



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข (ปีที่ 2)
Development of Student Leader for Caring the Elderly
in Saensuk Municipality

หัวหน้าโครงการวิจัย
ผู้ร่วมวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารีย์ กังใจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิภาภรณ์ ทรัพย์กรานนท์
อาจารย์ ดร. ชมนาด สุ่มเงิน
อาจารย์ชลธิชา จันทศิริ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558
มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ 2558A10803052
สัญญาเลขที่ 15 / 2558

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข (ปีที่ 2)
Development of Student Leader for Caring the Elderly
in Saensuk Municipality

แผนงานวิจัย การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข
Development Saensuk Happiness Elderly Community Model

หัวหน้าโครงการวิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารีย์ กังใจ
ผู้ร่วมวิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ อาจารย์ ดร. ชมนาด สุ่มเงิน อาจารย์ชลธิชา จันทศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับโครงการวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้โอกาส เวลา และอำนวยความสะดวกให้กับคณะผู้วิจัย ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน นิสิต และแกนนำนิสิต ปีการศึกษา 2558 ของมหาวิทยาลัยบูรพา ทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการ เป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวก และให้การ สนับสนุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยทุกท่าน ที่เสียสละทุ่มเทเวลา กำลังกาย และสติปัญญาในการวิจัย ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิต และแกนนำนิสิตที่ศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2558 และผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือการวิจัยที่มีค่าความตรงและความเที่ยงในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินความพร้อมของแกนนำนิสิต 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ 4) การฝึกทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และ 5) การฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า มหาวิทยาลัยควรนำรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแกนนำนิสิตในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อไป

คำสำคัญ: แกนนำนิสิต ผู้สูงอายุ ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This research was the research and development design which aimed to develop a model of student leader development for the elderly care. The samples were students and student leaders in Burapha University, academic year 2015 and the elderly. Data were collected by the instruments which had acceptable validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results showed that the model of student leader development for the elderly care consisted of 5 components including 1) assessing the readiness of student leaders 2) providing knowledge about the elderly and caring for the elderly 3) developing a positive attitude towards the elderly 4) skills training in caring for the elderly and 5) practice in caring for the elderly in real situations.

These findings suggest that university should apply the model of student leader development for the elderly care from this study in order to develop the student leader in caring for the elderly.

Keywords: Student leader, elderly, Potential of caring for the elderly, participatory action research

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ	ฅ
บทนำ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	3
กรอบแนวคิดของการวิจัย	4
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
การดำเนินการวิจัย	29
พื้นที่ที่ทำการวิจัย.....	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	35
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
ผลการวิจัย	39
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนิสิต	39
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต	42
ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต	43
ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำนิสิต.....	44
ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต	45
ส่วนที่ 6 ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต.....	46
ส่วนที่ 7 ความคิดเห็นของแกนนำนิสิตต่อการดูแลผู้สูงอายุ	46
ส่วน 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	48
ส่วนที่ 9 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับนิสิต และการดูแล.....	49
ส่วนที่ 10 รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ	50

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ส่วนที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ.....	51
อภิปรายผลการวิจัย.....	53
สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	56
ผลผลิต (output) ของโครงการวิจัย.....	57
บรรณานุกรม.....	58
รายงานสรุปการเงิน.....	61
ภาคผนวก	62
ประวัติผู้วิจัย.....	68

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	มายาคติหรือความเชื่อที่ผิด (Myth) และความจริงบางประการ (Reality) เกี่ยวกับการสูงอายุ	22
2	จำนวนนิสิตคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์	31
3	จำนวนนิสิตคณะศึกษาศาสตร์	31
4	จำนวนนิสิตคณะการจัดการและการท่องเที่ยว	32
5	จำนวนนิสิตคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร์	32
6	จำนวนนิสิตคณะแพทยศาสตร์	32
7	จำนวนนิสิตคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา	33
8	จำนวนนิสิตคณะภูมิสารสนเทศ	33
9	จำนวนนิสิตคณะโลจิสติก	34
10	จำนวนและร้อยละของนิสิต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	39
11	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต	42
12	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต	43
13	จำนวนและร้อยละของแก่นำนินสิต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	44
14	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแก่นำนินสิต	45
15	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแก่นำนินสิต	46
16	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	48
17	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแก่นำนินสิต ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม	51

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงความเชื่อมโยงในกรอบแนวคิดของการวิจัย.....	3

บทนำ

ผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และทางการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น รวมทั้งการมีประชากรวัยเด็กลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะประชากรสูงอายุ (Aging population) หรือภาวะโลกของผู้สูงอายุตามมา ซึ่งในปัจจุบันผู้สูงอายุปัจจุบันประเทศไทย เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) อย่างเต็มตัวแล้ว โดยแสดงจากข้อมูลสถิติประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศไทย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.07 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2559) และจากการคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยของ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) พบว่า อัตราส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2583 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.6 และ 32.1 ตามลำดับ ซึ่งถ้าพิจารณาตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ ที่กำหนดให้ประเทศใดที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดแสดงว่า ประเทศนั้นเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ดังนั้น ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงต้องให้ความสำคัญในสถานการณ์นี้ เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุนั้นเป็นช่วงของชีวิตที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีแนวโน้มไปในทางที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงอาจผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น

ปัจจุบันรัฐบาลได้กำหนดให้มีการเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ และเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ไว้แล้ว และการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจำเป็นต้องให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจึงมุ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงเพียงพอ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองโดยไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง (Touhy & Jett, 2012)

อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วน และจะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะในเชิงรุก มีการประสานงานการบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนี้ ยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบ และสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับการสาธารณสุขมูลฐาน การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาระบบบริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กันไป จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังแต่อย่างใด (Miller, 2012)

การวางแผนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุควรเน้นครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่จะช่วยเกื้อหนุน และดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคมและเป็นศูนย์กลางการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมักอาศัยอยู่กับครอบครัว ผู้สูงอายุในครอบครัวจึงเป็นทั้งผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน จากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เป็นไปได้ดี นอกจากนี้การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และชุมชน (Family and Community Health Leader) ยังมีความเหมาะสม และมีประสิทธิผล สูงสุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน (Holden et al., 2016) โดยมีเป้าหมาย ที่สำคัญ คือ 1) บุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ และมี ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัว 2) องค์กรชุมชนและองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในท้องถิ่น และ 3) มีนวัตกรรมที่เหมาะสมในระดับชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพ ภาควิชาสาธารณสุข, 2553)

ในสังคมไทยถือว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญ ที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ก็ต้องการการดูแลและการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งนี้ครอบครัวถือเป็นสถาบันสำคัญที่สุดที่มี บทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ บุคคลในครอบครัวจึงเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับค่านิยมของสังคมไทยเรื่องความกตัญญูทดแทนที่บุตรหลาน สมาชิก ในครอบครัวต้องให้การเลี้ยงดูบิดามารดาของตน ดังนั้น การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากนิสิตเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกครอบครัวที่ต้องให้การดูแลเลี้ยงดูบิดา มารดาของตนเองทั้งในปัจจุบันและในอนาคต นอกจากนี้ ยังต้องมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุในท้องถิ่นของตนเองต่อไป การพัฒนานิสิตโดยการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ เบื้องต้นต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาเจตคติที่ดีในการอยู่ในสังคมสูงวัยให้กับแกนนำ นิสิต จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง คณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี จึงทำการศึกษา วิจัยในศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาแกนนำนิสิตในการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเมือง โดยใช้พื้นที่และ ประชากรในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ผลของการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพกว้างระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

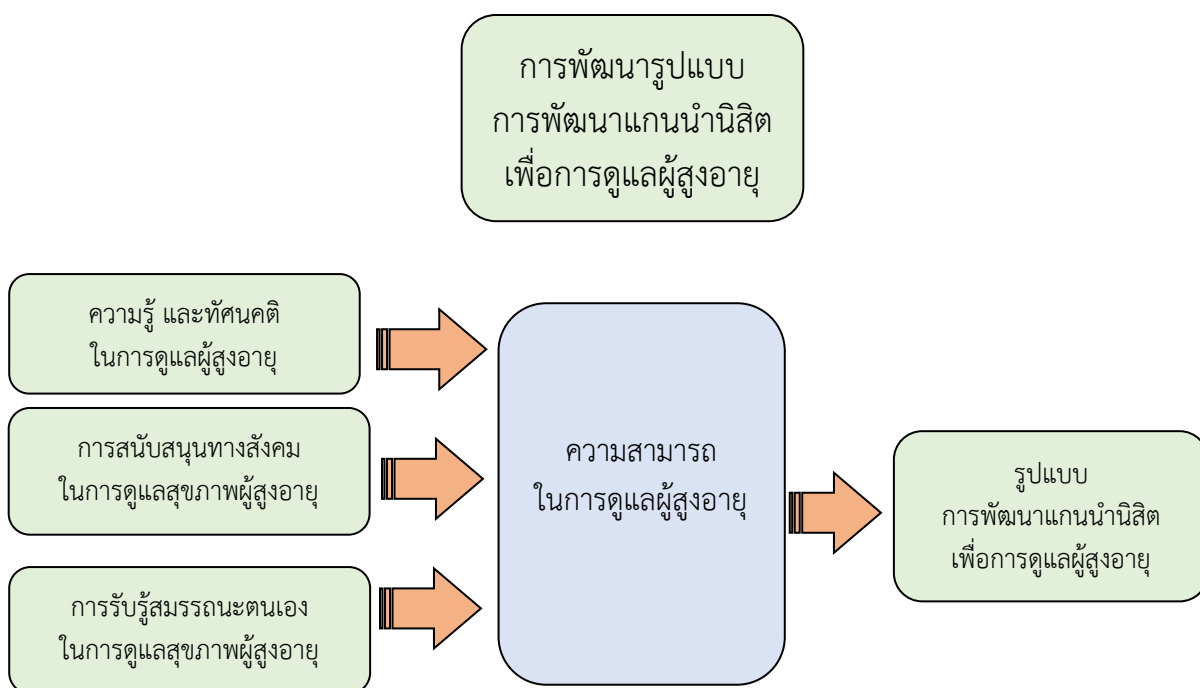
1. เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถของแกนนำ นิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) นิสิตที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอมือ จังหวัดชลบุรี ในปีการศึกษา 2558 ที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากประชากร จำนวน 380 คน 2) แกนนำนิสิตที่กำลังกำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอมือ จังหวัดชลบุรี ในปีการศึกษา 2558 ที่ได้จากการสุ่มแบบง่ายจากแกนนำนิสิต จำนวน 30 คน และ 3) ผู้สูงอายุ ที่ได้มาจากการสุ่มแบบง่าย จากประชากรผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชุมชนต้นแบบเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอมือ จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ด้วยการให้แกนนำนิสิตและผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการวิจัย แสดงความเชื่อมโยงของกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความเชื่อมโยงในกรอบแนวคิดของการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามสังเขปหัวข้อเรื่อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
3. เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ
4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
5. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
6. ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” มีการเรียกขานที่แตกต่างกันทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ในบริบทของประเทศไทยคำกลางที่ใช้เรียกผู้สูงอายุโดยทั่วไป คือ ผู้สูงอายุ สำหรับในต่างประเทศ คำกลาง ๆ ที่ตกลงกันในที่ประชุมขององค์การสหประชาชาติ เพื่อเรียกผู้สูงอายุ คือ Older person คำอื่น ๆ ที่หมายถึง ผู้สูงอายุ ยังมีใช้อีกหลายคำ เช่น Older adult, Elderly, Senior citizen และ The aged เป็นต้น

ความหมายของผู้สูงอายุที่เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศ จากการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ ค.ศ. 1982 (พ.ศ. 2525) ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย นั้น กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยนับตามปีปฏิทิน ซึ่งความหมายนี้เป็นความหมายของผู้สูงอายุที่นิยมใช้ทั่วไป อย่างไรก็ตามการให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุที่กำหนดตามปีปฏิทินอาจมีความแตกต่างกันบ้าง อาทิเช่น บางประเทศในทวีปอเมริกา และยุโรป ซึ่งเป็นประเทศที่มีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูง จึงกำหนดว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2542; Miller, 2012) สำหรับประเทศไทยนั้นมีความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ที่ระบุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 กล่าวคือ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลสัญชาติไทย และมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547) ดังนั้น ประเทศไทยจึงใช้ความหมายนี้ซึ่งมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับ

ประเภทของผู้สูงอายุ

การแบ่งประเภทหรือการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ นั้น มีความหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ เช่น 1) เกณฑ์ตามวัยหรือปีปฏิทิน 2) เกณฑ์ตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย พิจารณาจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น แข็งแรง ทำหน้าที่ได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาใครหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น และ 3) เกณฑ์ตามจิตวิทยา เป็นต้น

การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ ที่นิยมและมักใช้บ่อย ดังนี้

1. การแบ่งประเภทผู้สูงอายุตามวัยหรือปีปฏิทิน (Chronological age)

การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุตามวัยหรือปีปฏิทินนั้นด้วยความตระหนักถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ ถ้าใช้เกณฑ์สากลว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทย จะแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ดังนี้

ผู้สูงอายุตอนต้น (Young-old) คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

ผู้สูงอายุตอนกลาง (Medium-old) คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

ผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-old) คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

2. การแบ่งประเภทผู้สูงอายุเพื่อเป้าหมายของการพยาบาล

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเป้าหมายของการพยาบาล เป็นการแบ่งผู้สูงอายุตามการทำหน้าที่ (Functional age) มุ่งหวังเพื่อเป้าหมายทางการพยาบาล ดังนี้

2.1 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำหน้าที่หรือตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุรูปแบบนี้ใช้ข้อมูลความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional assessment) เป็นเกณฑ์ โดยพิจารณาความสามารถในการทำหน้าที่ หรือการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2 ลักษณะ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living) เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้น และ 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living) เช่น การปรุงอาหาร การทอนเงิน เป็นต้น ซึ่งการใช้เกณฑ์นี้จะแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ดังนี้

กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง

กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือ

กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2.2 การจัดกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกตามความช่วยเหลือที่สังคมจัดให้กับผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม 1 กลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น และสังคมได้

กลุ่ม 2 กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ พึ่งพาตนเองได้บ้าง อาจมีโรคเรื้อรังอยู่ในบ้านทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อออกนอกบ้าน

กลุ่ม 3 กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีการเจ็บป่วย พิการ หรือทุพพลภาพ

3. การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามการมีโรค การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์นี้แบ่งได้ 2 กลุ่ม (Miller, 2012) ดังนี้

กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี (Healthy elderly)

ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ตามความหมายขององค์การอนามัยโรค หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งที่ปราศจากโรค และมีความสามารถในการใช้ร่างกายให้ทำงานได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านสรีระ จิตใจ และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการสูงอายุ (World Health Organization [WHO], 2002)

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถอยู่ได้อย่างอิสระ ไม่มีโรค และไม่ได้รับประทานยาประจำ การเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดีนั้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) มีการทำงานโดยอิสระ 2) มีการจัดการดูแลตนเองในขณะเจ็บป่วย 3) มีมุมมองด้านบวก และ 4) มีการพัฒนาตน และการมีส่วนร่วมทางสังคม (Touhy & Jett, 2012)

กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุเปราะบาง (Frail elderly; Frailty in elderly)

ผู้สูงอายุเปราะบาง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน และมักต้องได้รับการดูแลในหน่วยดูแลต่าง ๆ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถอยู่อย่างอิสระได้ อาจไม่ได้มีโรคตามระบบต่าง ๆ แต่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจพบความผิดปกติบางอย่าง อาจได้รับยาประจำภาวะต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบาง ประกอบด้วย โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ข้ออักเสบ กระดูกพรุน หรือมีภาวะกระดูกหัก และอาจมีความบกพร่องทางจิต ด้วยเกณฑ์ในการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุเปราะบางโดยใช้กลุ่มอาการ ดังนี้

1. น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่ทราบสาเหตุ โดยลดมากกว่า 10 ปอนด์ (4.53 กิโลกรัม)

ในระยะเวลา 1 ปี

2. มีความรู้สึท้อแท้

3. กล้ามเนื้ออ่อนแรง (เมื่อวัดโดยการกำมือ)

4. เดินช้าลง

5. กิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ

ซึ่งจะจัดว่าเป็นผู้สูงอายุเปราะบางนั้นต้องมีกลุ่มอาการที่แสดงออกตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป

ใน 5 ข้อ ดังกล่าว

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศไทยมากขึ้นทุกขณะ เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุขัยยืนยาวขึ้น จำนวนผู้สูงอายุจึงเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จากภาวะนี้ทำให้หลายประเทศในโลก รวมทั้งประเทศไทยมีการเตรียมการเพื่อรองรับและให้การดูแลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่อโครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วย่อมมีผลกระทบเกิดขึ้น ทั้งต่อผู้สูงอายุ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

ภาวะพึ่งพิง (Dependency) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) มีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม รวมทั้งการถดถอยของการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากการมีอายุยืนยาวขึ้นร่างกายจะมีการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งอาจเป็นผลจากการดำเนินวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมในช่วงชีวิตที่ผ่านมา มีปัญหา

ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ประเพณีวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีพทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะยากจน รวมทั้งมีแนวโน้มต้องอยู่ตามลำพัง และมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

จากรายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง จำนวน 140,000 คน แบ่งเป็น เพศชาย 60,000 คน และเพศหญิง 80,000 คน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่า หรือ 280,000 คน ในปี พ.ศ. 2567 ในขณะที่ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมือง และการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกร้านของสตรี ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลสูงถึงร้อยละ 13 ในกลุ่มเดียวกัน ส่งผลกระทบต่อการบริการแก่รับของคนวัยทำงานที่มีสัดส่วนลดลง เนื่องจากคนหนุ่มสาวมีอัตราการเพิ่มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุ 1 คน มีคนวัยแรงงานดูแล 6.4 คน แต่คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 ผู้สูงอายุ 1 คน จะมีคนวัยแรงงานดูแลเพียง 2 คน เท่านั้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

2. ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเกือบทุกรายมีปัญหาทางสุขภาพเนื่องจากความเสื่อมถอยตามวัย ร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และเมื่อมีอายุ 75 ปี จะมีการเจ็บป่วยอย่างน้อย 3 โรค ข้อมูลรายงานการสำรวจผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อัมพาต / อัมพฤกษ์ หลอดเลือดในสมอง และมะเร็ง (สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, 2551) จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 41 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเสื่อม ส่วนปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 58) รองลงมา คือ ปัญหาการได้ยินหรือการสื่อความหมาย (ร้อยละ 24) ด้านการมองเห็น (ร้อยละ 19) (วีชีรี ด่านกุล, ปัมพร สุคนธมาน, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, รักชนก คชานุกูล และปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558) ส่วนข้อมูลจากการศึกษาในเขตภาคตะวันออก พบว่า ผู้สูงอายุ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคหลอดเลือดสมอง (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, วารี กังใจ, คณิสร์ แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์, 2547)

จากข้อมูลนี้จะเห็นว่า ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทยไม่ต่างจากสถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 โรค และร้อยละ 50 พบว่า มีอย่างน้อย 2 โรค ซึ่งโรคที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ และการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อเสื่อม โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ต้อเนื้อ ความบกพร่องด้านการได้ยิน และการทรงตัว (Miller, 2012)

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจึงมีความสัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบสูงขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอัตราการครองเตียงสูงถึงร้อยละ 30 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีการรักษาเพื่อยืดชีวิตมากขึ้น ส่วนหนึ่งมีความพิการหลงเหลือ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และการพึ่งพิงสูงขึ้น และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุจะมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลอย่างองค์รวม ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องปรับตัวต่อวิถี

การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ภายใต้สภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ให้มากที่สุด และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป พบว่า 9 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดสมองอุดตัน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดบวม เบาหวานอุบัติเหตุ โรค Alzheimer กลุ่มอาการโรคไต และโลหิตเป็นพิษ (Eliopoulos, 2014) ซึ่งไม่ต่างจากการตายของผู้สูงอายุไทย นอกจากปัญหาสุขภาพกายแล้วยังพบได้ว่า ผู้สูงอายุมียังมีสุขภาพจิตด้วย ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะความซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นยังมีภาวะความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

3. สังคมและเศรษฐกิจของประชากรสูงอายุ

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 ที่มีคู่สมรส และประมาณร้อยละ 29 เป็นหม้าย เนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต แต่สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เคยสมรส และหย่าหรือแยกกันอยู่มีน้อย มีประมาณร้อยละ 4 และร้อยละ 1.7 ตามลำดับ และจากการสำรวจประชากรสูงอายุใน ปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 ยังแสดงให้เห็นว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุทั้งชาย และหญิงที่เป็นโสดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) และที่เห็นได้ชัด คือ ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโสดมากกว่าเพศชาย การเป็นโสดเพิ่มขึ้นนี้ ย่อมหมายความว่า ประชากรกลุ่มนี้จะไม่มีโอกาสได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรสหรือบุตรในยาม บั้นปลายของชีวิต ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจึงมีแนวโน้มที่จะมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจน สุขภาพ ร่างกาย และจิตใจที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพอื่น ๆ

ด้านรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตมาก ดังผลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 สะท้อนให้เห็นว่า ขนาดครัวเรือนของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยจาก 3.75 คน เหลือ 3.63 คน และปัจจุบันเหลือเพียง 3 คน สถานการณ์การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่เป็นประเด็นท้าทาย คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีสัดส่วนสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2545 มีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว ร้อยละ 6 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 16 ในปี พ.ศ.2557 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวได้เพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 9 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกลุ่มนี้จึงน่าจะเป็นเป้าหมายของการจัดระบบการดูแลและเฝ้าระวัง (วิชรี ด่านกุล และคณะ, 2558)

ด้านรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงต้องทำงานหารายได้ จากการสำรวจผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า แหล่งหลักของรายได้ของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ บุตร (ร้อยละ 40.1) การทำงาน (ร้อยละ 35.1) และเบี้ยยังชีพจากราชการ (ร้อยละ 11.4) เพื่อใช้ในการดำรงชีวิต (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และชลธิชา อัครนิรันดร์, 2555)

จากสถานการณ์ต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น รัฐจึงต้องให้ความสนใจในการวางแผน และดำเนินนโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ การจัดสวัสดิการ ระบบบริการ สุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เพื่อรองรับปัญหา และความต้องการการดูแล บุคลากรสุขภาพ ต้องให้ความสนใจ และเตรียมความพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการดูแล ทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตอย่างองค์รวมที่ดี เนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วยหรือการตาย ในผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ เป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสม ถ้าหากประชาชนได้รับการส่งเสริมให้ตระหนักในความสำคัญของการป้องกัน และ

ส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง รวมทั้งตระหนักถึงการชะลอความสูงอายุซึ่งสามารถปฏิบัติด้วยตนเอง ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ น่าจะทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิตได้ และดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น ดังนั้น การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนับว่าเป็นภารกิจที่สำคัญสำหรับครอบครัว ชุมชนและสังคม ครอบครัวต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ ตลอดจนมีเจตคติที่เหมาะสมต่อความมีอายุ เพื่อช่วยให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่าและเหมาะสม ความรู้ในการดูแลและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องทำความเข้าใจ รวมทั้งครอบครัวต้องตระหนักถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการสนับสนุนผู้สูงอายุ การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรถือเป็นภารกิจของครอบครัว ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่พึงามในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามากที่สุด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนะวิชัย และธนิกานต์ ศักดาพร, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2556) ที่ได้อธิบายว่า ครอบครัว และคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิด และสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ คำนึงความกตัญญูกตเวทิตูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพรัก เยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา และมีความสุขได้ระดับหนึ่ง ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 ด้าน ดังนี้

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทากิจวัตรประจำวันครบคลุมทุกอย่างทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การแต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว เคลื่อนที่ภายในบ้าน และการใช้ห้องน้ำห้องส้วม ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล เนื่องจากมีภาระต้องประกอบอาชีพ การทำภาระกิจส่วนตัว การดูแลผู้สูงอายุช่วงเวลากลางคืน
2. บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น อาหาร ค่าน้ำค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล ค่าวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ
3. บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ คือ จัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว
4. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือ ประณินบัติ ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยามเจ็บป่วย รวมไปถึงเยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ
5. บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบ ๆ บ้าน จัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่า บางบ้านก็ยังมี

การจัดบรรยากาศ สถานที่ และจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ อาทิ ความสะอาด ฝุ่นละออง และแม้ว่าสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังมีบางครอบครัวที่มีระบบการดูแลที่ดี โดยพบว่า ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม การดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง ของผู้ดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

ในปัจจุบันมีแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2556) หรือเรียกว่า การดูแลผู้สูงอายุ โดยการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็ง และการสนับสนุนจากท้องถิ่น และชุมชน การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและผู้ดูแล การมีนโยบายชุมชนเข้มแข็ง และการจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับในช่วงเวลาระยะหลังที่ได้มีแนวคิดกระจายงานด้านต่าง ๆ ให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุด เช่น การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ที่เน้นดำเนินงาน 4 ประเด็น คือ สร้างรูปแบบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตผู้สูงอายุ จัดระบบบริการแก้ไขปัญหาโรคตา ฟันพุ่มรรถภาพผู้สูงอายุที่ป่วย และให้บริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยชุมชนเป็นเจ้าภาพแก้ไข ปัญหาแบบบูรณาการพร้อมกัน ในบางชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลที่ดีด้วย ได้แก่ ชุมชนเข้มแข็งและมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคมการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลในชุมชน โดยกลวิธีการจัดการของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย มีบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ และมีการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ซึ่งจำแนกได้ 3 ด้าน ดังนี้

1. บริการด้านสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยพยาบาลร่วมกับ อสส./ อสม. ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการคัดกรองโรค ควบคุมอาการของโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการให้บริการเชิงรุก เช่น วัดความดันโลหิต เจาะเลือดตรวจน้ำตาล และจัดนำยาที่ใช้ในรักษาโรคไปให้ที่บ้าน เป็นต้น
2. บริการด้านสังคม โดยมี อสส./ อสม. เป็นบุคลากรที่สำคัญในการประสานการดูแลด้านปัจจัยสี่รวมทั้งช่วยเหลือเมื่อเสียชีวิต และประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อนประสานขอการสนับสนุนปัจจัยต่างๆจากองค์กรภาครัฐและเอกชน
3. การเข้าถึงบริการ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว/ ศูนย์บริการสาธารณสุข การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุโดยความร่วมมือของ อสส./ อสม. ในการสำรวจข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างทั่วถึงและบูรณาการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม

รูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์การเพิ่มสัดส่วนผู้สูงอายุ จนเข้าสู่ภาวะประชากร หรือโลกของผู้สูงอายุ มีผลให้ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุมีมากขึ้นซึ่งเป็นความต้องการดูแล ต่อเนื่อง และการดูแล

ระยะยาว เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ชะลอความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย และการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นการจัดบริการทั้งด้านสุขภาพ และสังคม ที่ต่อเนื่อง และเชื่อมโยงระหว่างการดูแลในครอบครัว ชุมชน และสถาบัน เพื่อทดแทนความต้องการ พื้นฐานของผู้สูงอายุที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หน่วยงานเกี่ยวข้องจึงต้องให้ความสำคัญ เตรียมการเพื่อรองรับปัญหาต่าง ๆ และความต้องการการดูแล ดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐ หรือเอกชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ต้องเข้ามา มีบทบาทมากขึ้น เพื่อพัฒนาระบบบริการและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ให้มีความชัดเจน และมีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การบริการในสถาบันหรือสถานบริการสุขภาพ (Institution care) การดูแลในสถาบัน ที่พบได้ คือ สถานพยาบาล (Nursing home) เป็นการบริการที่ให้การพยาบาล บริการดูแลสุขภาพ ห้องพัก และบริการด้านอาหาร โดยที่สถานพยาบาลต้องมีผู้ให้บริการที่มีความรู้ความสามารถในการ ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่สถานพยาบาลจะเป็นการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันที่ต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลา ยาวนาน

2. รูปแบบบริการชุมชน การบริการที่จัดอยู่ในรูปแบบบริการชุมชน ได้แก่ การบริการ สุขภาพที่บ้าน การดูแลช่วงกลางวัน และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต การบริการดังกล่าว อาศัยแนวคิดของระบบการดูแลระยะยาว ระบบการดูแลที่บ้าน การดูแลในชุมชน และแนวคิด การดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. รูปแบบการบริการที่ไม่เป็นทางการ ผู้ให้บริการในรูปแบบนี้ คือ เพื่อน ครอบครัว หรือองค์กรเครือข่ายในชุมชน

ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการทางสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล สถานเอนามัย มีการจัดบริการสุขภาพ ดังนี้

1. จัดบริการให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก เช่น จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ดัดแปลงบริการแบบ “ช่องทางด่วน” สำหรับผู้สูงอายุให้เหมาะกับบริบทของแต่ละสถานบริการ จัดจุดบริการแบบเบ็ดเสร็จ (One stop services)

2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย จัดห้องน้ำให้มีราวยึดเกาะ โถส้วมแบบนั่งห้อยขา ทางลาด จัดบริการที่ห้องชั้นล่างของอาคารเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้บันได

3. สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ด้วยการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ ที่ป่วยกลับบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสานกับหน่วยงานบริการสุขภาพท้องถิ่นใกล้บ้านผู้สูงอายุ ให้รับผิดชอบเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ/ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1. บริการเชิงรุกโดยจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และมีความลำบากในการมาใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้งาน มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

2.1 จัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมค่านิยมความกตัญญู และหน้าที่ของครอบครัว

ในการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ด้านความรู้และทักษะในการดูแลอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล ดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมประจำวัน ให้การดูแลสุขภาพผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ การเขียนโครงการของงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุจากกองทุนผู้สูงอายุ สนับสนุนวัดที่มีศักยภาพในการเปิดศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางกายประสานงานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำโครงการด้านการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดรถบริการรับส่งผู้สูงอายุ เมื่อต้องไปโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบระบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ในการจัดระบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จะหมายถึง การจัดสวัสดิการทางสังคม (Social welfare) ซึ่งเป็นการจัดบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นเนื่องจากการที่ประชาชนไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้หรือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับระบบของสังคม และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ และต้องเป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ และความมั่นคงทางสังคมในระดับมาตรฐาน ปัจจุบันการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และตามแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ด้วย เป้าหมายของการจัดระบบสวัสดิการที่สำคัญคือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความผาสุกและสุขภาพ

บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ปรากฏในประเทศไทย เป็นทั้งบริการของภาครัฐ และภาคเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น บริการด้านสุขภาพอนามัย บริการด้านการศึกษา บริการด้านที่อยู่อาศัย เป็นต้น

1. บริการด้านสุขภาพอนามัย เป็นรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมด้านการสาธารณสุข การป้องกันแก้ไข และฟื้นฟูสภาพ สำหรับด้านการให้บริการรักษาพยาบาล อาจแบ่งระบบบริการตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เน้นบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เช่น จัดสถานที่สำหรับออกกำลังกาย สถานบริการเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ควรเริ่มการรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนและควรจัดระบบบริการด้านการฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะสุดท้ายไว้ตามความต้องการ

2. บริการด้านการศึกษา เป็นบริการการศึกษาจากภาครัฐ ซึ่งครอบคลุมทั้งการศึกษาในโรงเรียน และการศึกษานอกโรงเรียน ปัจจุบันกระทรวงศึกษาธิการมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ด้านการศึกษานอกโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย สำหรับภาคประชาชนมีการจัดตั้งศูนย์ศึกษากสิกรรมธรรมชาติสระแก้ว ที่เปิดการอบรมการทำเกษตรภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ ให้ได้แลกเปลี่ยนภูมิปัญญาท้องถิ่น และผู้เข้าอบรมที่เป็นผู้สูงอายุ สามารถนำความรู้และประสบการณ์ ไปสร้างอาชีพได้

3. บริการด้านที่อยู่อาศัย เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ลำดับการส่งเสริมลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ 5 ระดับที่ควรสนับสนุน ได้แก่ ระดับแรก การอยู่อาศัยกับครอบครัวที่มีบุตรหลาน ระดับที่สอง การอยู่อาศัยกับครอบครัวตามลำพัง โดยมีบุตรหลานเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ ระดับที่สาม การอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับบุตรหลานที่ยังบรรลุนิติภาวะ โดยมีอาสาสมัครหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ ระดับที่สี่ การอยู่สถานสงเคราะห์เอกชน และระดับที่ห้า การอยู่สถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือใช้บริการศูนย์เนกประสงค์ การบริการสังคมด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรา ดังรายละเอียดในหัวข้อ การดูแลผู้สูงอายุโดยสถาบัน

4. บริการด้านการประกอบอาชีพ เป็นบริการเพื่อส่งเสริมการมีงานทำ คุ้มครองการทำงาน การมีรายได้รวมทั้งการประกันสังคม ผู้สูงอายุไทยมากกว่า 1 ใน 3 ยังคงทำงานอยู่ ส่วนมากเป็นเพศชาย และมากกว่าครึ่งทำงานภาคเกษตรกรรม การส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุ ควรเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยไม่ควรเน้นการหารายได้อย่างเดียว สำหรับหลักประกันด้านรายได้นั้นประเทศไทย มีระบบการออมเพื่อชราภาพ ซึ่งเป็นระบบการออมแบบผูกพันระยะยาว นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 โดยกองทุนการออมแห่งชาติ ซึ่งเป็นระบบบำนาญเพื่อแรงงานนอกระบบ เป็นการออมเพื่อการชราภาพให้มีรายได้ขั้นต่ำรายเดือนเมื่อเกษียณอายุงาน หรือตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ ในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุนั้น มีรูปแบบของการให้บริการตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. บริการทางสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา (Group home) เป็นบริการทางเลือกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยวได้อยู่ร่วมกับผู้อื่น มีสังคม เพื่อน และมีบริการด้านที่พักอาศัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มขนาดเล็กตั้งแต่ 4-16 คน โดยผู้สูงอายุจะต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ และสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ก็จะมีบริการเฉพาะบุคคล โดยการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม เน้นให้กลุ่มผู้สูงอายุดูแลและช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ตามความสามารถของแต่ละคน เป็นบริการทางเลือกที่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่า และมีบริการเฉพาะเท่าที่จำเป็นต่อความต้องการที่สำคัญ สามารถกระจายการให้บริการได้อย่างกว้างขวาง แม้แต่ในชุมชนที่มีขนาดเล็ก และอยู่ห่างไกล เนื่องจากต้นทุนในการดำเนินงานค่อนข้างถูก และสามารถดำเนินการได้โดยรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กรสาธารณประโยชน์ โบสถ์ ภาครัฐกิจ และองค์กรภาคประชาชน ในชุมชน แต่ต้องมีหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ในการกำกับ ดูแลเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน

2. การจัดบริการสังคมแบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care) การจัดบริการสังคมแบบบริการดูแลที่บ้าน โดยทั่วไปจะใช้แนวคิดการจัดบริการ และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนเป็นหลักสำคัญในการทำงานโดยจะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของคนพิการ ผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและสังคม ซึ่งมีเป้าหมายให้ได้รับการฟื้นฟูในด้านต่าง ๆ เช่น การรักษาพยาบาล การศึกษา การฝึกงาน อาชีพ มีงานทำ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ การจัดทำบริการต่าง ๆ ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคล 3 ส่วน คือ 1) ผู้สูงอายุ

2) ชุมชน ครอบครัว เพื่อนบ้าน และ 3) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยบุคคลทั้ง 3 กลุ่มจะต้องมีความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรม การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีกำลังใจ ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายมีความเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ๆ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รับผิดชอบวางแผนการดำเนินงาน และประสานด้านนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข

1.1 จัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ และตามพรบ. ผู้สูงอายุ และกำหนดให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในทุกโรงพยาบาลเพื่อเป็นหน่วยให้บริการทางสุขภาพโดยตรงแก่ผู้สูงอายุ

1.2 กระทรวงสาธารณสุขได้ ทั้งในด้านการบำบัดรักษา และการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพ หรือจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการเชิงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานอื่น นับเป็นหน่วยงานหลักที่จัดสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และมีการพัฒนาที่มีขอบข่ายงานกว้างขึ้น นอกจากบริการสถานสงเคราะห์คนชรา

3. สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่ง จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนันทนาการ และกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมของไทย เพื่อสร้างเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่โดยหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน เช่น การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะปกติ โดยเน้นกิจการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น การให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และในปัจจุบันกำลังดำเนินการ ส่งเสริมให้จัดเป็นคลินิกบำบัดทางการแพทย์ที่พยาบาลสามารถให้การดูแลได้ ซึ่งอาจเป็นทั้งกิจการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว

4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหลายแห่งที่มีการกำหนดนโยบายชัดเจน ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพ การอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการต่าง ๆ และบางแห่งพยายามที่จะจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ ที่เป็นระบบมากขึ้น รวมทั้งรัฐบาลปัจจุบัน ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น จึงกำหนดให้มีการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกราย

5. องค์กรเอกชน สวัสดิการและบริการทางสุขภาพ ได้มีการจัดให้มีขึ้นในหน่วยงานภาคเอกชนมากขึ้น เช่น บ้านสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ การจัดบริการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นต้น

6. องค์กรชุมชน หรือภาคประชาชน เช่น สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ฯ กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ฯ สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์ สมาคม หรือมูลนิธิ เพื่อผู้สูงอายุทำให้เกิดการรวมตัวของผู้สูงอายุเกิดกลุ่มที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

สำหรับโรงพยาบาลที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นมีหลายระดับตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก เช่น มีช่องทางด่วนสำหรับให้บริการผู้สูงอายุหรือจุดบริการแบบเบ็ดเสร็จ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยในสถานบริการผู้สูงอายุ เช่น มีราวจับในห้องน้ำ มีทางลาด เป็นต้น รวมทั้งสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตลอดจนให้การตรวจรักษา ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วยส่วนสถานพยาบาลเอกชน เช่น โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 โรงพยาบาลโกลเด้นเวิลด์ เป็นต้น รวมทั้งสถานรับดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ ที่เปิดให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติแต่มีความต้องการ การดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น ซึ่งการบริการมีทั้งแบบนอนค้างคืนและรายวัน

การดูแลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่สำคัญตามหลัก 5 อ. ประกอบด้วย 1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) อารมณ์ 4) อโรคยา และ 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม มีรายละเอียด ดังนี้

อาหาร

ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารเพื่อสุขภาพตามความต้องการของร่างกาย แต่พบว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านโภชนาการหรือภาวะทุพโภชนาการเกิดขึ้น ภาวะทุพโภชนาการที่พบได้แก่ ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) และภาวะขาดสารอาหาร (Under-nutrition) ภาวะโภชนาการเกิน มักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคความดันโลหิตสูง สิ่งที่มีบทบาทในโรคกลุ่มนี้ ได้แก่ พลังงาน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน ปัญหาการใช้วิตามินเสริมในขนาดสูง เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดพิษจากการได้รับวิตามินเกินขนาดได้ วิตามินที่ผู้สูงอายุนิยมใช้กันมาก ได้แก่ วิตามินอี วิตามินซี วิตามิน บีรวม และวิตามินควบเกลือแร่ ซึ่งวิตามินเหล่านี้เรามักพบว่า มีการโฆษณาเผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ มากมาย และผลิตออกมาในหลายรูปแบบด้วยกันเพื่อดึงดูดความสนใจจากกลุ่มผู้นิยมใช้

1. พลังงานและสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับผลของการเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุหรือสภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุจะเกิดขึ้นกับทุกคนเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะเกิดในอัตราที่แตกต่างกัน และอัตราการเปลี่ยนแปลงยังได้รับอิทธิพลจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยจะมีความต้องการสารอาหารมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องการสารอาหารเพื่อดำรงสุขภาพ และป้องกันโรคเท่านั้นได้มีการกำหนดปริมาณสารอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับประจำวันไว้เพื่อใช้เป็นเกณฑ์หรือแนวทางเพื่อดูความพอเพียงของสูตรอาหารที่ควรได้รับ ปริมาณพลังงาน และสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.1 พลังงาน ตามแนวทางของ กองโภชนาการ กรมอนามัย (2552) ได้กำหนด

ความต้องการพลังงานจากสารอาหารประจำวันสำหรับผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบกิจกรรมประจำวันหนักปานกลางควรได้รับคือ ผู้สูงอายุชาย ควรได้รับพลังงานจากอาหารวันละ 2,250 แคลอรี ผู้สูงอายุหญิง

1,850 แคลอรี และอาจปรับไปตามภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคล

1.2 โปรตีน ความต้องการโปรตีนในวัยสูงอายุไม่ได้ลดลงกว่าวัยหนุ่มสาว ถึงแม้ว่าองค์ประกอบโปรตีนของร่างกายจะลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการย่อย และดูดซึมโปรตีนในผู้สูงอายุลดลง จึงยังต้องการโปรตีนเท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ควรได้รับโปรตีนประมาณ 0.9-1.1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (WHO, 2002) หรือประมาณ 12-15 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานทั้งหมด และควรเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูง เช่น นม ไข่ ปลา เป็นต้น เพื่อให้ได้กรดอะมิโนที่จำเป็น ขณะเดียวกันการรับประทานโปรตีนก็ไม่ควรมากเกินไปเพราะเมื่อร่างกายเผาผลาญไม่หมดก็จะสะสมในรูปไขมันทำให้อ้วน และตับไตต้องทำงานหนักเพื่อขับยูเรียมากขึ้น

1.3 คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมด จากอาหาร (WHO, 2002) คำแนะนำในการเลือกบริโภคอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ ให้เพิ่มสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) เช่น ข้าว ข้าวโพด ธัญพืช ขนมปัง เป็นต้น มากกว่าน้ำตาลเชิงเดี่ยว (Simple sugar) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุควรจำกัดการรับประทานน้ำตาลทราย และน้ำตาลผลไม้จากผลไม้ที่มีรสหวานจัด ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) ลดลงกว่าในวัยหนุ่มสาว และมีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมากขึ้นตามอายุ นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีใยอาหาร (Dietary fiber) ซึ่งมีมากในผักและผลไม้ ใยอาหารเป็นคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ย่อย ช่วยเพิ่มการขับถ่าย ซึ่งจะลดปัญหาท้องผูก อันเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และพบว่า ใยอาหารยังช่วยป้องกันโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ใยอาหารที่ละลายน้ำ ซึ่งมีมากในผลไม้ เช่น ฝรั่ง ยังช่วยชะลอการดูดซึมกลูโคส และโคเลสเตอรอลได้

1.4 ไขมัน ผู้สูงอายุควรได้รับประทานไขมันลดลง เนื่องจากมีความต้องการพลังงานลดลง ปริมาณไขมันที่ผู้สูงอายุบริโภคไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด (WHO, 2002) ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยไขมันที่มีกรดไลโอเลอิกสูง ไขมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิก เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลง ไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน

1.5 วิตามิน วิตามินมีบทบาทสำคัญในการควบคุมเมตาบอลิซึมในร่างกาย และร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ขึ้นเองได้ จึงควรมีการเสริมวิตามินให้ผู้สูงอายุ วิตามินที่มักพบว่า ขาดในผู้สูงอายุ คือ วิตามินบี 12 ซึ่งกำหนดไว้ให้ผู้สูงอายุควรได้รับวิตามินบี 12 วันละ 2 ไมโครกรัม ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับจากอาหารทะเล เนื้อสัตว์ นม ไข่ ส่วนวิตามินที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี วิตามินเค วิตามินซี วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง วิตามินบีหก และโฟเลต

