี่ยนแปลง** เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ข้อมูลที่เป็นปัญหาด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นและเสนอวิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อนำข้อมูลที่ได้รับนี้ไปวิเคราะห์ให้แก้ไขปัญหาของตน **ระยะที่ 3 การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต** การสร้างความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อที่จะนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องที่จะพัฒนาความรู้และเพิ่มพลังอำนาจอีกทั้งมีการอภิปรายปัญหากับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รู้สึกผ่อนคลายอารมณ์และมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ รวมทั้งมีการให้แรงเสริมทางบวกเมื่อผู้ดูแลหาวิธีการแก้ไข และตัดสินใจเลือกการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ และมีกำลังใจผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด ปุณณะศิริ และคณะ (2552) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจดีขึ้น

หลังการทดลองคะแนนด้านพลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มีการให้ผู้ดูแลร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมกระทำปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ จึงทำให้ตนเองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุภาพร แนวบุตร (2558) ที่ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจโดยการรับรู้ชีวิตของตนเองมีความหมายต่อการดูแลผู้อื่นและของตนเอง

การประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลและปัญหาในการดูแล เพื่อที่จะได้ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล ได้มีการให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ดูแลขาด เพื่อให้ผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาเลือกตัดสินใจ ปฏิบัติการแก้ปัญหา ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ตามสาเหตุ และให้ผู้ดูแลเลือกวิธีปฏิบัติทำให้ผู้ดูแลได้รู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมและได้พัฒนาตนเองในการแก้ปัญหา มีการแจกรุ่นมือการดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลนำไปปฏิบัติ และร่วมกันประเมินผล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และประเมินผลในทางบวกเพื่อให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ดี หลังจากนั้นติดตามการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม และการดูแลอย่างต่อเนื่องผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แนวนบุตร (2558) ที่ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจโดยการรับรู้ว่าคุณชีวิตของตนเองมีความหมายต่อการดูแลผู้อื่นและของตนเอง

สรุปผลการพัฒนารูปแบบวิจัย

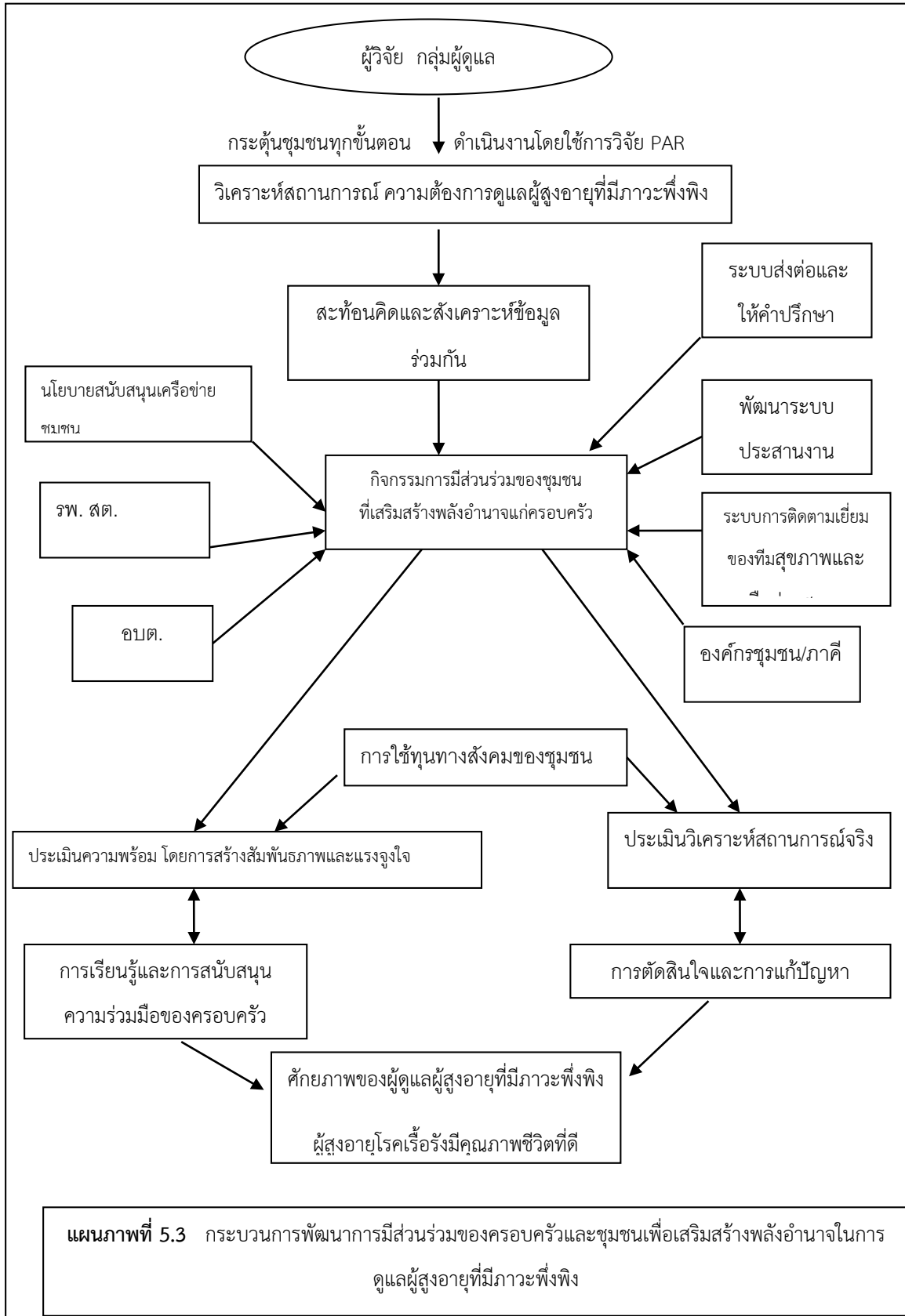
จากข้อสรุปของผลการศึกษาวิจัย ทำให้ได้รูปแบบรูปแบบพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลไร่สะทอน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งพบประเด็นปัญหาและความต้องการที่ต้องร่วมพัฒนาเพื่อให้เป็นรูปแบบร่วมกับชุมชน

จากแผนภาพที่ 5.3 จะเห็นได้ว่า การที่จะดำเนินการเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีศักยภาพที่เหมาะสมเพียงพอแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ปัญหา การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และการร่วมกันประเมินผลการดำเนินการเพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายต่อไป ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

1. นโยบายสนับสนุนเครือข่ายชุมชน ควรมีทั้งนโยบายในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นเป็นนโยบายที่สอดคล้องกัน เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ
2. ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ อสม. ที่รับผิดชอบ ควรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องให้เท่าทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว
3. ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพ ควรถูกกำหนดให้เป็นภารกิจหลักของทีมสุขภาพประจำครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในท้องถิ่นจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
4. ระบบการส่งต่อ และการให้คำปรึกษา ควรได้รับการพัฒนาให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการการขอความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง

5. ระบบงบประมาณ การสนับสนุนช่วยเหลือ วัสดุอุปกรณ์ ควรมีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือเป็นไปอย่างต่อเนื่องและทันเวลา

