



## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ  
เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 3)

การจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำ  
ครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

เวธกา กลิ่นวิจิต และคณะ

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

รหัสโครงการ NRMS 103205

สัญญาเลขที่ 8/2558

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 3)

การจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำ  
ครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

เวรกา กลิ่นวิจิต และคณะ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มีนาคม พ.ศ. 2560

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 8/2558 โครงการวิจัย เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ปีที่ 3 เป็นการดำเนินโครงการวิจัยต่อเนื่องเป็นปีที่ 3 ภายใต้แผนงานวิจัย “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่ง สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดยมุ่งสร้างแนวทางการพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัย มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาประเทศในอนาคต ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการเพื่อผลิตผลงานวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีคณะแพทยศาสตร์ เป็นแกนนำในการดำเนินการ และมีคณะวิชาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ดำเนินงานร่วมกันได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้รับความร่วมมือจากเทศบาลเมืองแสนสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี และผู้สูงอายุ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคันธ์ ที่ปรึกษาคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และ นายแพทย์สุริยา โปร่งน้ำใจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คุณณรงค์ชัย คุณปลื้ม นายกเทศมนตรี เทศบาลเมืองแสนสุข ที่เป็นที่ปรึกษา อำนวยความสะดวกและอนุญาตการใช้พื้นที่ในการศึกษาวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำวิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคล และประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตร ธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และ ขอกราบขอบพระคุณ มา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2560

## Acknowledgement

This work was financially supported by the Research Grant of Burapha University through National Research Council of Thailand (Grant No8/2558). The research project title of Development Family and Community Health Leader for Elderly in Community ; Saensuk Happiness Family Health Leader Model (Phase III). There was the third phase of this projects under Development Saensuk Happiness Elderly Community Model program. According to urgent issue of the ageing society for development their economy and social security, enhancing their quality of life and self-perception in fasten environment changes, the National Research Council of Thailand has granted this research program to develop guideline for developing their quality of life. This study was supported from the corporate of health science faculties of Burapha university such as The faculty of Medicine, faculty of Nursing, Public Health, Thai Traditional Medicine, Sport Science and the local government and the organization in ministry of Public Health especially the elderly in Saensuk Municipality and the Burapha University hospital to be the sample of this study. We would like to say thank you to Professor Dr.Sastree Saowakon, M.D., Assistant Professor Dr.Pisit Piriyaapun, Dean the faculty of Medicine, and Dr.Suriya Prongnamchai, Director of the Burapha University hospital for advisement and suggestion. Moreover, we felt thankfully Mr.Narongchai Khunpluem, the mayor of Saensuk Municipalty to facilitate and allowed us to use this area to study.

Thank Burapa university's Ethics Committee to provide guidance and feedback to the research in order to realize their rights and to respect the rights of individuals and the benefits of the sample.

Especially respectfully commemorate of the Philistines to lecture and give knowledges to the researchers. We will seek out as a role model to our children and future generations. The success of this research study was offering a replacement, and, Thank you very much.

The researchers  
March, 2017

## “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” (ปีที่ 3)

การจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับ

การพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

เวธกา กลิ่นวิจิต, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, สรร กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, คณิงนิจ อุสิมาส, พลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวน 377 คน ศึกษาศักยภาพด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม มีความเชื่อมั่น 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัย พบว่า

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ก่อนได้รับการพัฒนามีการรับรู้ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16, SD = 0.68$ ) และหลังได้รับการพัฒนา มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.55, SD = 0.89$ ) การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ก่อนได้รับการพัฒนามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 5.09$ ) และหลังได้รับการพัฒนา อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน ( $\bar{X} = 8.35$ )

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำในภาพรวม ก่อนและหลังได้รับการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -3.872, p < .001$ ) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ( $t = -3.487, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ( $t = -4.640, p < .001$ ) ด้านความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ( $t = 4.787, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ความต้านทานหรือความอ่อนแอของผู้สูงอายุ ( $t = -2.969, p < .01$ ) ด้านการรับรู้แนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $t = -2.178, p < .05$ ) ด้านการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ( $t = -2.143, p < .05$ ) และด้านทัศนคติบวกต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์ ( $t = -2.207, p < .05$ ) โดยมีด้านการปฏิเสธความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ที่ไม่มีความแตกต่างกัน ( $t = 0.109, p = 0.46$ )