1.6 น้ำ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำ และของเหลวที่เหมาะสมอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 30 ซีซี (มิลลิลิตร) ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือไม่ควรต่ำกว่า 1,500 ซีซีต่อวัน (WHO, 2002)

2. หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย คือ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ให้น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

2.2 รับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง โดยแบ่งเป็น 4-5 มื้อ

- 2.3 ลักษณะอาหารต้องอ่อนนุ่ม เปื่อย ยุ่ย สะดวกต่อการเคี้ยวและย่อยง่าย
- 2.4 ควรรับประทานอาหารที่สุกใหม่ ๆ
- 2.5 ไม่ควรรับประทานอาหารรสจัด หรือของหมักดอง
- 2.6 ควรรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ เป็นประจำจะช่วยให้ท้องไม่ผูก
- 2.7 งดดื่มชา กาแฟและสุรา เพราะจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย
- 2.8 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่าย

สะดวกขึ้น

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การออกกำลังกายหรือการบริหารเฉพาะส่วน เช่น การบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ในกรณีที่มีผู้สูงอายุมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม การบริหารข้อไหล่ในผู้สูงอายุที่ไหล่ติด เป็นต้น
2. การออกกำลังกายโดยทั่วไปเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหรือนันทนาการ ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิต และเพื่อผ่อนคลาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหรือการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic exercise) หมายถึง การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัว และคลายตัวสลับกันอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่กำหนด การออกกำลังกายแบบแอโรบิกนี้มีประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันได้ ตัวอย่างการออกกำลังกายแบบนี้ได้แก่ การวิ่งเหยาะ การเดินเร็ว ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก หรือการใช้อุปกรณ์บางอย่างช่วย เช่น การเดินบนสายพาน ขี่จักรยานอยู่กับที่ เป็นต้น หลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ควรพิจารณาความหนักของการออกกำลังกาย โดยอาจจะเริ่มออกกำลังกายที่ความหนัก ร้อยละ 55 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด และไม่ควรเกินร้อยละ 80 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสมรรถภาพทางกายจากแพทย์ก่อนเริ่มต้นการออกกำลังกาย

ข้อพึงปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

1. ประเมินสภาพร่างกายก่อนเริ่มออกกำลังกาย โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบการหายใจ
2. ควรอบอุ่นร่างกายก่อนเสมอโดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ก่อนการออกกำลังกาย
3. ควรออกกำลังกายอย่างช้า ๆ เรื่อย ๆ จัดให้มีระยะพักระหว่างการออกกำลังกายตามสมควร
4. ไม่ควรออกกำลังกายที่หนักหรือเบาเกินไป
5. ควรหยุดหรือลดการออกกำลังกายเมื่อเริ่มรู้สึกเหนื่อย
6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ
7. เสื้อผ้า (ชุด) ที่สวมใส่สำหรับการออกกำลังกายควรเป็นชุดที่รัดกุมไม่รุ่มร่าม ไม่คับหรือหลวมเกินไป รองเท้าใส่พอเหมาะกับเท้าพอดี ระบายความร้อนได้ดี ไม่ทิ้งขุยผ้าที่จะก่อให้เกิดการ หก ล้มได้ง่าย

หากผู้สูงอายุมีอาการแสดงอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้ให้หยุดการออกกำลังกายแล้วปรึกษาแพทย์

1. หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ
2. เจ็บที่บริเวณหัวใจ ปวดแน่นบริเวณลิ้นปี่
3. หายใจไม่อิ่ม รู้สึกเหนื่อย
4. วิงเวียนศีรษะ ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้
5. เหงื่อออกมาก ตัวเย็น
6. รู้สึกหวั่นไหวอย่างทันที โดยหาสาเหตุไม่ได้
7. มีอาการอ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต บริเวณหน้า แขนขา อย่างกะทันหัน
8. มีอาการปวดไม่ชัด หรือปวดตะกุกตะกัก
9. มีอาการตามัว
10. หัวใจเต้นแรง แม้จะหยุดพักประมาณ 10 วินาทีแล้วก็ตาม

อารมณ์

อารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อร่างกาย อารมณ์ดีส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น เมื่อมีความสุข ร่างกายจะหลั่งสารสุขที่ส่งผลให้ร่างกายมีความตื่นตัว กระชุ่มกระชวย ผ่อนคลายการทำงานของสมองจะดี หายป่วยเร็วขึ้น อายุยืนมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าอารมณ์ไม่ดีจะส่งผลทำลายสุขภาพทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง กินอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ก้าวร้าว ความดันโลหิตสูง ดังนั้น การรู้จักควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม มีผลต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจทำให้การดำรงชีวิตประจำวันมีความสุข

1. การควบคุมอารมณ์และผ่อนคลายความเครียด

1.1 การออกกำลังกาย จะทำให้ร่างกายและจิตใจดีขึ้น เพราะการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มระดับออกซิเจนในสมอง ร่างกายจะหลั่งสารเอนโดรฟิน ช่วยทำให้รู้สึกสดชื่นมากขึ้น

1.2 การทำสมาธิ คือ การที่หัวใจให้ตั้งมั่น สงบนิ่ง ซึ่งจะทำให้ใจสบาย คลายทุกข์ อารมณ์แจ่มใส และเป็นวิธีบำบัดที่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต จิตที่สงบจะมีผลฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ดีขึ้น ซึ่งการทำสมาธิสามารถทำได้ในทุกอิริยาบถ ไม่ว่าจะอยู่ในท่านั่ง นอน ยืน หรือเดิน อาจทำโดยการกำหนดนับลมหายใจ และมีสติอยู่กับลมหายใจเข้าและออก

1.3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เริ่มทำโดยจัดตนเองให้อยู่ในท่าที่สุขสบายอาจเป็นท่านอนหรือท่านั่งเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและศีรษะ มีที่วางแขน หลังจากนั้นจึงค่อย ๆ หลับตาลง และเริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนอย่างช้า ๆ โดยเริ่มจากแขนซ้ายให้ค่อย ๆ ทิ้งน้ำหนักแขนซ้ายลง ทิ้งน้ำหนักแขนขวา ขาขวา ขาซ้าย ลำตัว ลำคอ ใบหน้า และศีรษะอย่างช้า ๆ จนอวัยวะทุกส่วนถูกผ่อนคลายจนหมด

1.4 การฝึกการหายใจ การฝึกหายใจช้า ๆ ลึก ๆ เป็นวิธีที่คลายความเครียดอย่างได้ผล โดยการหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ให้เต็มปอดนับ 1-10 กลั้นหายใจ 2-3 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้า ๆ ทำสลับกัน 5-10 ครั้ง วิธีนี้จะช่วยให้ร่างกายได้ออกกาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด ช่วยเพิ่มความแข็งแรงต่อกล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ นอกจากนั้นการหายใจช้า ๆ

ทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อย ช่วยคลายความเครียดได้

1.5 การจินตนาการ เป็นการผ่อนคลายวิธีหนึ่งที่ช่วยให้จิตใจรู้สึกสงบและมีความสุข โดยการหลับตาคิดถึงเรื่องที่มีความสุขหรือสถานที่ที่ชอบ อาจจะใช้การมองภาพสถานที่ที่ชอบ หรือภาพที่มีความสุขแล้วจินตนาการ ซึ่งจะทำให้เกิดการผ่อนคลายความเครียดได้

1.6 การนวด เป็นการช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง และผ่อนคลายความเครียดได้

1.7 การสร้างเสริมอารมณ์ดี โดยการยิ้มกับทุกคน พูดคุยหยอกล้อกับคนใกล้ชิด หรือทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ร้องเพลง วาดรูป เป็นต้น

2. การส่งเสริมภาวะอารมณ์ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุจะสามารถควบคุมภาวะอารมณ์ได้ มีภาวะอารมณ์ที่ดี ควรมีการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ ดังนี้

2.1 การยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุมากขึ้น

2.1.1 ผู้สูงอายุควรอยู่กับลูกหลานอย่างมีศักดิ์ศรี รู้จักโอนอ่อนผ่อนปรน ไปตามความคิดเห็นของผู้ที่ตนอยู่ด้วยตามสมควร ไม่เอาแต่ใจตนเอง หรือจู้จี้จุกจิกมาก สร้างสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน โดยเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

2.1.2 ผู้สูงอายุมีความพอใจและยอมรับความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นเรื่องธรรมดาจะทำให้จิตใจดีขึ้น

2.1.3 ผู้สูงอายุควรมองชีวิตตนเองในทางที่ดี มีความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นที่พึ่งพิงแก่ผู้อ่อนวัย และเป็นผู้มีความดีงามสำหรับเป็นตัวอย่างเตือนใจแก่ลูกหลานตลอดไป

2.2 เมื่อมีความกังวลใจในเรื่องต่าง ๆ เช่น เป็นห่วงลูกหลานจะลำบาก กังวลใจในเรื่องของการเจ็บป่วยตนเอง ควรปรึกษาคนใกล้ชิด เพื่อนบ้าน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ปฏิบัติธรรมะ เป็นต้น

2.3 พยายามหากิจกรรมงานอดิเรกที่ทำแล้วเพลิดเพลินและมีคุณค่าทางจิตใจ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ การเลี้ยงสัตว์เป็นเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เหงาและมีความสุข การปลูกต้นไม้ เป็นการที่ได้เฝ้าดูความเจริญเติบโตของต้นไม้จัดเป็นความเพลิดเพลินและเป็นความสุขอย่างหนึ่ง และถ้าต้นไม้ นั้นให้ดอกผลด้วยแล้วก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น เพราะเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถทำได้ และรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าที่ทำงานประสบผลสำเร็จ

2.4 พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น เพื่อพูดคุยกันหรือปรับทุกข์กัน และร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ๆ ในชมรมผู้สูงอายุ เช่น ออกกำลังกาย เป็นต้น

2.5 ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ

2.5.1 สวดมนต์ ทำบุญตามความสะดวก และความเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ เวลา และสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ

2.5.2 หาเวลาอยู่เงียบ ๆ เพื่อปฏิบัติธรรม ฟังสมาธิ หรือศึกษาข้อปฏิบัติทางศาสนา

อโรคยา

อโรคยา หมายถึง การปราศจากโรค เป็นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีไขมันสูง ลดการกินอาหารรสจัด ไม่กินอาหารที่สุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารที่มีสารปนเปื้อน การจัดการกับความเครียด โดยทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ การคาดเข็มขัดนิรภัย ขณะขับรถยนต์ สวมหมวกกันน็อกขณะขี่มอเตอร์ไซด์

การปฏิบัติให้มีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ มีดังนี้

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และหลากหลาย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ไขมันสูง
2. ตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
3. ออกกำลังกายให้เหมาะสมเพื่อคลายความเครียดหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ
4. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ หรือเสพยาเสพติด

ทุกประเภท

5. พักผ่อนให้เพียงพอ

อนามัยสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมในบ้านที่ดีเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในครอบครัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุและการหกล้มได้ ขณะเดียวกันก็ควรสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนด้วย

1. หลักการจัดที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีหลักการดังนี้

- 1.1 มีความปลอดภัย คือ มีความปลอดภัยด้านร่างกายและสุขภาพอนามัย ได้แก่ มีที่พักอาศัยเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณูปโภคที่ดี มีระบบป้องกันภัยที่ดี เช่น มีแสงสว่างที่เพียงพอ มีราวจับในห้องน้ำ พื้นบ้านไม่ลื่น มีสัญญาณฉุกเฉินเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น
- 1.2 สามารถเข้าถึงได้ง่าย คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถเข้า-ออกบ้านได้สะดวก เช่น มีทางลาดสำหรับรถเข็นการจัดทำประตูบ้านหรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในบ้าน มีความเหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งาน
- 1.3 สามารถสร้างแรงกระตุ้น คือ การตกแต่งสภาพที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อความน่าอยู่ เช่น เลือกใช้สีบ้านที่เหมาะสม มีความสว่างเพียงพอ เป็นต้น
- 1.4 ดูแลรักษาง่าย คือ บ้านผู้สูงอายุควรออกแบบให้ดูแลรักษาได้ง่าย และมีความปลอดภัย

2. ลักษณะของบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบ ๆ บ้านที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ

มีดังนี้

- 2.1 บ้านต้องมีความมั่นคง ถาวร
- 2.2 พื้นรอบบ้านไม่แฉะ และไม่ห่างจากชุมชนจนเกินไป
- 2.3 พื้นที่ใช้สอยในบ้านเหมาะสมกับจำนวนคนที่พักอาศัย
- 2.4 มีถนนหรือทางเข้าบ้านที่สะดวกปลอดภัย
- 2.5 มีแสงสว่างเพียงพอในทางเข้าบ้าน และรอบบริเวณบ้าน

- 2.6 ตั้งอยู่ในเขตที่ปลอดภัยจากอาชญากรรม และปราศจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ (มลภาวะแสง สี เสียง กลิ่น)
- 2.7 มีสาธารณูปโภคครบครัน เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ การคมนาคม เป็นต้น
- 2.8 มีการกำจัดขยะมูลฝอย และน้ำเสียตามหลักสุขาภิบาล
- 2.9 มีรั้วรอบขอบชิด หรือระบบความปลอดภัยรอบบ้าน
- 2.10 ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน และรอบบริเวณบ้าน เช่น กองหิน ไม้ วัสดุ/ อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น
- 2.11 สนามรอบบ้านไม่รกเกินไปจนเป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ร้ายต่าง ๆ เช่น งู ตะขาบ เป็นต้น
- 2.12 พื้นทางรอบบ้านไม่ลื่นหรือแฉะเกินไป

เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อกล่าวถึงการสูงอายุคนบางกลุ่มอาจมีเจตคติทางลบเกิดขึ้น เนื่องจากคิดว่าเมื่อสูงอายุแล้วจะมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย มีภาวะเจ็บป่วย ความสามารถลดลง ไร้ประโยชน์ หรือใกล้เข้าสู่ความตาย นอกจากนี้ อาจถูกเหมารวม (Stereotype) ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้อ่อนแอ ยึดติด ขาดความยืดหยุ่น และล้าสมัย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ทั้งจากครอบครัวของผู้สูงอายุเอง หรือจากพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ ยังอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเองด้วย เจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ หรือ Ageism หมายถึง การรังเกียจ (Prejudices) และการเหมารวม (Stereotype) ที่ใช้กับผู้สูงอายุโดยใช้อายุเป็นพื้นฐาน นอกจากนี้ เจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ ยังเป็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง และการเป็นสังคมอุตสาหกรรม เจตคติทางลบนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุถูกมองในทางลบ หรือผู้ทุพพลภาพจะมีผลต่อผู้สูงอายุ และจะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นที่มาของผลข้างเคียงจากการดูแลรักษาผู้สูงอายุ (Latrogenesis) บุคคลที่ไป เยาวชน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพส่วนหนึ่ง ยังมีเจตคติทางลบต่อการสูงอายุและผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคม และจากประสบการณ์ที่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การมีเจตคติทางลบนี้อาจมีผลต่อการดูแลรักษาที่ผู้สูงอายุควรได้รับ ทำให้เกิดความ ไม่เท่าเทียมในการดูแลเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่าทั้งที่ความเป็นจริงแล้วการดูแลควรใช้เหตุผลของการเจ็บป่วย ความพร้อม และสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เจตคติทางลบต่อการสูงอายุมักมาจากความเข้าใจผิด ๆ เกี่ยวกับความสูงอายุ ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูงอายุและผู้สูงอายุที่ถูกต้องแก่ทีมสุขภาพ เยาวชน และบุคคลทั่วไป จะสามารถทำให้เจตคติเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