6. การพัฒนาระบบประสานงานและความร่วมมือในการทำงานของเครือข่าย ควรมีการพัฒนาระบบประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในระดับต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือเป็นเครือข่ายที่เข้ามาดูแลปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะ ซึ่งจะช่วยรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากสังคมผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. ผู้นำชุมชน ควรจัดบริการที่มีสุขภาพเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากยิ่งขึ้น
3. การทำวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ที่จะนำไปใช้เป็นรูปแบบการปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในปัจจุบันกำลังกลายเป็นปัญหาใหญ่ของการบริหารจัดการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะทอน ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้และมีการกำหนดนโยบายแก้ปัญหาผู้สูงอายุร่วมกัน เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมร่วมกับทีมสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ที่อยู่อาศัย ภูมิลำเนา
3. ควรศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ได้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่องและ สม่่าเสมอ เพื่อการพัฒนาระดับความรู้ และทักษะ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2552). ภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุไทย. ในชินชา วิชชาวุธ และสถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล (บรรณาธิการ). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางของประเทศ* ไทย, หน้า 7-12. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- กลุ่มพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. (2552). ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือและสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา ปัญญาธร. (2557). การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวบ้านหนองตะไก่อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 4 (4), 33-39.
- กาญจนา พิบูลย์ และพวงทอง อินใจ. (2559). ความต้องการในการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(2), 44-52.
- กำทร ดานา และอธิษฐาน ชินสุวรรณ. (2554). การพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนรัง ตำบลบ้านกุ่ม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารกองการพยาบาล*, 38(3), 22-37.
- นิบลุต วินิจสร, ปรีดา ตั้งจิตเมธี, นฤนาท ยืนยง และสมคิด ปานบุญ. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนบ้านลาดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนบางชะแยง อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8 (3), 14-32.
- เนติยา แจ่มทิม, สินีพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศศลักษณ์. (2556). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 108-119.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2553). นิยามผู้สูงอายุช่วงชีวิตข้างหน้า. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์, สวริย์ บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ), ประชากร และสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากร และสังคม.
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2554). *ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร้สะท้อน. (2560). รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2559.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร้สะท้อน.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว และชเนตตี มี
 ลินทางกูร. (2551). รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุ
 แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2552). ภาพรวมประชากรสูงอายุในประเทศไทย, การทบทวนและสังเคราะห์องค์
 ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศศิพรรณ กัญญาสิงห์. (2547). รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ
 บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัว
 สำหรับผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย) จำกัด.

ศิริรัตน์ ปานอุทัย และลินจง โปธิบาล. (2552). รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่
 ลำปาง และแม่ฮ่องสอน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และกองทุนประชากรแห่ง
 สหประชาชาติ (UNFPA).

สมคิด ปุณณะศิริ,จินต์จุฑา รอดพาล, สมคิด ตีร์ราภิ และ วิราวรรณ จันทมูล. (2552). ผลของการใช้โปรแกรม
 การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกองการพยาบาล
 และการศึกษา, 36 (3), 47-57.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัติย์, และ ขวัญใจ อำนาจสัติย์ชื่อ.(2550). รูปแบบ
 การดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพ
 ระหว่างประเทศ.

สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8 (4), 30-40.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษา
 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2550). *ภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.*

2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). *กรอบยุทธศาสตร์การเตรียม*

ความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550*. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Angelica Belasco, Dulce Barbosa, Ana R. Bettencourt, Solange Diccini and Ricardo Sesso.

(2006). Quality of Life of Family Caregivers of Elderly Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 48 (6), 955-963.

Busaya, V., Wirat, S., Sirirat, C., Thanakorn, L., Sirivadee, T., and Khanit, R. (2016). Knowledge and Attitude of the elderly caregivers: A case study of Thammapakorn and Watmuang Elderly care center Nakhonratchasima Province. *Journal of Business Administration APHEIT*. 5(2): 74-92. (in Thai).

Charintip, C., Nuntaporn, T., & Ormjai, T. (2018). Knowledge and Health Care Behavior for the Elderly with Movement Disability of Family Caregivers in Tambon krasean, Phayu District, Sisaket Province. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakornratchasima*. 24(2): 52-66 (in Thai).

Fleury, J. (1991). Empowering potential: A theory of wellness motivation. *Nursing Research*, 40(5), 286-291.

Goldberg, E M (1982). *The effectiveness of social care for the elderly*. Heinemann Educational Books.

Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age Ageing*, 23, 97-101.

Kate. S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. & Jaffe, M.W.(1963). Studies of illness in the aged: The Index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial

- function [Electronic version]. *The Journal of the American Medical Association*, 21 (185), 914-919.
- Khanitha, B. (2007). *Relationships between personal factors, knowledge and attitude in elderly care, and job stress of the care assistants in home the aged*. [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai).
- Knodel, J.E., & Chayovan, N. (2008). *Poverty and the impact AIDS on older persons: Evidence from Cambodia and Thailand*. *Economic Development and Cultural Change*, 56(2), 441-475.
- Lawton, M. P.& Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Ministry of Social Development and Human Security. (2015). Social statics document [Internet]. Bangkok: Information and Communication Technology Center. [cite 2019 Oct 10]. Available from: https://www.m-society.go.th/article_attach/13225/17347.pdf.
- Mahoney. F.I, & Barthel. D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Nadanong, B, Panida, R., & Jaruwan, P. (2014). The development of empowerment program for caregivers of persons with developmental and intellectual disabilities. *The journal of psychiatric nursing and mental health*. 28(2): 125-140. (in Thai).
- O-Shea E. (2002). *Improving the quality of life of elderly persons in situation of dependency* Strasbour: Council of Europe Publishing.
- Pearlin, L., et al. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*. 30(5): 583-594.
- Sumitra, C., Yupapin, S., & Wanna, p. (2012). Knowledge, Attitude and Practice Perceived by Nurses in helping and Promoting Caregivers health. *Rama Nurs J*. 18(2): 249-258. (in Thai).
- Taro, Y., (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. Tokyo: Harper International Edition.
- Travis, S.S. (1990). Personalizing self-care. *Geriatric Nursing*, 72, 1-8.

- Waranya, J., Thamolwan, K., & Pinpawan, p. (2017). Knowledge, Attitude and Ability to care for the Elderly of village Health Volunteers and the Satisfaction of the Elderly in Na Khian District, Muang District, Nakhon Si Thammarat Province. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakornratchasima*. 23(1): 5-16.
- Wibulpolprasert, S. editor. (2011). *Thailand health profile 2008-2010*. Bangkok: veterans's organization. (in Thai).
- William E. Haley. (2003). Family Caregivers of Elderly Patients With Cancer: Understanding and Minimizing the Burden of Care. *The journal of supportive oncology*, 1 (2), 25-29.
- World Health Organization. (2010). *Home-based Long-term care*. WHO technical report series 898. Geneva, World Health Organization.
- WHO. (2001). *Community Health Care in Ageing Societies*. Proceedings of a WHO international meeting. Shanghai, China, 12-14 June 2000, Kobe: WHO Kobe Centre.

ประวัตินักวิจัย

ชื่อ – สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุขศิริ ประสมสุข

ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาการพยาบาล ปี 2552

ผู้รับผิดชอบหลักสูตร พยาบาลศาสตร์ ปี ๒๕๕๗ คณะพยาบาลศาสตร์

เลขที่บัตรประชาชน 3410100736xxx

เลขที่บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล อ. 1/17271 เลขที่ใบอนุญาต 4521049818

ทะเบียนนักวิจัย วช. 50020236

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์

ที่อยู่ 38 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ถนนหาดเจ้าสำราญ อ. เมือง จ. เพชรบุรี 76000

เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน : 032-405-558 บ้าน : 034-422-096

โทรสาร : 032-405-5550 มือถือ : 08-9600-5550 E-mail : suksiridrko@gmail.com

ประวัติการศึกษา :

คุณวุฒิ	สถานศึกษา	ปี พ.ศ.
ประกาศนียบัตรการพยาบาล	ร.ร. จำอากาศ รุ่นที่ 22	2522-2524
วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสุขศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล	2528-2530
วิทยาศาสตรบัณฑิต(เทคโนโลยีสารสนเทศ)	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	2555-2556
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยมหิดล	2542-2543
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาสุขภาพ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2533-2535
Doctor of Philosophy (Public Health)	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2544-2549
ประกาศนียบัตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ	มหาวิทยาลัยมหิดล	2543

ประวัติการทำงาน :

ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน	ปี พ.ศ.
พยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุ	รพ. ภูมิพลอดุลยเดช	2525-2530
พยาบาลสาธารณสุข	ศูนย์อพยพชายแดนไทย-กัมพูชา จ. ตราด	2531-2535
หัวหน้าโครงการสาธารณสุข	นครเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตย	2536
อาจารย์ประจำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ	2537-2539

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	2540- 2557
หัวหน้างานประกันคุณภาพ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบุรี	2558- 2559
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ ม. ราชภัฏเพชรบุรี	2560-ปัจจุบัน

การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ :

1. Prasomsuk S, Jetsrisuparp A, Silcox J. (2006). Problem of Caring for Thalassemic Children in Thailand: A Study of mother's experiences in Udonthani Province. *Thai J Nurs Res* 2006; 10(2):133-143.
2. Prasomsuk S, Jetsrisuparp A. (2004). Quality of Life for Families of Children with Thalassemia: A Qualitative Study. *This article was presented at the International Conference on Health promotion: Evidence, Policy, and Practice to be held October 20-22, 2004, in Chiangmai, Thailand.*
3. Prasomsuk S, Jetsrisuparp A. (2005). Quality of Life among family with thalassemic children: A participatory action research approach. *This article was presented at the International Conference on Family Therapy: Politics, Community and Clinical Practice to be held June 22-25, 2005, in Washington, D.C., (USA).*
4. Prasomsuk S, Jetsrisuparp A. Health promotion model for enhancing Quality of Life among families with thalassemic children. *This article was presented at the International Conference on "Impact of Global Issues on Women and Children Dhaka, Bangladesh: February 12 - February 16, 2006.*
5. Chadbunchachai S, Prasomsuk S, Richard M. (2002). A Community-based Study on Perceived Musculoskeletal Pain among a Population in Rural Northeastern Thailand: A Case Study in Nampong District, Khon Kaen Province. *Intern Med J Thai* ; 18:308-313.
6. สุขศิริ ประสมสุข. (2547). โรคธาลัสซีเมีย: ผลกระทบด้านจิตใจแลสังคม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* ;5(9): 18-20.
7. Prasomsuk S., Jetsrisuparp A. (2006). Life experiences of Thai families with Thalassemic Children: A qualitative study. *The Hong Kong Nursing Journal* ;42(1):5-12.
8. Prasomsuk S., Jetsrisuparp A. (2005). Life experiences of Thai families with Thalassemic Children: A qualitative study. *This article was presented at the National Conference on*

“Healthy Thailand: Common problem in I-San and Update Management” Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand: October 11- 14, 2005.

9. Prasomsuk S, Jetsrisuparp A, Ratanasisi T, Ratanasiri A. (2007). Lived Experiences of Mothers Caring for Children With Thalassemia Major in Thailand 2007. *JSPN* 12(1):13-23.
10. สุขศิริ ประสมสุข, ชนิดา มัททวงกูร. (2552). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง *พยาบาลสาร* มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เม.ย.-มิ.ย. 2552.
11. สุขศิริ ประสมสุข. (2552). บทบาทพยาบาลกับการสร้างเสริมพลังอำนาจในชุมชน *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* ;10(8): 50-55.
12. ชนิดา มัททวงกูร, สุขศิริ ประสมสุข. (2553). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยการจัดการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการศึกษาและพยาบาล*. ปีที่ 3 ฉบับที่ 1: มค.-เม.ย. 2553.
13. ศนิกานต์ ศรีมณี, สุขศิริ ประสมสุข. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ภาควิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* ;12(23): 30-39.
14. สุขศิริ ประสมสุข, จิตต์ระพี บุณศักดิ์ และ พุทธิราภรณ์ หังสวนัส. (2554). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการตีตราทางสังคมจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดสมุทรสาคร *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติจัดโดยคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ*.
15. สุขศิริ ประสมสุข, ทวี เชื้อสุวรรณทวี, ชนิดา มัททวงกูร และ ดลพร เผือกคง. (2556). การสังเคราะห์สถานการณ์การด้านสุขภาพและสังคมสำหรับคนพิการในทศวรรษของประเทศไทย *วารสารวิชาการของสมาคมอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2(2) ธันวาคม 2556.
16. Prasomsuk S., (2013). Experiences of Thai children living with thalassemia major: A qualitative study. *APHEIT international journal*: Vol 2 December 2013.
17. ลดาวัลย์ แสงมีศรี, สุขศิริ ประสมสุข. (2559). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตำบลเขาใหญ่ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติเครือข่ายวิจัยสถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศ ครั้งที่ 11* ประจำปี 2559 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
18. สมศักดิ์ ฉันทนารมณ, สุขศิริ ประสมสุข. (2559). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลท่าตะคร้อ อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติเครือข่ายวิจัยสถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศ ครั้งที่ 11* ประจำปี 2559 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
19. สุขศิริ ประสมสุข. (2559). ประสบการณ์ของคนพิการทางสายตากับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ศูนย์ฝึกอาชีพของหญิงตาบอดสามพราน จังหวัดนครปฐม. *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏเพชรบุรีวิจัยเพื่อแผ่นดินไทยที่ยั่งยืน ครั้งที่ 6* ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.

20. ณัฐพล กนธวงศ์, **สุขศิริ ประสมสุข**. (2560). รูปแบบการดูแลตนเองเพื่อการลดใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAID) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลหนองขนาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ* ครั้งที่ 8 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ.
21. **สุขศิริ ประสมสุข**, เพชรีย์ กุณาสะศิริ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยศิลปวัฒนธรรมระดับชาติราชภัฏเพชรบุรีวิจัย ครั้งที่ 7 “สหวิทยาการสู่ไทยแลนด์ 4.0”*
22. ดลพร เผือกคง, ทวี เชื้อสุวรรณทวี, ธรรม จตุนาม, **สุขศิริ ประสมสุข**, นิพัทธ์ พันภัย, ขจรพรรณ สุวรรณสำริด. (2560). สถานการณ์และการมีส่วนร่วมของสังคมในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับอาชีพและการจ้างงานของคนพิการ. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*. 16:1 (มกราคม – ธันวาคม 2560).
23. **สุขศิริ ประสมสุข**, ทวี เชื้อสุวรรณทวี, ดลพร เผือกคง. (2560). สถานการณ์ในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพคนพิการในประเทศไทย. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*. 16:1 (มกราคม – ธันวาคม 2560).

ประวัติผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายณัฐกร นิลเนตร
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr.NATHAKON NILNATE
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 1430300164xxx
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์
4. หน่วยงานพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ โทรสาร และ e-mail

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ที่อยู่ 38 หมู่ 8 ต.นาข่วง อ.เมือง จ.เพชรบุรี 76000 โทร 032-493300

E-mail : nathakon.nil@mail.pbru.ac.th, best_nathakon@hotmail.co.th

โทรศัพท์มือถือ 097-3039563

5. ประวัติการศึกษาต่อระดับสถาบันการศึกษา สาขาวิชาและปีที่จบการศึกษา

พ.ศ. 2560 สม. (วิทยาการระบาด) สถาบัน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

M.P.H. (Epidemiology) Khon kaen University Institute

พ.ศ. 2557 สบ. (สาธารณสุขศาสตร์) สถาบัน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

B.P.H (Public Health) Mahasarakham University Institute

พ.ศ. 2555 ปวส.สศ. (สาธารณสุขชุมชน) สถาบัน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น

D.P.H. (Community Public Health) Sirindhorn College of Public Health

Khon kaen Institute

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระดับสาขาวิชาการ

ระเบียบวิธีวิจัย, ชีวสถิติ

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

หัวหน้าโครงการวิจัย

ณัฐกร นิลเนตร. (2562). บทความวิชาการ: ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่ม

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(2)

ณัฐกร นิลเนตร และเพ็ญวิภา แก้วพิภพ. (2562). สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* 2562; 19(2)

ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิรพรกุล และเนาวรัตน์ ตั้งศรีทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสุขศึกษา* 2561; 41(1): 95-108.

ณัฐกร นิลเนตร. ความพร้อมและการรับรู้ต่อ พ.ร.บ. วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. นำเสนองานวิชาการ ประเภทงานวิจัย ในงานวิชาการสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ประจำปี 2556 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ, 2556.

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

จิตรรดา พงศรธาธิก, วีรยุทธ ศรีทุมสุข, **ณัฐกร นิลเนตร**, บุญตา กลิ่นงาม และบวรจิต เมธาทิธี. (2562).

รูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุตำบลบ้านหม้อ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *เพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก* 2562; 20(2)

สุขศิริ ประสมสุข, ชัยยา นรเดชานันท์, อรวรรณ ม่วงวงษา และ**ณัฐกร นิลเนตร**. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าแร่ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏเลย “วิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน” ครั้งที่ 5 วันที่ 22 มีนาคม 2562 ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย จังหวัดเลย.