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำ ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -9.565, p < .001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน ( $t = -3.707, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ( $t = -7.735, p < .001$ ) และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล ( $t = -9.618, p < .001$ )

สรุป การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีความสำคัญและช่วยให้แกนนำมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** การดูแลผู้สูงอายุ, แกนนำครอบครัวและชุมชน, ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ

## Development Family and Community Health Leader for Elderly in Community; Saensuk Happiness Family Health Leader Model (Phase II)

Knowledge Management and Evaluate Potential of Family and Community Health Leaders after Learning followed by the guideline of Saensuk Happiness Family Health Leader Model

*Wethaka Klinwichit, Ph.D., Pisit Piriyapun, MD., San Klinwichit Ph.D., Puengthong Inchai, Ph.D.,  
Knuangnij U-simart, Ploypun Klinwichit*

### Abstract

The purpose of this research were to knowledge management and evaluate potential of family and community health leaders after learning followed by the guideline of Saensuk Happiness Family Health Leader Model. 377 Samples were selected from family members and health care leaders in Saensuk municipality, Muang Chonburi with purposive sampling,. Variables of this study were well-being and health problem perception and perception of elderly health care's ability of family and community health leaders. Tools of this study was questionnaire with 0.87 cronbach's reliability. Statistics were frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

It was found that after receiving the knowledge and activities from the guideline of Saensuk Happiness Family Health Leader Model the samples;

1. Increased the perception of well-being and health problems of the elderly in the high level ( $\bar{X}$  =3.55, SD = 0.89) from the medium level ( $\bar{X}$  = 3.16,SD = 0.68) before receiving the knowledge and activities, and increased the perception of their ability in elderly health care in the quite certainly do level ( $\bar{X}$  = 8.35) from the medium level ( $\bar{X}$  =5.09) before receiving the knowledge and activities.

2. Comparison of elderly care potential in family and community health leaders perceive between before and after learning by this model were found that the overall mean score of their health perception and health problem of the elderly after learning were statistically significant at .001 level. There were statistically significant at .001 level in 3 aspects namely; Perceived health status of the elderly ( $t = -3.487, p <.001$ ) Perceived health status in the past ( $t = -4.640, p <.001$ ) and Concerns about elderly health ( $t = 4.787, p <.001$ ). There was statistically significant at .01 level in 1 aspect; Perceived resistance or susceptibility of the elderly ( $t = -2.969, p <.01$ ) and statistically significant at .05 level in 3 aspect; Perceived health trend of the elderly ( $t = -2.178, p <.05$ ), Acceptance of illness of the elderly ( $t = -2.143, p <.05$ ) and Positive attitude towards treatment received from physicians ( $t = -2.207, p <.05$ ). There was only one aspect of Rejection of illness of the elderly that was not statistically significant ( $t = 0.109, p = 0.46$ ).

3. Comparison of the perception of their ability in elderly health care between before and after learning by this model were found that the overall mean score were statistically significant at .001 level. There were statistically significant at .001 level in all aspects such as Self-efficacy in relieving ( $t = -3.707, p < .001$ ), Self-efficacy in responding to inappropriate behaviors of the elderly ( $t = -7.735, p < .001$ ), and their ability to control thought dissatisfied with caregiving ( $t = -9.618, p < .001$ ).

In conclusion, the development of health, family and community leaders for elderly care by using the potential development model to care for the elderly is important to help them to improve their ability to care for the elderly.

**Keywords:** Elderly health care, Family and Community Health Leader, Potential of elderly health care

## สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
Acknowledgement.....	ข
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช

### บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	3
	ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	3
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
	ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย.....	5
	การรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	5
	สถานการณ์และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.....	9
	ผู้ดูแลในครอบครัวและความสามารถของผู้ดูแล.....	13
	แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแล.....	23
	แนวคิดเกี่ยวกับกัลการดูแลFดยใช้ชุมชนเป็นฐาน.....	24
	การจัดการความรู้.....	25
	ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	28

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 34
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 34
	ขั้นตอนการวิจัย..... 34
	เครื่องมือการวิจัย..... 35
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... 35
	จริยธรรมการวิจัย..... 35
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 36
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 36
4	ผลการศึกษาวิจัย..... 37
	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด..... 38
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ ของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและ หลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ..... 41
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับ การพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ..... 46
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 49
	สรุปผลการวิจัย..... 49
	อภิปรายผลการวิจัย..... 51
	ข้อเสนอแนะ..... 54
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 54
	รายงานสรุปการเงิน..... 55
	บรรณานุกรม..... 56
	ภาคผนวก..... 61
	ประวัติคณะผู้วิจัย..... 72