ที่ผ่านมามีความเชื่อว่ามายาคติ และการเหมารวมของสังคมต่อผู้สูงอายุ โดยอาศัยอายุนั้น จะรวมกันเป็นส่วนหนึ่งของเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ ในที่นี้จึงขอกกล่าวถึงมายาคติหรือความเชื่อที่ผิด (Myth) และความจริงบางประการ (Reality) เกี่ยวกับการสูงอายุซึ่งมีหลายประการ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; Miller, 2012) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 มายาคติหรือความเชื่อที่ผิด (Myth) และความจริงบางประการ (Reality) เกี่ยวกับการสูงอายุ

มายาคติ	ความจริงบางประการ
<p>ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ซีมีเศร้า และแยกออกจากสังคม</p> <p>การมีเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ มีอย่างแพร่หลายในทุกสังคม</p>	<p>หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีอาการซีมีเศร้า อย่างไรก็ตามภาวะซีมีเศร้าในผู้สูงอายุนี้อาจรักษาได้</p> <p>การมีเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุพบบ่อยมากขึ้นในสังคมอุตสาหกรรม และมีอิทธิพลสูงจากการเหมารวม และค่านิยมทางวัฒนธรรม</p> <p>บุคคลมีพัฒนาการด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>เมื่ออายุ 70 ปี พัฒนาการด้านจิตใจของบุคคลก็สมบูรณ์แล้ว</p> <p>ผู้สูงอายุไม่สามารถเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ที่ซับซ้อน</p> <p>ผิวหนังเหี่ยวแห้งป้องกันได้ด้วยการใช้ครีมบำรุงผิว</p> <p>ภาวะท้องผูกเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ</p> <p>ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นภาวะปกติเนื่องจากการสูงอายุซึ่งการจัดการได้ดีที่สุดด้วยการใช้ผลิตภัณฑ์ ซึมซับ</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุมีผลเช่นเดียวกับผู้ใหญ่</p> <p>เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลต้องการแยกจากสังคม</p> <p>ผู้สูงอายุทุกคนคล้าย ๆ กันหมด</p>	<p>ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ แต่ช้าลงกว่าเดิม</p> <p>วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันผิวเหี่ยวแห้ง คือ การหลีกเลี่ยงจากแสงอุตราไวโอเล็ต</p> <p>ภาวะท้องผูกเกิดจากปัจจัยเสี่ยง เช่น การจำกัดการเคลื่อนไหว สุขนิสัยที่ไม่ดีในการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีสาเหตุที่ระบุได้ และมีวิธีการดูแลตัวเองหลากหลายวิธี</p> <p>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอาจแสดงด้วยการเปลี่ยนแปลงทางจิต</p> <p>เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคล จึงมีการตอบสนองแตกต่างกันในแต่ละสังคม</p> <p>ความคล้าย คือ กระบวนการสูงอายุที่เกิดเหมือนกันทุกคน แต่ความสูงอายุนั้นแตกต่างกันไม่เท่ากัน มีมากน้อยต่างกัน</p>
<p>การเป็นหม้าย และเหตุการณ์ในชีวิต มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ</p>	<p>การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ในชีวิตขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด</p>
<p>ผู้สูงอายุมักคือ ไม่เห็นด้วย และไม่เป็นมิตร</p>	<p>การมีพฤติกรรมเช่นนี้ในผู้สูงอายุอาจเกิดจากกระบวนการปกป้องตนเองหรือการเผชิญปัญหา ในวัยหนุ่มสาวก็มีลักษณะเช่นนี้ได้</p>

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับได้รับการสนับสนุน ความช่วยเหลือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลกลุ่มต่าง ๆ เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น

ตามคำจำกัดความของ Caplan (1976) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณค่าได้รับ โดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็น แรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ ส่วน Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ หรือความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น มีดังนี้

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดี ในสังคมอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจการดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลสามารถประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันได้ การสนับสนุนด้านนี้จึงเหมือนการเสริมแรงทางสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง แนวทางการเลือก หรือแนวทางการปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม

ส่วน Weiss (1974) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) หมายถึง เป็นสัมพันธภาพ ความรักใคร่ความผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น มั่นคง มีความรักและความเอาใจใส่ ช่วยทำให้บุคคลไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท
2. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็น มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต
3. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) หมายถึง เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่ามีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า
4. การได้รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน ที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง
5. การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง (The obtaining of guidance / assistance) หมายถึงการช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาช่วยเหลือด้านทางด้านสิ่งของ หรือแรงงาน ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลท้อแท้หรือผิดหวัง

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นการเรียนรู้ และแสวงหาความรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของหมู่คณะ คือ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษากับผู้วิจัย โดยจะเริ่มตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลที่เกิดจากการดำเนินงานและสรุปบทเรียนตลอดจนร่วมหาวิธีแก้ไขปัญหา และร่วมพัฒนาต่อไป โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะเน้นการยอมรับหรือความเห็นพ้องจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ กล่าวได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participation) และการร่วมมือร่วมใจ (Collaboration) ของสมาชิกในชุมชนหรือสังคมฝ่ายต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขภายใต้บรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกับ ความเป็นประชาธิปไตยและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (องอาจ นัยพัฒน์, 2551)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีจุดเน้นที่ การมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก และบุคคลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือได้เสียกับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงในสถานการณ์ ผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบได้จาก

การสืบค้นแบบมีส่วนร่วมระหว่างมุมมองของคนใน (Emic view) และคนนอก (Etic view) จะถูกนำไปใช้ ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จากแนวคิดของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการหลาย ๆ ท่าน

สามารถสรุปเป็นขั้นตอนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ (องอาจ นัยวัฒน์, 2551) ดังนี้

1. ระบุแนวคิดและนิยามของปัญหาอย่างชัดเจน
2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

ซึ่งต้องได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนา

3. วางแผนเพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
4. นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่วางไว้ไปลงมือปฏิบัติจริง
5. สังเกตการณ์ ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลงานตามยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือกระทำ

ไปแล้ว

6. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติแล้ว โดยอาศัยการคิดใคร่ครวญ ในเชิงวิพากษ์ด้วยทัศนะอันหลากหลายจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยบนพื้นฐาน ของข้อมูลหลักฐานร่องรอยต่าง ๆ ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 5

7. ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
8. นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง
9. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับและลงมือปฏิบัติแล้ว
10. ดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วม

ในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้องว่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหานี้ได้รับการปรับปรุงแก้ไข จนอยู่ในระดับที่พอใจภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรของการวิจัย

ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นการวิจัยโดยใช้วิธีการให้ชุมชน หรือผู้แทนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการพัฒนา มีลักษณะของการศึกษาที่เป็น ตามกระบวนการขั้นตอนของการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และวิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ในการศึกษา โดยเน้นถึงการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาหาแนวทางการแก้ปัญหา การวางแผนโครงการ การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผลโดยการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันกับชุมชน หรือผู้แทนทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนา

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ตามความหมายที่ Bandura (1997) ให้คำจำกัดความไว้ หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะ จัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดย Bandura มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถ ไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์ แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน ความสามารถของคนเรานั้นไม่ ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึง ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ่นั้น ๆ นั่นเอง การรับรู้ความสามารถของตน

มากจะสามารถประสบความสำเร็จในหลาย ๆ เรื่องของการดำเนินชีวิต สามารถที่จะทำในสิ่งที่ยาก ๆ โดยคิดว่าเป็นความท้าทาย มากกว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือต้องหลีกเลี่ยงที่จะทำ

ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีแหล่งที่สนับสนุนให้บุคคลเสริมสร้างความสามารถของตนเอง (Sources of efficacy) 4 แหล่ง ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences)

Bandura (1997) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จของบุคคลสามารถสร้างความเชื่อมั่นต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. ประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น (Vicarious experiences)

การที่ได้เห็น หรือ สังเกตตัวแบบ หรือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม แสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนที่ประสบความสำเร็จก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้สังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ ตัวแบบมี 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ตัวแบบมีชีวิต เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

ลักษณะตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ รวมทั้งมีทัศนคติ และความสามารถใกล้เคียงกันกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถปฏิบัติได้จริง

2.2 ตัวแบบไม่มีชีวิต เป็นตัวแบบที่ผ่านทางโทรทัศน์ วิทยุ หรือสื่อต่าง ๆ

ที่ประกอบด้วยภาพ และเสียง ได้แก่ การ์ตูน และภาพยนตร์ เป็นต้น สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบ เน้นจุดสำคัญตามความต้องการ และสามารถใช้กับกลุ่มคนจำนวนมากในสถานที่ต่าง ๆ ได้

3. การโน้มน้าวหรือชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion)

เป็นการใช้คำพูด เช่น การพูดโน้มน้าว การให้คำแนะนำ หรือข้อเสนอแนะจากบุคคลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ เป็นวิธีที่ง่ายที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะสั้น ๆ การใช้วิธีการนี้วิธีเดียวอาจจะไม่สามารถสร้างความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองได้ง่ายนัก ซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าจะให้ได้ผล ควรจะเข้าร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)

การกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่ทำกิจกรรม เช่น กิจกรรมที่ต้องออกแรงหรือใช้กำลังอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนแรง ความเจ็บปวดได้ บุคคลอาจจะตีความเป็นความอ่อนแอทางร่างกาย ความรู้สึกหรืออารมณ์ในทางลบสามารถลดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้ ดังนั้น วิธีการที่จะสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง คือ การลดความรู้สึกตึงเครียดและไม่ให้เกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ในทางไม่ดี

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองนี้มาใช้ในการส่งเสริมให้แกนนำนิสิตรับรู้ว่าตนเองสามารถดูแลผู้สูงอายุ จะปฏิบัติด้วยความมั่นใจ และต่อเนื่อง

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาบูรณาการในการวิจัย ครั้งนี้ทุกขั้นตอน เพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชุมชนต้นแบบในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข

การดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลเมืองแสนสุข โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) วิธีการและขั้นตอนดำเนินการวิจัย มีดังนี้

พื้นที่ที่ทำการวิจัย

1. พื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย มี 3 กลุ่ม

1. นิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในปีการศึกษา 2558

2. แกนนำนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในปีการศึกษา 2558

3. ผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ชุมชนต้นแบบ เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย มี 3 กลุ่ม

1. นิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2558 จำนวน 380 คน

2. แกนนำนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2558 จำนวน 30 คน

3. ผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ชุมชนต้นแบบ เทศบาลเมืองแสนสุข จำนวน 30 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. นิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: คณะต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัยบูรพา ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยบูรพา ว่าด้วยสภาวิชาการ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2557 เฉพาะวิทยาเขตบางแสน มีจำนวน 18 คณะ แบ่งตามกลุ่มสาขาวิชา เป็น 3 กลุ่มสาขาวิชา ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ประกอบด้วย 6 คณะ

- 1.1 คณะการจัดการและการท่องเที่ยว
- 1.2 คณะดนตรีและการแสดง
- 1.3 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
- 1.4 คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
- 1.5 คณะศิลปกรรมศาสตร์
- 1.6 คณะศึกษาศาสตร์

กลุ่มที่ 2 กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย 7 คณะ

- 2.1 คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร
- 2.2 คณะพยาบาลศาสตร์
- 2.3 คณะแพทยศาสตร์
- 2.4 คณะเภสัชศาสตร์
- 2.5 คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
- 2.6 คณะสหเวชศาสตร์
- 2.7 คณะสาธารณสุขศาสตร์

กลุ่มที่ 3 กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ประกอบด้วย 5 คณะ

- 3.1 คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์
- 3.2 คณะโลจิสติกส์
- 3.3 คณะวิทยาการสารสนเทศ
- 3.4 คณะวิทยาศาสตร์
- 3.5 คณะวิศวกรรมศาสตร์

ขั้นตอนที่ 2: สุ่มตัวอย่างคณะสำหรับการวิจัยในปีงบประมาณ พ.ศ.2558

ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากคณะต่าง ๆ ที่จะดำเนินการวิจัยสำหรับโครงการวิจัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 จำนวน 9 คณะ ดังนี้

กลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 3 คณะ

1. คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์
2. คณะศึกษาศาสตร์
3. คณะการจัดการและการท่องเที่ยว

กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ 3 คณะ

1. คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร
2. คณะแพทยศาสตร์
3. คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 3 คณะ

1. คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์
2. คณะโลจิสติกส์
3. คณะวิทยาศาสตร์

ขั้นตอนที่ 3: คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนนิติตของแต่ละคณะ หลังจากนั้นทำการสุ่มสาขาวิชา ในคณะนั้นๆ เพื่อกำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่ม 1 กลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

1. คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

จำนวนนิสิต 4 ชั้นปี = 752 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 28 คน

สาขาวิชาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ รัฐศาสตร์บัณฑิต - ป.ตรี 4 ปี (54)

ตารางที่ 2 จำนวนนิสิตคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์

ชั้นปี	จำนวนนิสิตจริง (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	196	7
2	228	9
3	231	9
4	93	3

2. คณะศึกษาศาสตร์

จำนวนนิสิต 4 ชั้นปี = 2,828 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 103 คน

สาขาวิชาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ เทคโนโลยีการศึกษา - ป.ตรี 4 ปี (54)

ตารางที่ 3 จำนวนนิสิตคณะศึกษาศาสตร์

ชั้นปี	จำนวนนิสิตจริง (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	344	20
2	398	23
3	494	28
4	570	32

3. คณะการจัดการและการท่องเที่ยว

จำนวนนิสิต 4 ชั้นปี = 1,944 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 71 คน

สาขาวิชาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ - ป.ตรี 4 ปี (53)

ตารางที่ 4 จำนวนนิสิตคณะกรรมการจัดการและการท่องเที่ยว

ชั้นปี	จำนวนนิสิตจริง (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	789	30
2	385	14
3	385	14
4	366	13

กลุ่ม 2 กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

1. คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

จำนวนนิสิต 4 ชั้นปี = 317 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 12 คน

สาขาวิชาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์แผนไทยประยุกต์ (2554)

ตารางที่ 5 จำนวนนิสิตคณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

ชั้นปี	จำนวนนิสิตจริง (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	117	5
2	94	4
3	59	2
4	45	2

2. คณะแพทยศาสตร์

จำนวนนิสิต 4 ชั้นปี = 269 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 10 คน

ตารางที่ 6 จำนวนนิสิตคณะแพทยศาสตร์

ชั้นปี	จำนวนนิสิตจริง (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	50	3
2	47	3
3	45	2
4	47	2

3. คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

จำนวนนิสิต 4 ชั้นปี = 959 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 34 คน

สาขาวิชาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ สื่อสารมวลชนทางกีฬา- ป.ตรี 4 ปี (54)

ตารางที่ 7 จำนวนนิสิตคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

ชั้นปี	จำนวนนิสิตจริง (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	197	7
2	255	10
3	246	10
4	208	7

กลุ่ม 3 กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

1. คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์

จำนวนนิสิต 4 ชั้นปี = 939 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 34 คน

สาขาวิชาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ ภูมิสารสนเทศศาสตร์ (กลุ่มภูมิศาสตร์) – ป.ตรี 4 ปี (53)

ตารางที่ 8 จำนวนนิสิตคณะภูมิสารสนเทศศาสตร์

ชั้นปี	จำนวนนิสิตจริง (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	162	6
2	182	7
3	369	13
4	223	8

2. คณะโลจิสติกส์

จำนวนนิสิต 4 ชั้นปี = 897 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 33 คน

สาขาวิชาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ การจัดการอุตสาหกรรมพาณิชยนาวิ- ป.ตรี 4 ปี (2554)

ตารางที่ 9 จำนวนนิสิตคณะโลจิสติกส์

ชั้นปี	จำนวนนิสิตจริง (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	356	13
2	240	9
3	250	9
4	32	2

3. คณะวิทยาศาสตร์

จำนวนนิสิต 4 ชั้นปี = 1,502 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 55 คน

สาขาวิชาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ วาริชศาสตร์ – ป.ตรี 4 ปี (54)

ตารางที่ 10 จำนวนนิสิตคณะวิทยาศาสตร์

ชั้นปี	จำนวนนิสิตจริง (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	322	12
2	313	12
3	333	12
4	447	19

2. แขนงนิสิต

แขนงนิสิต สุ่มแบบง่ายตามความสมัครใจ จากแขนงนิสิตของสโมสรนิสิตในคณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง

ใน ข้อ 1. คณะละ 3 คน (9 คณะ) รวมเป็น 27 คน และคณะกรรมการสโมสรนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้มาโดยการสุ่มตามสะดวกตามความสมัครใจ จำนวน 3 คน รวมเป็น 30 คน

3. ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ สุ่มแบบง่าย ตามความสมัครใจ จากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชุมชนต้นแบบ เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยกำหนดให้ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการเกษียณอายุราชการ และผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มี 2 ชุด ดังนี้
ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของนิสิต
 แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา คณะที่กำลังศึกษา
 อยู่
 วิชาเอก ชั้นปี ที่อยู่ปัจจุบัน การมีผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านเดียวกับนิสิต ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับนิสิต
 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของนิสิต มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้
 เลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” โดยให้คะแนนดังนี้

ใช่ ให้คะแนน 1 คะแนน

ไม่ใช่ ให้คะแนน 0 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 0 คะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถามนี้อยู่ในช่วง 0- 20 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มี
 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุน้อย

1.3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของนิสิต มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้
 เลือกตอบเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ โดยให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย ให้คะแนน 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 0 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 0 คะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถามนี้อยู่ในช่วง 0- 20 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มี
 ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ คะแนนน้อย หมายถึง มีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับนิสิตและการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุ

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส
 การศึกษา อาชีพเดิมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ อาชีพปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบัน การพักอาศัย ผู้ดูแล การได้รับ
 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับนิสิต และการดูแลผู้สูงอายุ เป็นคำถามปลายเปิดโดยให้
 ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนิสิตในมหาวิทยาลัย ความต้องการให้นิสิตในมหาวิทยาลัยดูแล
 ดูแลในเรื่องใด
 และอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยทั้ง 2 ชุด ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตาม
 เนื้อหาและความเชื่อมั่น ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต ไปตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน โดยการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความตรง ตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของนิสิต เท่ากับ .90 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

ส่วนแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับนิสิตและการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุ เป็นคำถามปลายเปิดโดยให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนิสิตในมหาวิทยาลัย ความต้องการให้นิสิตในมหาวิทยาลัยดูแล ผู้เชี่ยวชาญ (กลุ่มเดิม) 3 ท่าน ให้ความคิดเห็นตรงกันว่ามีความเหมาะสม และเนื้อหาครอบคลุม

2. การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของนิสิต ไปทดลองใช้กับกลุ่มนิสิตที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 30 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยการใช้สูตร KR 20 พบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของนิสิต มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 เป็นค่าที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. นำเสนอโครงการวิจัย และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ซึ่งได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ (รหัสจริยธรรม 29/ 2558)

2. ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน ดำเนิน การวิจัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกราย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึง สิทธิในการที่จะปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาเท่านั้น หลังจาก กลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการ ดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ การประเมิน ศักยภาพของแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

1.1 สำรวจข้อมูลพื้นฐานของนิสิต ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ แบบสอบถามความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

1.2 ประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของแกนนำนิสิต โดยใช้ แบบสอบถามความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

1.3 ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มย่อยกับตัวแทนแกนนำนิสิต จำนวน 30 คน เพื่อประเมินศักยภาพของแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

1.4 ศึกษาข้อมูลความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่คัดสรรมาจำนวน 30 คน (ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการ เกษียณอายุราชการ และผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน) โดยใช้แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ความต้องการและการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับจากบุตรหลาน ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการศึกษากระบวนการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ ในชุมชนต้นแบบพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากขั้นตอนที่ 1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต

2.2 จัดประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล พยาบาลในพื้นที่ ผู้บริหารที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจการนิสิต นักกิจการนิสิต ตัวแทนจากพื้นที่ ตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมกันสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 พัฒนาจนได้เป็นรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และจัดทำเป็นหลักสูตรการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุไปทดลองใช้

3.1 จัดเตรียมทรัพยากรเพื่อดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดไว้

3.1.1 จัดเตรียมสื่อประกอบการให้ความรู้ ได้แก่ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุสำหรับแกนนำนิสิต ใบงาน สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ

3.1.2 จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในกิจกรรม เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น และอุปกรณ์ที่ใช้ในการสาธิตและฝึกปฏิบัติต่างๆ

3.2 ดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ในการดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครั้งนี้ผู้วิจัยทำการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับแกนนำนิสิต จำนวน 30 คน ตามรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยทำการประเมินความพร้อมของแกนนำนิสิต ก่อน หลังจากนั้นจึงดำเนินการดังนี้

3.2.1 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (ความหมายของผู้สูงอายุ ธรรมชาติของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลขั้นพื้นฐาน (การวัดสัญญาณชีพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ / การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิต/อารมณ์) ใช้เวลา 6 ชั่วโมง

3.2.2 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง บทบาทของเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุ
(1 ชั่วโมง)

3.2.3 กิจกรรมพัฒนาทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

3.2.3 กิจกรรมการฝึกทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสาธิตและลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การวัดสัญญาณชีพผู้สูงอายุและการแปลผล การปฐมพยาบาลเบื้องต้น วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การบริหารสมองป้องกันภาวะสมองเสื่อม การกำหนดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การสื่อสารกับผู้สูงอายุ ใช้เวลา 6 ชั่วโมง

3.2.4 การฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง 3 ชั่วโมง โดยจัดให้แกนนำนิสิตฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

**ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลและศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต
หลังได้รับการพัฒนาตามกิจกรรมที่กำหนดในรูปแบบ และสรุปรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิต
เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ**

ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมการพัฒนาแกนนำนิสิต โดยประเมินความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยแบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ชุดเดิม ส่วนทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ประเมินจากการสังเกต และการสัมภาษณ์นิสิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 11 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนิสิต

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำนิสิต

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต

ส่วนที่ 6 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต

ส่วนที่ 7 ความคิดเห็นของแกนนำนิสิตต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 9 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับนิสิต และการดูแล

ส่วนที่ 10 รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ของแกนนำนิสิตก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนิสิต

ข้อมูลทั่วไปของนิสิต ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา คณะที่กำลังศึกษาอยู่ วิชาเอก ชั้นปี ที่อยู่ปัจจุบัน การมีผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านเดียวกับนิสิต ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับนิสิต ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของนิสิต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 380$)

ข้อมูลทั่วไปของนิสิต	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	200	52.6
หญิง	180	47.4
อายุ (ปี)		
18-19	66	17.4
20-21	212	55.8
22-23	100	26.3
24-25	2	0.5
$M = 22$ ปี ($SD = 1.15$)		
ศาสนา		
พุทธ	365	96.1
คริสต์	10	2.6

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของนิสิต	จำนวน	ร้อยละ
อิสลาม	5	1.3
คณะที่ศึกษา		
คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์	28	7.1
คณะศึกษาศาสตร์	103	27.1
คณะการจัดการและการท่องเที่ยว	71	18.9
คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร	12	3.2
คณะแพทยศาสตร์	10	2.6
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา	34	8.9
คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์	34	8.9
คณะโลจิสติกส์	33	8.7
คณะวิทยาศาสตร์	55	14.5
ชั้นปีที่ศึกษา		
1	90	23.7
2	100	26.3
3	130	34.2
4	60	15.8
ที่อยู่ปัจจุบัน		
ภาคเหนือ	10	2.6
ภาคใต้	5	1.3
ภาคตะวันออก	220	57.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	25	6.6
ภาคกลาง	90	23.7
ไม่ได้แจ้งที่อยู่ให้ทราบ	30	7.9

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของนิสิต	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านเดียวกับนิสิต		
มี	200	52.6
ไม่มี	180	47.4
ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับนิสิต		
บิดามารดา	30	15.0
ปู่ ย่า	60	30.0
ตา ยาย	100	50.0
อื่น ๆ	10	5.0
การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ		
เคย	202	53.2
ไม่เคย	178	46.8
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ		
เคย	220	57.9
ไม่เคย	160	42.1

จากตารางที่ 10 พบว่า นิสิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.6 มีอายุอยู่ในช่วง 20-21 ปี ร้อยละ 59.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.1 คณะที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ ร้อยละ 27.1 รองลงมา คือ คณะการจัดการและการท่องเที่ยว ร้อยละ 18.9 และคณะวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 14.7 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 26.3 ที่อยู่ปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 57.9 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านเดียวกับนิสิต ร้อยละ 52.6 ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับนิสิตเป็นตายาย ร้อยละ 50.0 นิสิตมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.1 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.9

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต ดังแสดงไว้ในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต

ความรู้	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่เป็นจริง		M	SD
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์	0	20	8	19	14.32	2.82
คณะศึกษาศาสตร์	0	20	4	18	12.97	2.94
คณะกรรมการจัดการและการท่องเที่ยว	0	20	1	19	13.79	3.41
คณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร์	0	20	12	18	15.83	2.08
คณะแพทยศาสตร์	0	20	2	18	14.60	2.27
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา	0	20	6	18	13.29	2.70
คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์	0	20	2	17	13.15	2.98
คณะโลจิสติกส์	0	20	6	17	13.27	2.47
คณะวิทยาศาสตร์	0	20	9	18	14.51	2.92
ค่าเฉลี่ยรวม					13.97	2.66

จากตารางที่ 11 พบว่า นิสิตคณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร์มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.83 (SD = 2.08) รองลงมาคือ นิสิตคณะแพทยศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 14.60 (SD = 2.27) นิสิตคณะวิทยาศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 14.51 (SD = 2.92) นิสิตคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 14.32 (SD = 2.82) และนิตคณะกรรมการจัดการและการท่องเที่ยวมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 13.79 (SD = 3.41) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิตทุกคณะเท่ากับ 13.97 (SD = 2.66)

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต

ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต ดังแสดงไว้ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทศนคติ
เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิต

ทศนคติ	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่เป็นจริง		M	SD
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์	0	20	9	17	13.32	2.18
คณะศึกษาศาสตร์	0	20	3	19	11.69	3.59
คณะกรรมการจัดการและการท่องเที่ยว	0	20	0	17	12.76	3.18
คณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร์	0	20	12	18	15.25	1.96
คณะแพทยศาสตร์	0	20	11	19	14.80	2.97
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา	0	20	7	17	12.65	2.55
คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์	0	20	2	17	12.68	2.89
คณะโลจิสติกส์	0	20	6	17	13.39	2.73
คณะวิทยาศาสตร์	0	20	8	16	13.33	1.83
ค่าเฉลี่ยรวม					13.32	2.65

จากตารางที่ 12 พบว่า นิสิตคณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร์มีคะแนนเฉลี่ยทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.25 (SD = 1.96) รองลงมา คือ นิสิตคณะแพทยศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 14.80 (SD = 2.97) นิสิตคณะโลจิสติกส์มีคะแนนเฉลี่ยทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 13.39 (SD = 2.73) นิสิตคณะวิทยาศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 13.33 (SD = 1.83) และนิสิตคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์มีคะแนนทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 13.32 (SD = 2.18) โดยมีคะแนนเฉลี่ยทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของนิสิตทุกคณะเท่ากับ 13.32 (SD = 2.65)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำนิสิต

ข้อมูลทั่วไปของแกนนำนิสิต ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา คณะที่ศึกษา การมีผู้สูงอายุ ที่อยู่ในบ้านเดียวกับนิสิต ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับนิสิต ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของแกนนำนิสิต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 30$)

ข้อมูลทั่วไปของแกนนำนิสิต	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	60.0
หญิง	12	40.0
อายุ (ปี)		
20-21	17	56.7
22-23	13	43.0
ศาสนา		
พุทธ	26	86.7
คริสต์	3	10.0
อิสลาม	1	3.3
คณะที่ศึกษา		
คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์	5	16.7
คณะศึกษาศาสตร์	4	13.3
คณะกรรมการจัดการและการท่องเที่ยว	4	13.3
คณะกรรมการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร์	3	10.0
คณะแพทยศาสตร์	3	10.0
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา	4	13.3
คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์	3	10.0
คณะโลจิสติกส์	4	13.3
ผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านเดียวกับนิสิต		
มี	18	60.0
ไม่มี	12	40.0

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของนิสิต	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับนิสิต		
บิดามารดา	10	55.6
ปู่ ย่า	4	22.2
ตา ยาย	4	22.2
การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ		
เคย	14	44.7
ไม่เคย	16	53.3
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ		
เคย	16	53.3
ไม่เคย	14	46.7