ชัยยา นรเดชานันท์, เพชรีย์ กุณาละสิริ, **ณัฐกร นิลเนตร**, สรศักดิ์ ทองเพชร และสุขศิริ ประสมสุข. (2562). โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าซ่าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏเลย “วิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน” ครั้งที่ 5 วันที่ 22 มีนาคม 2562 ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย จังหวัดเลย.

ภาคผนวก ก

ภาคผนวก ก บทสรุปผู้บริหาร

1. ชื่อเรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

2. รายชื่อนักวิจัย

2.1 หัวหน้าโครงการวิจัย ผศ. ดร. สุขศิริ ประสมสุข

2.2 ผู้ร่วมวิจัย

2.2.1 อาจารย์ อนุกร นิลเนตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

2.2.2 จำเริญ เกரியงไกร เกิดหนู โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะทอน

3. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเพิ่มของประชากรสูงอายุรวดเร็ว เนื่องจากประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นผลจากอัตราการตายลดลง จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยพบว่าจำนวนประชากรสูงอายุในปี พ.ศ.2550 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2503 มีจำนวนประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 1.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคนในปี 2548 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี 2568 คือ 14 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 10.3 และ 20 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ สถานการณ์นี้ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนการพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้น ทั้งการพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจถึง 1 ใน 4 คน และ ร้อยละ 13.7 มีรายได้ไม่พอเพียงรายจ่าย (Wibulpolprasert, S., 2011) และยังพบว่าอัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต่อการรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 16.0 ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพาทางด้านสุขภาพสูง โดยพบว่าร้อยละ 50.0 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีสุขภาพไม่แข็งแรง โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พบร้อยละ 42.66 โรคระบบต่อมไร้ท่อ พบร้อยละ 24.34 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 20.85 และยังมีอายุยืนยาวขึ้นโอกาสเกิดโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาสุขภาพสูงมากขึ้น ปัญหาการพึ่งพาทางสุขภาพก่อให้เกิดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ (Ministry of Social Development and Human Security, 2015).

จากสถานการณ์ในอนาคตที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรหลายประการผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ต้องพึ่งพิงและผู้สูงอายุติดเตียงจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ที่มีการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูงจัดเป็นภาระหนักงานที่หนัก และซับซ้อนในการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระที่ยาวนานในการดูแลต้องมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงใน บทบาทหน้าที่ตนเอง อาจเกิดความคลุมเครือในบทบาท และความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้นบางรายต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ดูแลมีหน้าที่ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนยังไม่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนไม่ได้มีความรู้ความสามารถ เกี่ยวกับการดูแลโดยตรง ไม่เคยมีประสบการณ์การ รวมทั้งยังมี ภาระในด้านอื่น ๆ เช่น งานภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและผู้ดูแลบางคนมีครอบครัว ของตนเองที่ต้องดูแลนำมาซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุเห็นว่าภาวะการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลมีข้อจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคมรวมถึงผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจึงเป็นที่มาของความต้องการด้านต่าง ๆ และการดูแลจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ปัจจัยทางเศรษฐกิจรวมถึงรายได้ของครอบครัว ปัจจัยทางสังคมทั้งด้านการศึกษาความรู้ความสามารถของผู้ดูแล สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ศักยภาพการดูแลในครอบครัว และระบบบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาจึงสนใจจะศึกษาสถานการณ์ ความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จังหวัดเพชรบุรีมีจำนวนประชากร ทั้งหมด 341,463 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 47,696 คน จำนวนผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 13,758 คน จำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ 699 คน ผู้ศึกษาจึงสนใจจะศึกษาสถานการณ์ ความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อตัวบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวและเป็นข้อมูลพื้นฐานและจะชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อวางแผนทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

4. วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อสังเคราะห์สถานการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

5. วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการดังนี้ การวิจัยนี้ได้ออกแบบการวิจัย เป็นการวิจัยในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่จะเริ่มต้นด้วยการสำรวจข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิ โดยหน่วยในการสังเกต (Unit of observation) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะทอน จำนวน 60 คน

ขอบเขตการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้วางหลักการอันเป็นขอบเขตการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื้อหาที่สำคัญอันจะเป็นประเด็นมุ่งเน้นในการศึกษาครั้งนี้ จะครอบคลุมเกี่ยวกับสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการรวบรวมข้อมูลจะประกอบด้วย พื้นที่ตำบลไร่สะทอน จังหวัดเพชรบุรีเป็นพื้นที่ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ขอบเขตด้านเวลา การวิจัยครั้งนี้ จะแบ่งช่วงเวลาออกเป็น 3 ช่วง

ช่วงที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้มีประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นและวัตถุประสงค์ของการวิจัยซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายดังนี้

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง
2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชน ได้แก่
 - 1) กลุ่มผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน สมาชิก อบต.
 - 2) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่นๆ

ช่วงที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง
- 2) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชน ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน สมาชิก อบต. อื่น ๆ
- 2) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่น ๆ

ช่วงที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ ฟึ่งพิงและประเมินผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์สถานการณ์ (Community Participatory in Diagnosis) ประกอบด้วย การสำรวจสถานการณ์ทางเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อมของชุมชน และศึกษาสถานการณ์ของชุมชนในบริบทต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบต่อ การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและประเมินศักยภาพการพัฒนาชุมชนและครอบครัวเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม เพื่อการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการรวบรวมและสังเคราะห์ ปัญหา (Community and family participatory in Reconnaissance) ประกอบด้วย การจัดกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวเรียนรู้การรวบรวม สังเคราะห์และวางแผนแก้ไขการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะ พึ่งพิงแบบบูรณาการกระบวนการดังกล่าวนี้จะพัฒนาระบบวิธีคิดของชุมชนในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะ พึ่งพิง การพัฒนาเป็นผู้นำและการระดมทรัพยากรของชุมชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการวางแผนปฏิบัติการ (Community Participatory in Action Planning) ประกอบด้วย การพิจารณาทางเลือกและวางแผนในการ ดำเนินการ ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิบัติการ (Community Participatory in Action) เป็นการพัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง โดยการ จัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ระหว่างชุมชน มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Community Participatory in Evaluation) ประกอบด้วย การประเมินผลการปฏิบัติการวิจัยได้แก่

- 1) การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติการวิจัย กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนที่เกิดขึ้น ระหว่างการวิจัย และการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะ พึ่งพิง
- 2) การประเมินผลที่ได้จากการวิจัย (output evaluation) ได้แก่ การประเมินการ รับรู้การดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของกลุ่มเป้าหมาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4-5 เดือน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ ดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. บุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาจากการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มต่าง ๆ ให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยหรือโรคได้ด้วยตนเอง ชะลอความก้าวหน้าของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการลดผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยให้ความสำคัญที่ความสามารถของคนในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือกลุ่มคนเพื่อหาวิธีการแก้ไขและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ การมีส่วนร่วมของกลุ่มคนที่ศึกษาต้องเกิดขึ้นตลอดกระบวนการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพ ในการเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้านและการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งกระตุ้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามนโยบายของรัฐ โดยชี้ให้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบจากการขาดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดระบบบริการตามบริบทของพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะทอน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

9. ผลการวิจัย

ผลการวิจัยโดยสรุปที่สอดคล้องคล้อยกับวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดของโครงการจำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

9.1 กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและบทเรียนจากการดำเนินงานที่สำคัญ คือ

การจัดประสบการณ์ตรงในการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนที่ศึกษาต้องเกิดขึ้นตลอดกระบวนการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพ ในการเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้านและการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้ผู้ดูแลสามารถจัดการตนเองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

9.2 ข้อค้นพบในส่วนของปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จที่สำคัญคือ ความรู้ ความเข้าใจและแรงจูงใจแนวทางที่ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีการกำกับตนเองนั้นประกอบด้วย 1) การจูงใจในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมโดยการพัฒนา ความรู้ความเข้าใจการกระตุ้นให้มีการตัดสินใจในการกระทำ 2) การตัดสินใจ ในการกระทำ คือปัจจัยที่ทำให้มีการตัดสินใจเกิดจากการที่บุคคลนั้นวิเคราะห์และการประเมินสิ่งเหล่านั้น