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง.....	38
2	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ.....	41
3	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง ได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ.....	46

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีกเพียง 7 ปีข้างหน้า และคาดว่าจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้าเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557, หน้า 6) จากผลการศึกษาศาสนาการณผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 ได้มีข้อเสนอแนะ ให้เร่งดำเนินการวางนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยโดยเน้น 4 ด้าน คือ 1) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมีศักดิ์ศรี 2) เสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ 3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืน และ 4) จัดทำแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งการเร่งพัฒนา ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากศึกษาวิจัย มาสู่การทดลองใช้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรู้ว่าชีวิตมีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ที่การช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002) ระดับการสูงวัยของประชากรสามารถวัดด้วย “ดัชนีการสูงวัย” (Index of Ageing) โดยเป็นอัตราส่วนระหว่างประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี คูณด้วย 100 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุกี่คนต่อเด็ก 100 คนตั้งแต่ปี 2513-2583 ดัชนีการสูงวัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ในปี 2513 มีผู้สูงอายุเพียง 11 คน ต่อเด็ก 100 คน หลังจากนั้นปี 2553 ดัชนีการสูงวัยเพิ่มสูงเป็น 67 คน และในปัจจุบัน พ.ศ.2556 ดัชนีการสูงวัยเพิ่มขึ้นสูงถึง 79 คนในปี 2561 หรืออีก 5 ปีข้างหน้า ประชากรวัยเด็กจะมีจำนวนเท่าๆ กับประชากรสูงอายุ และหลังจากนั้นประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าเด็กไปเรื่อยๆ โดยใน พ.ศ.2583 จะมีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง 251 คน ต่อเด็ก 100 คน โครงสร้างอายุของประชากรไทยมีแนวโน้มที่จะสูงวัยขึ้นไปเรื่อยๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญ คือ การมีจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าจำนวนเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของประเทศไทยในปี 2561 หรือในอีก 5 ปีข้างหน้า ดัชนีการสูงวัย จะมีค่าสูงกว่า 100 ในปี 2561 เมื่อโครงสร้างประชากร เริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงาน ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก็จะลดน้อยลง ซึ่งคำนวณโดยการหารจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปี

และมากกว่า ด้วยจำนวนประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15 – 59 ปี) พบว่า ในปี พ.ศ. 2533 มีประชากรวัยแรงงาน 10 คน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และยังมีการประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2563 ภาวะของประชากรวัยแรงงาน ในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้น เพราะประชากรวัยแรงงาน ประมาณ 4 คน จะต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ในภูมิภาคตะวันออก กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกมีสัดส่วนผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.6 เป็นร้อยละ 15.4 วัยทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 70.7 และวัยเด็กลดลงจากร้อยละ 20.5 เป็นร้อยละ 13.9 จังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด คือ จังหวัดชลบุรี รองลงมา คือ จังหวัดจันทบุรี สำหรับจังหวัดที่มีอัตราพึ่งพิงสูงที่สุด คือ จังหวัดตราด รองลงมาคือ จังหวัดจันทบุรี โดยที่แนวโน้มจำนวนวัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ และอัตราส่วนการเป็นภาระต่อประชากรวัยแรงงาน ปี 2553 และ ปี 2563 เปรียบเทียบกับจังหวัดในกลุ่มภาคตะวันออก พบว่า อัตราส่วนการเป็นภาระต่อประชากรวัยแรงงาน 100 คน อัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุ ของภาคตะวันออก มีอัตราส่วน 15.4 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศที่มี อัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน 100 คน เป็น 17.6 ซึ่งมีอัตราการพึ่งพิงที่ค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักงานสถิติ, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) การมีจำนวน และสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น ในการเตรียมรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องร่วมแรงร่วมใจเป็นพลังในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลให้ความสนใจกับเรื่องสุขภาพของตนเองให้มากขึ้นเพื่อที่จะได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีสุขภาพดี รู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย

ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงเป็นแนวคิดที่สามารถสนองตอบความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุและการให้บริการสุขภาพจึงขยายขอบเขตลงสู่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการสุขภาพ ท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (ชวลีกร ด่านยุทธศิลป์ และสุรินธร กลัมพากร, 2554, หน้า 100) ในภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ 2 ระดับคือ ระดับครอบครัว และระดับชุมชน ครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบเนื่องจากระบบสวัสดิการสังคมหลายด้านของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรสูงอายุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวจึงทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เป็นไปได้ดี (สุมาลี ว่องเจริญกุล, 2540) นอกจากนี้แนวคิดการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและชุมชน (Family and Community Health Leader) ยังเป็นแนวคิดที่น่าจะมีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลสูงสุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีเป้าหมายที่สำคัญดังนี้คือ 1) บุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพและ

มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัว 2) องค์กรชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในท้องถิ่น 3) มีนวัตกรรมที่เหมาะสมในระดับชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากผลการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ได้นำแนวความคิดดังกล่าว ไปดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นเขตเทศบาลที่มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.09 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศชาย ร้อยละ 5.92 และเพศหญิง 8.17 จากข้อมูลสำนึกทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลเมืองแสนสุข (2559) ที่แสดงไว้ มีจำนวนประชากรรวม 46,093 คน เป็นเพศชาย 21,243 คน เพศหญิง 24,850 คน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ รวม 6,495 คน เพศชาย 2,727 คน และเพศหญิง 3,768 คน โดยมีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดสังคม หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ ร้อยละ 91 2) กลุ่มติดบ้าน หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีร้อยละ 8 และ 3) กลุ่มติดเตียง หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ มีร้อยละ 1 นำไปสู่การสร้างรูปแบบและแนวทางการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ในระยะที่ 2 โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินการและถ่ายทอดความรู้ และความเข้าใจ ทักษะ ต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาเจตคติที่ดีในการอยู่ในสังคมสูงวัย ดังนั้น เพื่อจัดการความรู้และประเมินศักยภาพของแกนนำครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามรูปแบบและแนวทางเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะของการติดตามผล ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพกว้างระดับประเทศและใช้กำหนดนโยบายและเป้าหมายเพื่อพัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต่อไป

### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อจัดการความรู้ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัว และชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

### ขอบเขตของโครงการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 23,925 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 377 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบผลของการใช้รูปแบบและวิธีการในการพัฒนาครอบครัวและชุมชนในการเป็นแกนนำเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
2. มีชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี จากการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข ในเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
3. กลุ่มชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

แกนนำ หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ชุมชน หมายถึง สมาชิกในชุมชนในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

การดูแล หมายถึง การส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้รับบริการที่ดี มีสังคมที่ดี และมีชีวิตที่มีความสุขอย่างพอเพียง

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เฉพาะที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
2. สถานการณ์และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
3. ผู้ดูแลในครอบครัวและความสามารถของผู้ดูแล
4. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
5. แนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
6. การจัดการความรู้

ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

##### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

###### ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

โอเร็ม (Orem, 1991, หน้า 151-153) กล่าวว่า ผลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยในมิติของความสามารถและพื้นฐานของลักษณะส่วนบุคคลที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีผลกระทบทำให้เกิดแนวทางที่บุคคลคิดและเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตและนำบุคคลไปสู่ความกังวลหรือหวงใยในทุกสิ่งที่เขาสังเกตเห็น ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ จึงหมายถึง กระบวนการทางความคิด และความเข้าใจของบุคคลที่แปลความหมายหรือประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในด้านภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินไป

สเปค และคนอื่นๆ (Speak; et al, 1989, หน้า 93-100) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง แนวคิดหรือความคิดของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อันเป็นการประเมินตนเองทั้งหมดทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพในอดีต และปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการรับรู้ส่วนบุคคล เช่น สภาพร่างกาย ความเชื่อ การแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นผลสะท้อนของการประเมินตนเองทั้งหมดทั้งหมดทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับร่างกายที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดและความคิดเห็นส่วนบุคคล

เพนเดอร์ (Pender, 1987, หน้า 64) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นส่วนของการสังเกตสถานภาพของสุขภาพ เป็นความคิดเห็นและความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและประเมินระดับภาวะสุขภาพของพวกเขาที่มีผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมความรับผิดชอบและเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง

ศิริพร ชัมภลิต (2539) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับระดับของภาวะสุขภาพและการยอมรับในบทบาทการ เจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ภาวะสุขภาพตามกระบวนการของโรคตามที่แพทย์รับรู้ แต่ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาต่อ ประสบการณ์ที่มีผลต่อความผาสุกรวมทั้งอาการแสดงที่เกิดขึ้นซึ่งรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่หรือ การทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528) กล่าวว่า การรับรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล คือ บางคนอาจ มีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย หรือไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการ รับรู้ของบุคคลเหล่านี้ จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสีย ความเป็นบุคคลไปพลที่ตามมา คือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่ แตกต่างกัน จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน

สรุปได้ว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

### **การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ**

จากการศึกษาแนวทางการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีการประเมินหลายรูปแบบ ดังต่อไปนี้

แฮมมอนด์ และโอกิ (Hammond and Aoki ,1992) ได้กล่าวว่า การประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ต้องดำเนินการประเมินให้มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ตามบทบาทของบุคคล เดนเยส (Denyes , 1989) ได้เสนอแนวทางการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และ การได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง โดยศึกษาในแง่ของความเพียงพอกับความต้องการ ซึ่ง หากได้รับเพียงพอกับความต้องการ จะสามารถนำไปสู่การมีความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของ ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

เดโย และคณะ (Deyo et al. , 1982 ,1983 , Bergner,1988,1993) ใช้เครื่องมือ The Sickness Impact Profile (SIP) ประเมินผู้ป่วยตามการรับรู้ในด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาทหน้าที่ในสังคม โดยทำการ ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ 12 ด้าน ได้แก่ การลุกเดิน การดูแลร่างกายและการ เคลื่อนไหว การเคลื่อนที่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ด้านการเรียนรู้ การใช้ ความคิดสติปัญญา การสื่อสาร การทำงาน การนอนหลับและการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การทำงาน และการจัดการต่าง ๆ ภายในบ้านและกิจกรรมเพื่อความบันเทิงและพักผ่อนหย่อนใจ

เบกเกอร์ (Becker , et al. , 1974) กล่าวว่า การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองตามแนวคิด ความเชื่อด้านสุขภาพว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ

โกลด์เบิร์ก (Goldberg , 1972) ทำการวัดการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพโดยวัดสภาพทั่วไปของตนเองใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ความวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความพร้อมของบทบาททางสังคม และภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง

บรูค และคนอื่นๆ (วณิตา กองแก้ว, 2549, หน้า 35; อ้างอิงจาก Brook; et al, 1979) ทำการศึกษาพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศอเมริกา ไตเสนอเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพโดยทั่วไปและได้พัฒนาเป็นแบบวัดตัวการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) โดยมีประเด็นการวัด 6 ด้านคือ

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน เช่น ความเจ็บป่วยรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยใดๆ ประสบการณ์การเหล่านี้นิยมทำให้บุคคลรับรู้ประมวลผลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบัน การรับรู้ในอดีตอาจทำให้การรับรู้ปัจจุบันบิดเบือนจากความเป็นจริงได้ เพราะความประทับใจที่เกิดขึ้นในครั้งแรกในกระบวนการรับรู้ของบุคคลมีความคงทนมาก และการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกันด้วย

2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจุบัน (Current Health) ก่อนที่บุคคลแต่ละคนจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามที่เป็จริง และครบถ้วนวันละครั้ง หรือบ่อยกว่าก็ได้ ด้วยความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี หรือเจ็บป่วย การประเมินของแต่ละบุคคลจะไปตามความหมายของ “สุขภาพ”ตามที่เขาคิด การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก็ได้ ถ้าภาวะความภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อสุขภาพของเขาน้อย เช่น กรณีที่อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้รับในปัจจุบันอาจขัดกันกับความประทับใจในอดีตมาก การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ก็สามารุเกิดขึ้นได้เหมือนกัน การรับรู้จะทำให้บุคคลนั้นเลารายละเอียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook) เมื่อบุคคลเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยของเขาจะส่งผลต่อการทำงานหรือความพิการของร่างกาย บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองซึ่งทำให้มีความหวังหรือหมดหวังได้ ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวังจะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีความหวังน้อยหรือหมดหวัง บุคคลจะรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตในทางลบ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันด้วย

4. ความหวังกังวลและตระหนักในภาวะสุขภาพ (Health Worry and Concern) เป็นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองบุคคล มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่จะควบคุมโรคและป้องกันความพิการจากโรคได้