จากตารางที่ 13 พบว่า แขนงน่านิสิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 มีอายุอยู่ในช่วง 20-21 ปี 56.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.6 คณะที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นคณะรัฐศาสตร์ และนิติศาสตร์ ร้อยละ 16.7 รองลงมา คือ คณะศึกษาศาสตร์ คณะการจัดการและการท่องเที่ยว คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา และคณะโลจิสติก ร้อยละ 13.3 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านเดียวกับนิสิตร้อยละ 60.0 ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับนิสิตเป็นบิดามารดา ร้อยละ 55.6 นิสิตมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.3 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.3

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของแกนนำนิสิต

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของแกนนำนิสิต ดังแสดงไว้ในตารางที่ 15

ตารางที่ 14 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต ($n = 30$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่เป็นจริง		M	SD
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	0	20	5		

จากตารางที่ 14 พบว่า ช่วงคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต คือ 5-18 คะแนน โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 - 20 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 13.45 ($SD = 3.10$)

ส่วนที่ 6 ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของนิสิตแกนนำนิสิต

ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของแกนนำนิสิต ดังแสดงไว้ในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต ($n = 30$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนที่เป็นจริง		M	SD
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
	ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	0	20	8		

จากตารางที่ 15 พบว่า ช่วงคะแนนทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต คือ 8-20 คะแนน โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0- 20 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 14.6 ($SD = 2.10$)

ส่วนที่ 7 ความคิดเห็นของแกนนำนิสิตต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่มกับตัวแทนแกนนำนิสิต จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้สูงอายุ

1. การดูแลผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ดีงามและควรทำอย่างยิ่งเพราะเป็นการดูแลช่วยเหลือคนที่เรารัก นับถือ และผูกพัน เมื่อยามเจ็บป่วยต้องดูแลท่านให้ดีที่สุด (26 คน)
2. การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ นิสิต / เยาวชน ลูกหลาน ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุ เพราะเป็นสิ่งที่แสดงถึงความกตัญญูรู้คุณต่อผู้สูงอายุที่เคยเลี้ยงดูเรามา ยามที่ท่านแก่ชรา นิสิต / เยาวชน ลูกหลาน จึงต้องดูแลท่าน ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ (23 คน)
3. นิสิตเป็นลูกหลานที่เป็นความหวังของพ่อแม่ปู่ย่าตายายที่ท่านหวังให้ไปดูแลท่าน (22 คน)
4. เป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสังคมไทย ที่ลูกหลานจะช่วยแบ่งเบาภาระของผู้สูงอายุโดยให้การดูแลผู้สูงอายุ (14 คน)

ประเด็นที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

1. ขาดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ (21 คน)
2. ไม่มีทักษะการดูแลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนยากต่อการดูแล (12 คน)
3. วัยของนิสิตและผู้สูงอายุต่างกัน อยู่ในยุคที่ต่างกัน ความเชื่อที่แตกต่างกัน ความชอบที่แตกต่างกัน จะทำให้พูดกันไม่เข้าใจ อาจทำอะไรให้ไม่ถูกใจผู้สูงอายุ (10 คน)

4. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุค่อนข้างสูง ผู้สูงอายุและครอบครัวอาจมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ และไม่มีอุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน (10 คน)

5. นิสิตไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุ (พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย) เพราะต้องมาเรียนหนังสือ ทำให้ นิสิตไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (10 คน)

ประเด็นที่ 2 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

1. นิสิตที่ไม่ได้เรียนสายสุขภาพ จะให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ได้มาก เพราะขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (14 คน)

2. ดูแลผู้สูงอายุได้ เช่น การพาผู้สูงอายุเดินเล่น พาผู้สูงอายุไปทำบุญที่วัด พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย พุดคุยให้คลายเหงา (10 คน)

3. เป็นจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุตามสถานสงเคราะห์ แผนกผู้ป่วยนอก

4. ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ตามวิชาที่เรียนมาในขณะที่เป็นนิสิต เมื่อเรียนจบแล้วจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้มากตามวิชาชีพ (คณะแพทยศาสตร์ คณะแพทยแผนไทยอภัยภูเบศร์)

ประเด็นที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1. สิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุนเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ วิธีการดูแล/ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อนที่ดูแลยาก เป็นการดูแลขั้นพื้นฐานที่นิสิตสามารถทำได้ (กรณีของนิสิตที่ไม่ได้เรียนสายวิชาชีพสุขภาพ) และการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป (16 คน)

2. ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ / ทีมสุขภาพ ช่วยเหลือคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้องเหมาะสม (11 คน)

4. ต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น (8 คน)

ส่วนที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา การพักอาศัย ผู้ดูแล การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังแสดงไว้ในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 30$)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	40.0
หญิง	18	60.0
อายุ (ปี)		
60-70	15	50.0
71-80	15	50.0
$M = 70.2$ ปี ($SD = 1.8$)		
ศาสนา		
พุทธ	30	100
สถานภาพสมรส		
โสด	4	13.3
คู่	14	46.7
หม้าย/หย่า/แยก	12	40.0
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	13.3
ประถมศึกษา	12	40.0
มัธยมศึกษา	7	23.3
อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา / ปริญญาตรี	5	16.7
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.3
การพักอาศัย		
อยู่คนเดียว	5	16.7
อยู่กับสามี / ภรรยา	11	36.7
อยู่กับบุตร/ หลาน	12	40.0
อยู่กับญาติ	2	6.7
ผู้ดูแล		
มี	25	83.3
ไม่มี	5	16.7

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ		
เคย	22	73.3
ไม่เคย	8	26.7
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม		
เคย	28	93.3
ไม่เคย	2	6.7

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุอยู่ในช่วง 61-70ปี และ 71 – 80 ร้อยละ 50.0 เท่าๆกัน อายุเฉลี่ย 70.2 ปี ($SD = 1.8$) ทุกคนนับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ หม้าย/ หย่า/ แยก ร้อยละ 40.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ ชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับ ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 83.3 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 73.3 และเคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 93.3

ส่วนที่ 9 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับนิสิต และความต้องการการดูแล

ผู้วิจัยศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับนิสิต และความต้องการการดูแล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และจัดสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่คัดสรรมาจำนวน 30 คน (ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการเกษียณอายุราชการ และผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน) โดยใช้แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการและการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับ ผลการวิจัยสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความคิดเห็นหรือมุมมองของผู้สูงอายุ ต่อนิสิตในมหาวิทยาลัย

นิสิตในมหาวิทยาลัยอยู่ในสังคมของนักวิชาการ เป็นผู้มีความรู้ เป็นกำลังสำคัญของชาติ และครอบครัว (22 คน)

นิสิตมหาวิทยาลัยไม่ค่อยสูงส่งกับคนในชุมชน มีสังคมของตัวเอง (11)

ประเด็นที่ 2 ความต้องการให้นิสิตในมหาวิทยาลัยมาดูแลผู้สูงอายุ

ต้องการให้ดูแลถ้านิสิตทำได้ (26 คน)

ต้องการให้ดูแลบ้างบางเรื่อง เนื่องจากนิสิตยังต้องศึกษาหาความรู้ในมหาวิทยาลัย ไม่ค่อยมีเวลารว่าง และนิสิตหลายคนอาจไม่มีความรู้เพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุ (12 คน)

ประเด็นที่ 3 ประเด็นที่ผู้สูงอายุต้องการให้นิสิตดูแล

1. การดูแลสุขภาพง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน (เช่น การวัดความดันโลหิต) การใช้ชีวิตประจำวัน (เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย) (26 คน)

2. การดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดความเครียด ลดอาการซึมเศร้า (12 คน)

ประเด็นที่ 4 ผู้สูงอายุต้องการให้นิสิตดูแลอย่างไร

1. ให้นิสิตลงไปประชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นช่วง ๆ เช่น วัดความดันโลหิต ให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ดูแลจัดยาให้ผู้สูงอายุ (จัดใส่กล่องและติดสลากให้ชัดเจนเพื่อหยิบรับประทานได้ง่าย ไม่หยิบยาผิด รับประทานยาได้ครบ) ทำแผลให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทำกายภาพเพื่อฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดิน-ปวดเข่า (28 คน)
2. นิสิตลงไปจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายสัปดาห์ละครั้ง จัดกิจกรรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพ กิจกรรมบริหารสมอง ปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ (20 คน)
3. ช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป เช่น พาผู้สูงอายุเดินข้ามถนน พาผู้สูงอายุเดินข้ามสะพานลอย ช่วยผู้สูงอายุในการขึ้น-ลงรถ (12 คน)

ส่วนที่ 10 รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ทีมวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่เกี่ยวข้อง และจัดประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล พยาบาลในพื้นที่ ผู้บริหารที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจการนิสิต นักกิจการนิสิต และตัวแทนจากพื้นที่ร่วมกับสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 พัฒนาจนได้เป็นรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การประเมินความพร้อมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
การประเมินความพร้อมของแกนนำนิสิต ควรประเมินด้านความรู้เกี่ยวกับการผู้สูงอายุ ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อผู้สูงอายุ ทักษะและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการเตรียมแกนนำนิสิตให้มีพร้อมและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุ
กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ เป็นส่วนที่มีความสำคัญสำหรับ แกนนำนิสิตที่จะนำความรู้ที่ถูกต้องเหล่านี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้แกนนำนิสิตมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุด้วย ความรู้ที่ควรจัดให้แกนนำนิสิต ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลขั้นพื้นฐาน (การวัดสัญญาณชีพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ/ การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิต/ อารมณ์ การปฏิบัติให้มีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ) บทบาทของเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุ
3. การพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ
กิจกรรมนี้ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูงอายุ ผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องแก่แกนนำนิสิต ซึ่งจะสามารถทำให้ทัศนคติ หรือ เจตคติเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกได้ ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น วิธีดำเนินกิจกรรมที่สำคัญจึงควรเป็นไปในลักษณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน

4. การฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ

ทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การวัดสัญญาณชีพผู้สูงอายุและการแปลผล การปฐมพยาบาลเบื้องต้น วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การบริหารสมองป้องกันภาวะสมองเสื่อม การกำหนดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การสื่อสารกับผู้สูงอายุ โดยการสาธิต และลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามฐานต่าง ๆ ที่กำหนด

5. การฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง

กิจกรรมการฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุนี้ ควรจัดให้แก่นำนิสิตดูแลผู้สูงอายุตามความรู้และกิจกรรมที่ได้รับการเตรียมมาก่อน ในสถานการณ์จริง เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นต้น

ส่วนที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติของนิสิตเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแก่นำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของแก่นำนิสิต ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ($n = 30$)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม	
	กิจกรรม		กิจกรรม	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	13.45	3.10	18.25	1.40
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	14.65	2.10	17.50	3.20

จากตารางที่ 17 พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแก่นำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แก่นำนิสิตนิสิตมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 13.45 ($SD=3.10$) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 14.65 ($SD=2.10$) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 18.25 ($SD=1.40$) ซึ่งเพิ่มขึ้น 4.80 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เช่นเดียวกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 17.50 ($SD=3.20$) ซึ่งเพิ่มขึ้น 2.85 คะแนน

ส่วนผลการประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ของแก่นำนิสิตโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์นิสิตนั้น พบว่า แก่นำนิสิตส่วนใหญ่ยังมีทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การวัดสัญญาณชีพผู้สูงอายุ และการแปลผล การสื่อสารกับผู้สูงอายุ น้อยและไม่ค่อยมีความมั่นใจ ต้องใช้เวลาในการทบทวนและต้องการการแนะนำเพิ่มเติม ซึ่งจากการสัมภาษณ์แก่นำนิสิตกลุ่มนี้ให้ข้อมูลว่าเพราะไม่มีประสบการณ์ในการทำทักษะพื้นฐานด้านการวัดสัญญาณชีพมาก่อน จึงขาดความมั่นใจ ต้องการให้มีการสอน ชี้แนะ และแนะนำมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่เมื่อทำได้แล้วก็มีคามมั่นใจเพิ่มขึ้น

ในการฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง นั้น ผู้สูงอายุประเมินว่า แก่นำนิสิตปฏิบัติดูแลด้วยความนุ่มนวล แม้บางคนยังทำไม่ได้ดีเท่าที่ควร แต่นิสิตมีความตั้งใจและพยายาม นิสิตมีความอ่อนน้อมต่อผู้สูงอายุ พุดคุยกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่สุภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของผู้วิจัย แกนนำนิสิต และผู้สูงอายุ โดยบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามหลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม คือ ในกระบวนการมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและแกนนำนิสิต โดยลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น ให้แกนนำนิสิต เชื่อว่าผู้วิจัยมีความเอาใจใส่ และความหวังดี ในกิจกรรมตามรูปแบบนั้น แกนนำนิสิตได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ คือ การให้ความรู้ และคำแนะนำ ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบต่างๆ เช่น การบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิต มีให้การสนับสนุนทางสังคมด้าน เช่น การยอมรับ การแสดงความห่วงใยเอาใจใส่ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ ขณะแกนนำนิสิตลองฝึกปฏิบัติ การเห็นพ้องหรือให้รับรองผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่แกนนำนิสิตปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นไปตามความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของแกนนำนิสิต ที่ได้จากข้อมูลในระยที่ 1 ดังข้อมูล “ขาดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ (21 คน)” “ไม่มีทักษะการดูแลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนยากต่อการดูแล (12 คน)” “นิสิตที่ไม่ได้เรียนสายสุขภาพ จะให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ได้มาก เพราะขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (14 คน)” “ดูแลผู้สูงอายุได้ เช่น การพาผู้สูงอายุเดินเล่น พาผู้สูงอายุไปทำบุญที่วัด พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย พุดคุยให้คลายเหงา (10 คน)” “ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ตามวิชาที่เรียนมาในขณะที่เป็นนิสิต เมื่อเรียนจบแล้วจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้มากตามวิชาชีพ” ซึ่งจะส่งผลให้แกนนำนิสิตได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง และเหมาะสม

นอกจากนี้ ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำนิสิต ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มาใช้เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แหล่งที่สนับสนุนให้แกนนำนิสิตเสริมสร้างความสามารถของตนเอง (Sources of efficacy) 4 แหล่งตามแนวคิดของ Bandura (1997) คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น (Vicarious experiences) การโน้มน้าวหรือชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ดังนี้

ในกิจกรรมการฝึกทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกทักษะต่างๆ จะช่วยให้แกนนำนิสิตเกิดความมั่นใจ และนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง โดยการสาธิตและลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามฐานต่าง ๆ ที่กำหนด ซึ่งการให้แกนนำนิสิตปฏิบัติจนประสบความสำเร็จด้วยตนเอง มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมจนสำเร็จ เช่น การวัดสัญญาณชีพผู้สูงอายุ และการแปลผล การปฐมพยาบาลเบื้องต้น จะทำให้แกนนำนิสิตรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ และพยายามใช้ทักษะต่าง ๆ ในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ นอกจากนั้น การใช้เหตุผลอธิบายตามหลักการกระตุ้นทางอารมณ์และการสังเกตจากตัวแบบทั้งที่เป็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง คือ การสาธิตการบริหารร่างกาย การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และวิดีโอ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อแกนนำนิสิต เห็นตัวแบบแล้วจะเกิด

ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำได้ กระบวนการนี้จะทำให้แกนนำนิสิตเกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามตัวแบบ นอกจากนี้ผู้วิจัยให้คำแนะนำ และการเปิด โอกาสให้แกนนำนิสิตได้ระบายความรู้สึก เพื่อให้แกนนำนิสิตมีกำลังใจ นำไปสู่การรับรู้ความสามารถ ของตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนการฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง กิจกรรมการฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุนี้ จัดให้แกนนำนิสิตดูแลผู้สูงอายุตามความรู้และกิจกรรมที่ได้รับการเตรียมมาก่อนในสถานการณ์จริง เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นต้น เมื่อแกนนำนิสิต มีความเชื่อว่ามีความสามารถที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุได้ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา และเมื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ก็จะมีเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น และจะมีความมุ่งมั่น ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุในที่สุด

ในส่วนของกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุ นั้นอธิบายได้ว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ เป็นส่วนที่มีความสำคัญสำหรับแกนนำนิสิตเนื่องจาก ความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุของแกนนำนิสิต เมื่อแกนนำนิสิต มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยให้แกนนำนิสิต มีการตัดสินใจ เลือก วิธีการดูแล และปฏิบัติกรดูแลได้ถูกต้อง เหมาะสม มีความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจให้เกิดการกระทำ (Bandura, 1997) คือ การดูแลผู้สูงอายุตามหลักการที่ได้ อีกทั้งเป็นการเพิ่มความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น โดยชี้ให้เห็นว่าภายหลังการดูแลผู้สูงอายุแล้วส่งผลดีต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุอีกทั้ง มีผล ทางบวกต่อจิตใจ และเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุต่อไป ความรู้ที่สำคัญ ควรประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ/ การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิต/ อารมณ์ การปฏิบัติให้มีสุขภาพที่ดี/ ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ) บทบาทของเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูงอายุ ผู้สูงอายุ และการดูแล ผู้สูงอายุที่ถูกต้องแก่แกนนำนิสิต ซึ่งจะสามารถทำให้ทัศนคติ หรือ เจตคติของแกนนำนิสิตเปลี่ยนแปลง ไปในทางบวกได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น วิธี ดำเนินกิจกรรมที่สำคัญควรเป็นไปในลักษณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน

จากผลการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมี แบบแผน จึงพบว่า รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ สามารถพัฒนาให้แกนนำนิสิต มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ดังผลการวิจัยที่พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแกนนำนิสิตมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 13.45 (SD = 3.10) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 14.65 (SD = 2.10) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ย ความรู้ มากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 18.25 (SD = 1.40) ซึ่งเพิ่มขึ้น 4.80 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแล ผู้สูงอายุ เช่นเดียวกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 17.50 (SD=3.20) ซึ่งเพิ่มขึ้น 2.85 คะแนน

ส่วนผลการประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ของแกนนำนิสิตโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์นิตินั้น พบว่า แกนนำนิสิตส่วนใหญ่ยังมีทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุน้อย เช่น การวัดสัญญาณชีพผู้สูงอายุ และการแปลผล การสื่อสารกับผู้สูงอายุ รวมทั้งขาดความมั่นใจ ต้องใช้เวลาในการทบทวนและต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม ซึ่งจากการสัมภาษณ์แกนนำนิสิตกลุ่มนี้ให้ข้อมูลว่าเพราะไม่มีประสบการณ์ในการทำทักษะพื้นฐานด้านการวัดสัญญาณชีพมาก่อน จึงขาดความมั่นใจ ต้องการให้มีการสอน ชี้แนะ และแนะนำมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ แต่เมื่อทำได้แล้วก็มีเพิ่มความมั่นใจเพิ่มขึ้น

ในการฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง นั้น ผู้สูงอายุประเมินว่า แกนนำนิสิตปฏิบัติดูแลด้วยความนุ่มนวล แม้บางคนยังทำไม่ได้ดีเท่าที่ควร แต่นิสิตมีความตั้งใจและพยายาม นิสิตมีความอ่อนน้อมต่อผู้สูงอายุ พุดคุยกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่สุภาพ

สรุป รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ สามารถพัฒนาให้แกนนำนิสิตมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้ จึงควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ ได้ผลการวิจัยที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถของแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ 2) รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ในชุมชนต้นแบบเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และ 3) ได้พัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สถานศึกษา และองค์กรในระดับนโยบายระดับประเทศ และท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวและชุมชนโดย แกนนำนิสิต/ นักศึกษา และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำนิสิต เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่มีคุณภาพ ต่อเนื่อง และยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. สถานศึกษา (มหาวิทยาลัย) สามารถนำรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง ในเขตพื้นที่ชุมชนต้นแบบเทศบาลเมืองแสนสุข และขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ
2. นักวิชาการและนักวิจัย ได้รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ซึ่งสามารถนำไปต่อยอดในการศึกษาวิจัย และพัฒนาเป็นหลักสูตรการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

นักวิชาการ นักวิจัย และผู้สนใจ สามารถนำรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อไป

ผลผลิต (output) ของโครงการวิจัย

ผลผลิตของโครงการวิจัย

ผลผลิตของโครงการวิจัย การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ครั้งนี้ มีดังนี้

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถของแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
2. ได้รูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ในชุมชนต้นแบบเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
3. ได้พัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัย

1. สถานศึกษา กลุ่มชุมชนและสมาชิกในชุมชนเมือง สามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนไปปฏิบัติได้จริง
2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยทั่วไป
3. สถานศึกษา สามารถนำรูปแบบการพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงและเกิดประโยชน์แก่ชุมชนสังคมผู้สูงอายุในวงกว้างได้
4. มีการเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาเป็นการจัดการความรู้ระดับนิสิตนักศึกษาที่สามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นที่ตรงกับบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2559). *สถิติผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=3491&template=1R1C&yeartype=M&subcatid=27
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). *สถิติผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20170707092742_1.pdf
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2552). *ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2553). *เส้นทางสู่ความสำเร็จ การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ, วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และอัศวฤติ วิริยเวชกุล. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลความสามารถในการทำนายนการดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 235-244.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). ระบบการดูแลและระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ. ใน *วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (หน้า 315-351). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). *รายงานการวิจัยตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, วารี กังใจ, คณิสร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์. (2547). สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 15(2), 32-41.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.]. (2552). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. เข้าถึงได้จาก <http://thaitgri.org/?p=36162>
- วัชรีย์ ด่านกุล, ปัมพร สุคนธมาน, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, รักชนก คชานูบาล และปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). การแลกเปลี่ยนและความเป็นปึกแผ่นระหว่างสมาชิกต่างรุ่นในครอบครัวกับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 31(1), 21-47.

- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: เอส เอส พลัส
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และชลธิชา อัครนิรันดร์. (2555). *การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุในมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: พงษ์พานิชย์เจริญผล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนาภิษฐ์ และธนิกันต์ ศักดาพร. (2552). *โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์*.
- นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. (2551). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550-2551*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย = Synthesis of long-term care system of the elderly in Thailand*. กรุงเทพฯ: คิว พี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *แผนกลยุทธ์ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2556-2562*. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=9041
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, จิราพร ชมพิกุล, จุฑาธิป ศีลบุตร, กวินารัตน์ สุทธิสุนทร, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และสมชาย วิจิทธิภรณ์กุล. (2556). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2551). *การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Caplan, R. D. (1976). *Adtering to medical regimens: Pilot experimental in patient education and social support*. Ann Arbour: University of Macihigan.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fried, L. P., Catherine, M. T., Jeremy, W., Anne, B. N., Calvin, H., John, G., Teresa, S., Russell, T., Willem, J. K., Gregory, B., & Mary, A., M. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), 146-157.

- Holden, K., Fricke, T. R., Wilson, D. A., Jong, M., Naidoo, K. S., Sankaridurg. P. Wong, Y., Naduvilath, T. J., & Resnikoff, S. (2016). Community engaged leadership to advance health equity and build healthier communities. *Journal of Social Science (Basel)*, 5(1), doi:10.3390/socsci5010002.
- Keleher, H., & Murphy, B. (2004). *Understanding health: A determinants approach*. Melbourne: Oxford.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (5th ed.). St.Louis: Mosby.
- Old, J. L., & Woolley, D. (2014). *Primary care geriatrics: A case-based approach*. Philadelphia: Elsevier.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social innovation. *American Journal Orthopsychiatry*, 52(1), 20.
- Touhy, T. A., & Jett, K. (2012). *Ebersole & Hess' Toward healthy aging: Human needs & nursing response*. (8th ed.). St. Louis: Mosby & Elsevier.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp.17 - 26). Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *What is healthy ageing*. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2002). Active Aging: A Policy Frameworks. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMh_NPH_02.8.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2011). Global Health and Aging. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

รายงานสรุปการเงิน
เลขที่โครงการระบบบริหารงานวิจัย (2558A10803052) สัญญาเลขที่ 15/2558
โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558
มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อโครงการ การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข (ปีที่ 2)
หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ
รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558
ระยะเวลาดำเนินการตามแผน 1 ปี เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558

รายรับ

จำนวนเงินที่ได้รับ

งวดที่ 1 (50%) 240,200 บาท เมื่อ พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

งวดที่ 2 (40%) 192,160 บาท เมื่อ กันยายน พ.ศ. 2558

งวดที่ 3 (10%) 0 (ไม่ได้เบิก) บาท เมื่อวันที่ -

รวม 432,360 บาท

รายจ่าย

รายการ	งบประมาณที่ตั้งไว้	งบประมาณที่ใช้จริง	จำนวนเงินคงเหลือ/เกิน
1. ค่าตอบแทน	128,000	128,000	-
2. ค่าจ้าง ..งบบุคลากร	48000	ไม่ได้เบิก	-
3. ค่าวัสดุ	35,000	35,000	-
4. ค่าใช้สอย	221360	221320	-
5. ค่าครุภัณฑ์	-	-	-
6. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ - ค่าสาธารณูปโภคมหาวิทยาลัย	48,040	48,040	-
รวม	480,400 *	432,360**	-

*ยอดเงินรวมที่ตั้งไว้ **ยอดเงินรวมที่เบิกทั้งหมด (เฉพาะงวดที่ 1 และงวดที่ 2)

(.....)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)

หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

ภาคผนวก

โครงการวิจัย
เรื่อง การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข

แบบสอบถาม
ความรู้ และทัศนคติ ของนิสิตเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
2. โปรดอ่านคำแนะนำก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน
3. โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบสมบูรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดเขียนเครื่องหมาย ลงใน และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ ระบุ.....
4. ขณะที่กำลังศึกษาอยู่.....วิชาเอก..... ชั้นปีที่.....
.....
6. นิสิตเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้นักเรียนอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ใช่ ไม่ใช่ หรือ ไม่แน่ใจ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. สถานที่ที่เหมาะสมที่ควรพาผู้สูงอายุไปพักผ่อน คือ สวนสาธารณะ			
2. อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เราควรจัดให้คือ แกงจืดผักกาดขาว เต้าหู้ และปลานึ่งเต้าเจี้ยว			
3. เราจะต้องดูแลให้ผู้สูงอายุลดอาหารประเภทหมูพะไล			
4. เครื่องดื่มที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ น้ำผลไม้			
5. ผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย เราต้องดูแลให้ท่านอยู่ในห้องที่มีมดชิดไม่มีลมโกรก			
6. ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกอ่อนเพลีย ควรให้ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง			
7. ผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกควรรับประทานยาระบายทันที			
8. ถ้าผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ควรให้ดื่มน้ำน้อย ๆ			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18. ห้องน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นโถนั่งแบบชักโครก มีราวเกาะ และพื้นด้าน			
19. การพาผู้สูงอายุไปวัดในวันสำคัญทางศาสนาส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและอายุยืนยาว			
20. การดูแลให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในสังคม คือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไปทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้นิสิตเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความแต่ละข้อ ตามความรู้สึกนึกคิดของนิสิต แล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือ ไม่แน่ใจ

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1. การให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว			
2. ไม่จำเป็นต้องดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ เหมือนคนวัยหนุ่มสาวเพราะร่างกายไม่เจริญต่อไปแล้ว			
3. การชวนผู้สูงอายุพูดคุยขณะรับประทานอาหารเช้า จะช่วยให้ผู้สูงอายุเจริญอาหารมากขึ้น			
4. ไม่ควรจัดให้ผู้สูงอายุรับประทานผักและผลไม้เพราะฟันไม่ดี			
5. เป็นเรื่องปกติที่ผู้สูงอายุจะมีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระ			
6. การให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำมากจะช่วยให้ขับถ่ายได้ปกติ			
7. ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องจัดให้สวยงาม เพราะผู้สูงอายุมักจะทำเลอะเทอะเสมอ			
8. ผู้สูงอายุคือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดตลอดเวลา			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19. ผู้สูงอายุช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่นใจและรักใคร่ปรองดองกัน			
20. ผู้สูงอายุจะใช้เวลาในการนอนหลับลดลง จึงควรจะให้ทำกิจกรรมมากขึ้น			

โครงการวิจัย
เรื่อง การพัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับนิสิตและการดูแลผู้สูงอายุ
ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับนิสิต/นักศึกษาและการดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

คู่ หม้าย/หย่า/แยก

5. การศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา

อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

.....
.....
9. ปัจจุบันท่านอยู่กับใคร

อยู่คนเดียว

อยู่กับสามี / ภรรยา

อยู่กับบุตร/ หลาน อยู่กับญาติ อื่นๆ ระบุ.....

10. ปัจจุบันท่านมีผู้ดูแลหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ.....

.....

12. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมใดบ้าง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับนิสิต/นักศึกษาและการดูแล

1. ท่านมีความคิดเห็น หรือมุมมอง ต่อนิสิตในมหาวิทยาลัย อย่างไร?

.....

.....

.....

2. ท่านต้องการให้นิสิตในมหาวิทยาลัยดูแลท่านหรือไม่

ไม่ต้องการ

ต้องการ

ท่านต้องการให้นิสิตดูแลท่านเรื่องอะไร?

.....

ท่านต้องการให้นิสิตดูแลท่านอย่างไร?.....

.....

.....