9.3 นวัตกรรมองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

9.3.1 นวัตกรรมกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวโดยวิธีการดังนี้ 1) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วย การดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชน โดยประเมินความต้องการความรู้จากกลุ่ม แล้วพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นนั้นๆ 2) การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยโดย สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารวมถึงการที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา และ 3) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

9.3.2 นวัตกรรมการออกกำลังกาย โดยการสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย ปฏิบัติได้ทุกที่ทุกเวลา ปลอดภัย และประหยัด ได้แก่ การเดินและ การแกว่งแขน พร้อมกับมีการฝึกปฏิบัติร่วมกันทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ลองปฏิบัติด้วยตนเองพร้อมกับ กลุ่มทำให้เกิด ความสนุก เพลิดเพลิน และรับรู้ว่าคุณเองก็สามารถทำได้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

10. สรุปผล

ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปผลการศึกษาดังนี้

ระยะที่ 1 ผลจากการศึกษาเชิงปริมาณด้านสถานการณ์ ความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความต้องการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่ในเขต ตำบลไร่สะทอน อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเจ้าหน้าที่ อสม. อสม.ที่ได้รับมอบหมายจาก รพ.สต. ให้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะทอน จำนวน 60 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 มีอายุเฉลี่ย 49.98 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.70 มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 75 มีบุตรเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ร้อยละ 31.70 ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 ผู้ดูแลไม่เคยผ่านการอบรม ร้อยละ 86.70

ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ รู้สึกมั่นใจมากที่สุด รู้สึกมั่นใจมาก รู้สึกมั่นใจปานกลาง รู้สึกมั่นใจน้อย รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด พบว่า รู้สึกมั่นใจมากที่สุด จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.30 รู้สึกมั่นใจมาก จำนวน 20 คน ร้อยละ 33.30 รู้สึกมั่นใจปานกลาง จำนวน 24 คน ร้อยละ 40.00 รู้สึกมั่นใจน้อย จำนวน 11 คน ร้อยละ 18.30 รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด จำนวน 3 คน ร้อยละ 5.00 คะแนนเฉลี่ย คือ 74.47 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.49

ระดับคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุดพบว่า เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 24 คน ร้อยละ 40.00 เห็นด้วยมาก จำนวน 24 คน ร้อยละ 40.00 เห็นด้วยปานกลาง จำนวน 9 คน ร้อยละ 15.00 เห็นด้วยน้อย จำนวน 2 คน ร้อยละ 3.30 และเห็นด้วยน้อยที่สุด จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.70 คะแนนเฉลี่ย คือ 25.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.25

การศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 32 คน ร้อยละ 53.30 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 22 คน ร้อยละ 36.70 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.00 มีคะแนนเฉลี่ย คือ 7.53 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.87

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสังเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

2.1 ความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1.1 ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวและต้องการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นบริการด้านสุขภาพที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการมากที่สุด

2.1.2 ความต้องการการฟื้นฟูสภาพ

เนื่องจากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพจะทำให้ไม่เกิดพิการมากขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมบางอย่างได้บ้าง ไม่ต้องเป็นภาระของลูกหลานมากเกินไป ซึ่งบริการฟื้นฟูสภาพถ้าได้รับการโดยตรงจากนักกายภาพบำบัดจะเป็นการดีมากเนื่องจากมีความเชี่ยวชาญ โดยควรมีการสอนคนในครอบครัวให้สามารถปฏิบัติได้ด้วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ซึ่งถ้าเป็นไปได้อาจเป็นการฟื้นฟูสภาพโดยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมให้มีศักยภาพเพียงพอ และควรมีการให้บริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งจนผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือไม่เกิดความพิการเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพควรมีการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ใช้ที่บ้านผู้สูงอายุด้วยหรืออาจเป็นการจัดทำขึ้นมาเองเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ด้วยตนเองร่วมด้วย

2.1.3 ความต้องการด้านเศรษฐกิจ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวส่วนใหญ่มีความต้องการการช่วยเหลือในด้านการเงินเป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะยากจน โดยให้ข้อมูลว่าจะได้ช่วยแบ่งภาระของครอบครัวได้บ้างและต้องการการช่วยเหลือระยะยาวตลอดไป

2.2 ความคิดเห็นต่อระบบการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและ อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่า ยังมีระบบการให้การดูแลไม่เพียงพอ อยากให้มีการเข้ามาดูแลมากกว่านี้ โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย “ยังไม่มีหน่วยงานใดมาช่วยเหลือ นอกจาก รพ.สต. แต่ก่อนได้ยินว่าจะมีการตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องจากทีมหมอครอบครัว แต่ก็ไม่เห็นมา” และอสม. บางคนบอกว่า “ไม่ทราบรายละเอียดของการเยี่ยม และมาบ้างไม่มาบ้างไม่มีกำหนดที่ชัดเจน แต่ก็ยังดีที่ตามเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้เวลาผู้สูงอายุอาการไม่ดี” สำหรับ เจ้าหน้าที่รพ.สต.บอกว่า มีการทำงานร่วมกันกับบางหน่วยงานอยู่แล้ว เช่น กศน. และองค์การบริหารส่วนเป็นบางครั้ง แต่ยังไม่มีการกำหนดระบบรูปแบบในการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลยอมรับว่าการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และรพ.สต. กับองค์การบริหารส่วนตำบลยังแยกกันทำงาน เห็นว่าน่าจะมีการวางแผนร่วมกันทำงาน

2.3 ความคิดเห็นและความต้องการให้จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและอสม. ส่วนใหญ่ เห็นว่าควรจัดอบรมให้ผู้ดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพราะจำเป็นต้องให้ผู้อื่นที่ไม่ได้ผ่านการอบรมดูแลแทน อสม.

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และองค์การบริหารส่วนตำบล มีความเห็นสอดคล้องกัน คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ดูแลต้องมีความรู้ ในการดูแลที่ถูกต้องและมีเวลาเพียงพอในการดูแล และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2.4 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุในยุคปัจจุบันและลักษณะผู้สูงอายุในอนาคต

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและ อสม. ส่วนใหญ่ มีความรู้สึกที่ผู้สูงอายุในปัจจุบันดูแลยากมีโรคแทรกซ้อนมากแก้ไขไม่ได้ เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว อสม.ส่วนใหญ่เห็นว่า ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งและครอบครัวไม่ค่อยมีเวลาดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล คาดว่าในอนาคตจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โดยการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวใน 2 หมู่บ้าน โดยทำการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะท้อน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

การสรุปผลการวิเคราะห์ ปัญหาและความต้องการที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาหารือโดยการประชุมกลุ่มย่อยอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท้อน ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะท้อน และตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน เพื่อพัฒนารูปแบบพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวใน 2 หมู่บ้าน โดยทำการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลไร่สะท้อน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ได้รูปแบบมีส่วนประกอบดังนี้

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

1.2 เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.3 เพื่อให้ชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. กระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

การจัดโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมการพยาบาลนี้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury (1991) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนใช้เวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1-2 ชั่วโมงในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม โดยการการสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่

1) โดยการแนะนำตัวเอง การซักถามเกี่ยวกับเรื่องครอบครัว การเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของตนเองต่อบุคคลอื่น และในครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับตนเองเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างไร ขณะอยู่บ้านได้พูดคุยกับใครบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่โดยโน้มน้าวให้ทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านอารมณ์ จิตใจและการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลง โดยวิธีการ 1) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 2) โดยค้นหาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา รวมทั้งประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคล 2) การสร้างพลังในการแก้ปัญหการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนความคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ โดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติสิ่งใหม่เหมือนเป็นเรื่องปกติของชีวิต (สัปดาห์ที่ 3-4) โดยวิธีการดังนี้ 1) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ป่วย การดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน โดยประเมินความต้องการความรู้จากกลุ่ม แล้วพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นนั้นๆ 2) การดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยโดย สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารวมถึงการที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา และ 3) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต เป็นการสร้างเสริมความมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