5. การรับรู้ถึงความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย (Resistance or Susceptibility to illness) การที่บุคคลได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองโดยรับรู้ถึงจุดอ่อนเกี่ยวกับสุขภาพตน เช่น รู้สึกว่า

ตนเองอ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย หรือมีความต้านทานต่อโรคดี แตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่ได้รับ

6. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่пенอยู่ (Sickness Orientation) การที่บุคคลจะเข้าใจและสามารถบอกถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้หรือประสบการณ์จากการเจ็บป่วยนั้น เช่น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ ผลการรักษาหรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต่อง นอกจากนั้นบุคคลที่เจ็บป่วยต้องยอมรับว่าขณะนี้ตนเองเจ็บป่วย และต้องการการดูแลตนเอง

### ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แอนเดอร์สัน(Andersen,1981) ได้ศึกษาและพัฒนาารูปแบบพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพที่เน้นเฉพาะผู้ใช้บริการว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจไฝ่หาและใช้บริการสุขภาพใดๆก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล(predisposing factors) ได้แก่ปัจจัยด้าน ประชากร โครงสร้างทางสังคม เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพของหัวหน้าครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะคติ ความเชื่อที่มีต่อคุณภาพบริการสุขภาพและต่อเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ

2. ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการได้(enabling factors) ประกอบด้วย เศรษฐฐานะ หรือทรัพยากรของครอบครัว แหล่งประโยชน์อื่นๆที่แต่ละครอบครัวพึงจะได้รับ เช่น การทำประกันสุขภาพ สวัสดิการที่รัฐจัดให้ บริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะใช้บริการได้ หรือการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้เมื่อเขาต้องการ

3. ปัจจัยความต้องการหรือความจำเป็นทางสุขภาพ(needs for health services) เป็นปัจจัยความต้องการที่สามารถวัดได้จากการรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล และการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งอาจประเมินปัจจัยนี้ได้ 2 ทางคือ การรับรู้โดยบุคคลนั่นเอง(perceived needs) และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ

กมลวรรณ ธงศิริ (2548, หน้า 58; อ้างอิงจาก Kozier; & Erb. 1988: 75-76) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่

1. ระดับขั้นพัฒนาการของบุคคล การที่บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนได้นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุ

2. อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม วัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และมีการถ่ายทอดจากบิดามารดาไปสู่ลูกหลานด้วย

3. ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์การเจ็บป่วยจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจภาวะสุขภาพได้ดีขึ้น

4. ความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของตนสูงอยู่เสมอ เมื่อมีสิ่งใดมากระทบต่อการทำหน้าที่ของตนแม้เพียงเล็กน้อย เขาก็จะมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับตน

## สถานการณ์และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

### สถานการณ์ผู้สูงอายุของไทย

ประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าคนในกลุ่มอายุอื่นมาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปีมาแล้ว ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัจจัยทางประชากรที่สำคัญ 2 ประการได้แก่

1. คนไทยนิยมมีลูกน้อยลงทำให้มีการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์จาก 42.2 คนต่อประชากรพันคนในปีพ.ศ.2507 เป็น 10.9 คน ต่อประชากรพันคนในปีพ.ศ. 2548
2. การพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุจึงเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุของไทยสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-79 ปี มีจำนวน 6,172,000 คน (ร้อยละ 90.44) 2) กลุ่มวัยปลาย อายุ 80-99 ปี มีประมาณ 648,000 คน (ร้อยละ 9.5) และ 3) กลุ่มที่อายุ 100 ปีขึ้นไปมีประมาณ 4,000 คน (ร้อยละ 0.06) (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550)

นอกจากการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุในมิติของอายุแล้ว อีกมิติหนึ่งควรพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ โดยมีการจำแนกผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ช่วงเช่นกัน ดังนี้ (สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2551)

ช่วงแรก เป็นช่วงของวัยที่ยังมีพลังหรืออาจเรียกว่าเป็น Active aging ผู้สูงอายุในวัยนี้มีประสบการณ์ความรู้ ความสามารถและภูมิปัญญาที่ยังพร้อมใช้งานได้ ประกอบกับสภาพร่างกายยังคง แข็งแรงกระฉับกระเฉง ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัยนี้สามารถทำงานสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้เป็นอย่างดี ช่วงเวลาแห่งการมีพลังของความสูงวัยโดยปกติมักจะพบในช่วง 60-69 ปี