5. การประเมินผล

โดยการประเมินผลจากการจัดโปรแกรมแก่ครอบครัว โดยการวัดผลจาก

1) แบบประเมินด้านการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วย

2) แบบประเมินด้านการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับโรค/ความเจ็บป่วย

3) แบบประเมินด้านการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรค/ความเจ็บป่วยมี

ผลการประเมินโครงการ

3.1 ระดับความรู้

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ อยู่ในระดับต่ำและภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลในด้านต่างๆ ก่อนและหลังการ

ทดลอง

คะแนนการรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความสามารถด้านต่างๆ พบว่า ด้านความสามารถทางกายก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนคงเดิม ความสามารถด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วยหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .001 ส่วนการรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถของครอบครัวผู้ดูแลในการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย และพลังอำนาจของครอบครัวผู้ดูแลโดยรวมภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) (ตาราง 4.6-4.7)

การอภิปรายผล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ระดับมากที่สุด ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nadanong, B, (2017) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะการดูแลและพฤติกรรมดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ศึกษาพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี ร่วมโปรแกรม โดยสถิติ wilcoxon Signed - Ranks test ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลและพฤติกรรมดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องพัฒนาการและสติปัญญาหลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัวเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัวและผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญามีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ลำดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.36, p=.005$) ทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.45, p=.00$) และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 32 คน ร้อยละ 53.30 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Waranya, J., (2017) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก ($M= 4.033, SD= 0.613$) และมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ($M= 4.033, SD= 1.182$) และการศึกษาของ

Sumitra, C., (2014) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว ผู้ดูแลมาก่อนอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pennapha., M. (2018) ที่พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุด และเห็นด้วยมากเท่ากันคือ ร้อยละ 40.00 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.00 และระดับต่ำร้อยละ 1.70 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Busaya, V., et al (2016) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วงจังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับสูง และมีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำสอดคล้องกับ Pearlin, L. (1990) ที่พบว่า ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในการดูแล บลูม กล่าวไว้ว่า บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดแล้วจะส่งผลให้เกิดความพยายามทุ่มเทให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมาย

สรุปผลการพัฒนารูปแบบวิจัย

จากข้อสรุปของผลการศึกษาวิจัย ทำให้ได้รูปแบบรูปแบบพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลไร่สะทอน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งพบประเด็นปัญหาและความต้องการที่ต้องร่วมพัฒนาเพื่อให้เป็นรูปแบบร่วมกับชุมชน

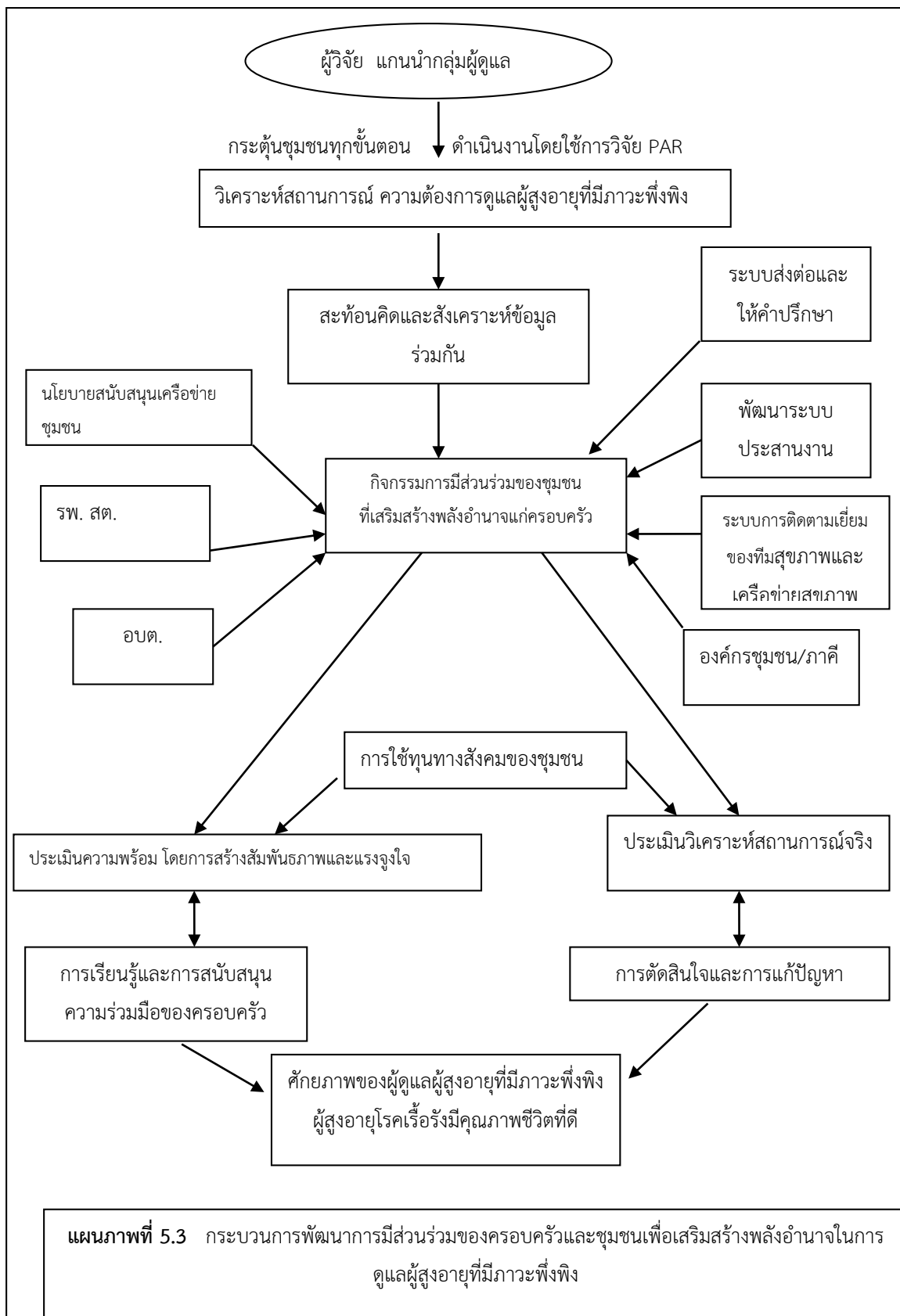
จากแผนภาพที่ 5.3 จะเห็นได้ว่า การที่จะดำเนินการเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีศักยภาพที่เหมาะสมเพียงพอแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ปัญหา การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และการร่วมกันประเมินผลการดำเนินการเพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายต่อไป ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

1. นโยบายสนับสนุนเครือข่ายชุมชน ควรมีทั้งนโยบายในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นเป็นนโยบายที่สอดคล้องกัน เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ
2. ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ อสม. ที่รับผิดชอบ ควรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องให้เท่าทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว
3. ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมงานสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพ ควรถูกกำหนดให้เป็นภารกิจหลักที่ทีมงานสุขภาพประจำครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในท้องถิ่นจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4. ระบบการส่งต่อ และการให้คำปรึกษา ควรได้รับการพัฒนาให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการการขอความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง

5. ระบบงบประมาณ การสนับสนุนช่วยเหลือ วัสดุอุปกรณ์ ควรมีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือเป็นไปอย่างต่อเนื่องและทันเวลา

6. การพัฒนาระบบประสานงานและความร่วมมือในการทำงานของเครือข่าย ควรมีการพัฒนาระบบประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในระดับต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือเป็นเครือข่ายที่เข้ามาดูแลปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะ ซึ่งจะช่วยรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากสังคมผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต



ภาคผนวก ข



แบบฟอร์มรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์
ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

1. ชื่อโครงการวิจัย รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี

2. ชื่อนักวิจัย/นักประดิษฐ์ ผศ. ดร. สุขศิริ ประสมสุข

2.1 ผู้ร่วมวิจัย

2..1 อาจารย์ ณิชกร นิลเนตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

2..2 จำเอก เกரியไกร เกิดหนู โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท้อน

3. การนำไปใช้ประโยชน์

3.1 หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท้อน อ. บ้านลาด จ. เพชรบุรี

ขอรับรองว่าได้นำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ทางด้าน

() 1. เจริญสาธารณะ (โปรดระบุผลการใช้ประโยชน์)

สามารถนำรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพรวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ครอบครัวครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและจัดรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เข้าใจได้ง่ายและเชื่อมโยงจากสิ่งที่ผู้ปวยปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสมของบริบทในพื้นที่ตำบลไร่สะท้อน

() 2. เจริญนโยบาย (โปรดระบุผลการใช้ประโยชน์)

สามารถนำไปบูรณาการเข้าสู่แผนพัฒนาด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

() 3. เจริญพาณิชย์ (โปรดระบุผลการใช้ประโยชน์)

() 4. ทางอ้อมของงานสร้างสรรค์ (โปรดระบุผลการใช้ประโยชน์)

ลงชื่อ

(จำเอก เกรียงไกร เกิดหนู)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท่อน

วันที่ให้ข้อมูล 16 ธันวาคม 2562

ผู้ให้ข้อมูล

ที่

/



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตำบลไร่สะท่อน อำเภอบ้านลาด
จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๕๐

๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบขอบคุณที่อนุเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ ผศ. ดร. สุขศิริ ประสมสุขคณะผู้วิจัย ได้จัดส่งข้อมูลผลงานวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี ที่ผ่านมาแล้วนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท่อน ขอแจ้งให้ทราบว่าได้นำข้อมูลเกี่ยวกับผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในเชิงสาธารณะ และเชิงนโยบาย (ตามเอกสารแนบ) จึงขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี คณะผู้วิจัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ที่เอื้อเพื่อข้อมูลจากผลงานวิจัยดังกล่าวมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(จำเอก เกรียงไกร เกิดหนู)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท้อน

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

คำชี้แจง : แบบสอบถาม

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพการสมรส

1) คู่ 2) โสด 3) หม้าย 4) หย่า

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1) ไม่ได้รับการศึกษา 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษา
 4) อนุปริญญา 5) ปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

1) งานบ้าน 2) รับจ้าง 3) ข้าราชการ
 4) เกษตรกร 5) ค้าขาย 6) พนักงานบริษัท 7) อื่นๆ

7. รายได้ต่อเดือน

1) รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ 2) รายได้เพียงพอกับรายจ่าย
 3) รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย 4) ไม่มีรายได้

8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1) บิดาหรือมารดา 2)สามีหรือภรรยา 3) พี่หรือน้อง
 4) บุตร 5)ญาติ 6) อื่นๆ

9. ระยะเวลาในการดูแล

1) 1-5 ปี 2) 6-10 ปี 3) 11-15 ปี
 4) 16-20 ปี 5) มากกว่า 20 ปี

10. ประเภทผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1) ผ่านการอบรม

2) ไม่ผ่านการอบรม

แบบสอบถาม
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง : แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถูกหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ และเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านไม่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ได้เลย

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นน้อยกว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ได้

มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นปานกลางว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ได้

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นมากกว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ได้

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นมากที่สุดว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ได้

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	ไม่มั่นใจ	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ ปานกลาง	มั่นใจ มาก	มั่นใจมาก ที่สุด
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืชในแต่ละมื้ออาหาร					
2. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสจัด รสเค็ม หรือส่วนประกอบของโซเดียมสูง					
3. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงเนื้อที่ติดมัน หรืออาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง					
4. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์					
5. ท่านสามารถออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกแต่ยังพูดคุยได้ขณะออกกำลังกาย					
6. ในแต่ละครั้งของการออกกำลังกาย ท่านสามารถออกกำลังกายได้นานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที					
7. ท่านสามารถออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ได้แก่ วิ่งเหยาะ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน กายบริหาร					
8. ท่านสามารถสังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองเช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต					

9. ท่านสามารถลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง					
--	--	--	--	--	--

พฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขภาวะที่ดี	ไม่มั่นใจ	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ ปานกลาง	มั่นใจมาก	มั่นใจมาก ที่สุด
10. ท่านสามารถลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์					
11. ท่านสามารถลดหรืองดการสูบบุหรี่					
12. ท่านสามารถพูดคุยและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้					
13. ท่านสามารถดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาที่ท่านนับถือ หรืออย่างมีเป้าหมายได้					
14. ท่านสามารถเรียนรู้หรือหาประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ท้าทาย เพื่อพัฒนา และปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้					
15. ท่านสามารถสำรวจและยอมรับทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเองตามความเป็นจริงแล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น					
16. ท่านสามารถจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม					
17. ท่านสามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความสุขและเป็นที่น่าพึงพอใจ					
18. ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ได้ เช่น งานบุญ งานสังสรรค์ ประเพณี					
19. ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมหรือให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน เช่น การเลือกตั้งผู้นำชุมชน การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน ร่วมเป็นจิตอาสาเราทำความดีด้วยหัวใจ					
20. ท่านอาสาทำงานจิตอาสาเพื่อสังคมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง เช่น การเป็นวิทยากรปราชญ์ชุมชน ในการถ่ายทอดภูมิปัญญา อาสาสมัครทำงานในโรงพยาบาล ุฒิอาสาจิตอาสาเราทำความดีด้วยหัวใจ					

แบบสัมภาษณ์ครอบครัว เรื่อง พลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากร (Demographic factors) ของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตัวเลือกที่ตรงกับท่านมากที่สุด

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ผู้ป่วยเพศ.....อายุ.....ปี การวินิจฉัยโรค.....

1. ลักษณะครอบครัว [] ครอบครัวเดี่ยว [] ครอบครัวขยาย
2. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
3. จำนวนบุคคลที่มีรายได้ในครอบครัว.....คน
4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน
5. ความเพียงพอของรายได้ [] เพียงพอ [] ไม่เพียงพอ
6. สถานภาพของผู้ป่วยในครอบครัว [] เป็นเจ้าบ้าน [] เป็นบิดา/มารดาเจ้าบ้าน
[] เป็นบุตรเจ้าของบ้าน [] เป็นญาติของเจ้าของบ้าน
[] เป็นผู้อาศัย [] อื่นๆ ระบุ.....
7. สถานภาพสมรสของผู้ป่วย [] โสด [] คู่ [] หม้าย
[] หย่า [] แยก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หรือเขียนคำตอบลงในช่องว่าง(เฉพาะตอนที่ 2.3)

2.1 การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับความหมายในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย

รายการประเมิน	ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง	ผู้ป่วยทำได้ด้วยตนเองโดยมีอุปกรณ์/เครื่องมือช่วย	ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการช่วยสอน/แนะนำ	ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นและต้องใช้อุปกรณ์/เครื่องมือช่วย	ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
1.ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย 2.ความสามารถในการรับประทานอาหารและน้ำ 3.ความสามารถในการดูแลรักษาความสะอาดร่างกายเช่น อาบน้ำ แปรงฟัน 4.ความสามารถในการขับถ่ายและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่าย					

2.2 การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วย

รายการประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.ความสามารถในการบอก/สื่อสารกับผู้อื่นถึงความต้องการของตนเอง 6.ความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆเกี่ยวกับตนเอง 7.ความสามารถในการรับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง 8.ความสามารถในการควบคุมอารมณ์					

9.ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นภายนอก ครอบครัว					
--	--	--	--	--	--

2.3 การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวกับโรค/ความเจ็บป่วย

10. ทำคิดว่าโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีสาเหตุเกิดจากอะไร

.....
[สำหรับผู้วิจัย (5) (4) (3) (2) (1)]

11. ทำคิดว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพอย่างไร

.....
[สำหรับผู้วิจัย (5) (4) (3) (2) (1)]

12. ทำคิดว่าโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร(ดีขึ้น/แย่ลง)เพราะเหตุใด

.....
[สำหรับผู้วิจัย (5) (4) (3) (2) (1)]

13. การรักษาโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามที่แพทย์แนะนำมีวิธีใดบ้าง

.....
[สำหรับผู้วิจัย (5) (4) (3) (2) (1)]

2.4 การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรค/ความเจ็บป่วย

รายการประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
14. ท่านสามารถช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรค/ความเจ็บป่วยได้					
15. ท่านสามารถช่วยเหลือบรรเทาความไม่สุข สบายผู้ป่วยจากโรค/ความเจ็บป่วยได้					
16. ท่านสามารถช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยให้ รับประทานอาหารที่เหมาะสมตามแผนการ รักษาได้					

<p>17.ท่านสามารถช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยให้ รับประทานยาได้ครบถ้วน ตรงตามแผนการ รักษา</p> <p>18.ท่านสามารถช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยให้ออก กำลังกายอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา</p> <p>19.ท่านสามารถช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยให้ พักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p>20.ท่านสามารถช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยในการ รักษาความสะอาดร่างกายได้อย่างเหมาะสม</p> <p>21.ท่านสามารถส่งเสริม/โน้มน้าวให้ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยหรือสิ่งที่จะทำให้เกิดโรค/ ความเจ็บป่วยลดลง เช่น บุหรี่ สุรา อาหาร แสลงๆ</p> <p>22.ท่านสามารถช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตก กังวล ความเครียดต่างๆ อันเนื่องจากความเจ็บป่วย</p> <p>23.ท่านสามารถช่วยเหลือ/ดูแลให้ผู้ป่วยได้ไป พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง</p>					
<p>24.ท่านสามารถติดตามข่าวสาร/ความรู้เพื่อ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้</p> <p>25.ท่านสามารถสังเกตอาการ/ความผิดปกติ ของผู้ป่วยที่ต้องรีบไปพบแพทย์ได้</p> <p>26.ท่านสามารถบอกเล่าอาการ/การ เปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล เมื่อพาผู้ป่วยไปรับการตรวจ</p> <p>27.ท่านสามารถตัดสินใจในการจัดการกับ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้</p> <p>28.ท่านสามารถปรึกษา/ซักถามแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย</p>					

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

รูปแบบการพยาบาลตามโปรแกรมนี้ ประยุกต์มาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury (1991) โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรม และบทบาทของพยาบาลจะปรับเปลี่ยนจาก “ผู้เชี่ยวชาญ” มาเป็น “ผู้สนับสนุน” ไม่ว่าจะเป็นในด้านการเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ และทักษะที่จำเป็น การ

ช่วยเหลือครอบครัวในการแสวงหาแหล่งประโยชน์หรือแหล่งทรัพยากร รวมถึงการเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีศักยภาพต่อไป

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพลังอำนาจของครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อม(Appraising readiness)ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- การประเมินประสบการณ์ สถานการณ์ พฤติกรรมเดิมของผู้ป่วยและครอบครัว
- การระบุปัญหา
- การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อปัญหา รวมถึงพลังอำนาจของครอบครัวในการแก้ไขปัญหา
- ครอบครัวในการแก้ไขปัญหา

ระยะที่2 การเปลี่ยนแปลง(Changing)ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- การกำหนดเป้าหมาย
- การแสวงหาทางเลือก
- การวางแผนแก้ไขปัญหา
- การปฏิบัติตามแผน

ระยะที่ 3 การผสมผสานเข้าเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Integrating change)

- การประเมินผลการปฏิบัติ
- การวิเคราะห์ประโยชน์และอุปสรรค
- การปรับเปลี่ยนความคิด(จากการรับรู้ความสามารถตนในการจัดการปัญหาสุขภาพและการรับรู้

ความสำเร็จในการปฏิบัติ)

- การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินการ การเยี่ยมครอบครัว จะเข้าเยี่ยมครอบครัวละ 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยมีแผนการเยี่ยมครอบครัวดังต่อไปนี้

แผนการเยี่ยมครอบครัว

การเยี่ยม	จุดประสงค์ของการเยี่ยมครอบครัว	การพยาบาล
ครั้งที่ 1	เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วยให้ครอบครัวประเมินสถานการณ์ด้านภาวะสุขภาพของตนเอง	การสร้างสัมพันธภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการปฏิบัติ

	<p>และประเมินพลังอำนาจของครอบครัวในการแก้ไขปัญหา</p>	<ul style="list-style-type: none"> -พยาบาลแนะนำตนเอง ชี้แจงจุดมุ่งหมายของการวิจัยและรายละเอียดของโปรแกรม และขอความยินยอมจากครอบครัว -เปิดการสนทนาเกี่ยวกับความเป็นอยู่ สภาพทั่วไปของครอบครัวและภาวะสุขภาพ -ประเมินพลังอำนาจของครอบครัวตามแบบประเมิน -นัดหมายการเยี่ยมครั้งที่ 2
<p>ครั้งที่ 2</p>	<p>เพื่อช่วยให้ครอบครัวค้นหาปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป้าหมาย แสวงหาทางเลือกและวางแผนการแก้ไขปัญหา</p>	<p>การสะท้อนคิด การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ และทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะการคิดวิจารณ์ญาณ และการสนับสนุนด้านแหล่งทรัพยากร</p> <p>แนวทางการปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> -จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม บรรยากาศเป็นส่วนตัวหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวน -กระตุ้นให้ครอบครัวสำรวจปัญหาที่ทำให้รู้สึกยุ่งยากใจ ไม่สบายใจ -เปิดโอกาสให้ครอบครัวทบทวนความคิด ความรู้สึกที่มีต่อปัญหา -กระตุ้นให้ครอบครัวกำหนดเป้าหมายและแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา -สนับสนุนการวางแผนแก้ไขปัญหาของครอบครัว -นัดหมายการเยี่ยมครั้งที่ 3
<p>ครั้งที่ 3</p>	<p>เพื่อติดตาม สนับสนุน และเสริมแรงจูงใจให้ครอบครัวปฏิบัติตามแผนเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ</p>	<p>การนิเทศการปฏิบัติ การเสริมแรงจูงใจ</p> <p>แนวทางการปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> -ประเมินความเข้าใจของครอบครัวในการปฏิบัติตามแผน -ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ -ให้กำลังใจ เสริมแรงจูงใจ -นัดหมายการเยี่ยมครั้งที่ 4
<p>ครั้งที่ 4</p>	<p>เพื่อช่วยเหลือให้ครอบครัวประเมินผล การปฏิบัติ วิเคราะห์ประโยชน์ที่ได้รับ และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถและความสำเร็จในการปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับสุขภาพของครอบครัว</p>	<p>การให้ข้อมูลป้อนกลับ การสะท้อนคิด และกระตุ้นการคิดวิจารณ์ญาณ</p> <p>แนวทางปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> -กระตุ้นให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติ

		<ul style="list-style-type: none">-สนับสนุนให้ครอบครัววิเคราะห์ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติและอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ รวมถึงวิธีการเอาชนะอุปสรรค-กระตุ้นให้ครอบครัวพิจารณา วิเคราะห์ความสามารถและความสำเร็จในการปฏิบัติ-ส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดการรับรู้พลังอำนาจของตนในการจัดการกับสุขภาพ-สนับสนุนให้ครอบครัวนำแนวทางการปฏิบัติไปผสมผสานเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต-ประเมินพลังอำนาจของครอบครัวตามแบบประเมิน-สรุปการสนทนา บอกกล่าวการสิ้นสุดโปรแกรม
--	--	--

ที่ สธ ๑๑๐๓.๑๐/๑๗/๕๑



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
๒๖๘ ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาบทความ
เรียน ผศ. ดร. สุขศิริ ประสมสุข

ตามที่ท่านได้ส่งบทความเรื่อง "การศึกษาความรู้ ทักษะคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี (The Study of Knowledge, Attitude and
Perceived Self-efficacy of Caregivers for Elderly Dependency in Phetchaburi Province)"
เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ นั้น

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือได้พิจารณาบทความฉบับแก้ไขดังกล่าวแล้ว
เห็นสมควรให้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑/๒๕๖๓ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๓)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาววาสนา มั่งคั่ง)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ

โทร. ๐ ๕๔๒๒ ๖๒๕๔ โทรสาร ๐ ๕๔๒๒ ๕๐๒๐

Journal of Health Sciences Scholarship: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/johss>

Boromarajonani College of Nursing, Lampang: <https://www.bcnlp.ac.th>