ช่วงที่สอง เป็นช่วงแห่งการพักผ่อน ในช่วงนี้ผู้สูงอายุอาจยังมีสภาพร่างกายโดยรวมที่ยังดีอยู่แต่ไม่กระฉับกระเฉง หรือเริ่มอ่อนแอลง บางคนสูญเสียความคล่องแคล่วทางกาย ความสามารถในการเห็น การได้ยิน การเคี้ยวอาหาร และปัญหาการทรงตัว ดังนั้น ผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้จึงต้องการการพักผ่อนมากกว่าการทำงานพบในช่วง 70-79 ปี

ช่วงที่สาม เป็นช่วงแห่งการพึ่งพิง ในช่วงวัยนี้ผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วยและมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น จึงต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้นผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในช่วงแห่งการพึ่งพิงมักจะพบในวัยที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

### จำนวนและภาวะที่พึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย

จำนวนและภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับความสำเร็จของนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย และความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสาธารณสุขได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศ กล่าวคือ ประชากรวัยเด็ก 0-14 ปี มีสัดส่วนลดลงจากปี พ.ศ. 2543 แต่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 5.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นประมาณ 8.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรวัยอื่น ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2503-2553 และการคาดการณ์แนวโน้มของจำนวนประชากร ใน ปี พ.ศ. 2553 และ 2563

พ.ศ.	ทุกกลุ่มอายุ	0 - 14 ปี	15 - 59 ปี	60 ปีขึ้นไป
2503	26,202.7	11,319.6	13,674.9	1,208.2
2513	34,383.9	15,506.3	17,196.6	1,681.0
2523	44,824.8	17,165.7	25,213.5	2,445.6
2533	54,545.5	15,946.9	34,584.6	4,014.0
2543	61,770.2	15,104.6	40,795.9	5,869.7
2553	66,404.6	13,642.4	44,284.1	8,381.8
2563	69,410.4	12,737.2	44,284.2	12,389.0

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2548 อ้างถึงใน วันเพ็ญ ปันราช, 2552)

แหล่งข้อมูล: ปี พ.ศ. 2503 - 2543 จากสำมะโนประชากร

### มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ

ส่วนหนึ่งมีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพิง การที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าประชากรอายุ 16-59 ปี คือประชากรวัยทำงานที่ต้องเป็นภาระในการเลี้ยงดูประชากรวัยเด็ก (ประชากรวัย 0-14 ปี) และประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เรียกว่าอัตราการพึ่งพิง ซึ่งการที่อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นก็หมายความว่ารัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย

### มุมมองต่อสถานภาพพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปในแต่ละช่วงอายุมีผลกระทบต่อสถานภาพของบุคคลเป็นอย่างมาก ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่การเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ความเข้มแข็ง ความมีชีวิตชีวาและความหวังในชีวิต แต่การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสถานภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในลักษณะถดถอย และการเปลี่ยนแปลงแต่ละด้านต่างมีผลกระทบต่อกันเป็นลูกโซ่ ซึ่งสถานภาพด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมีดังนี้

#### 1. สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุไทย

พบว่า ประมาณร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 81.1 อาศัยอยู่ในชนบท โดยพบว่า ผู้สูงอายุชายจะอาศัยอยู่กับคู่สมรสในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสหม้าย) ผู้สูงอายุหญิงจะมีความต้องการการดูแลจากลูกหลานมากกว่าผู้สูงอายุชาย และพบว่าประมาณร้อยละ 31 ของผู้สูงอายุไทยไม่ได้รับการศึกษาในระบบ โดยในจำนวนนี้จะพบในผู้สูงอายุหญิงเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท แหล่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมดอยู่ในชุมชนและอยู่ในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่อยู่อาศัยในสถาบัน เช่น วัด และสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุไทยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือน ส่วนน้อยเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ที่

อยู่ตามลำพัง (วรรณภา ศรีธีธรรณ์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) แต่ตัวเลขนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่อาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อให้ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กน้อย และการเคลื่อนย้ายแรงงานของประชากรวัยแรงงานที่อพยพไปแสวงหางานในพื้นที่เขตเมืองและแหล่งอุตสาหกรรมมากขึ้นหากพิจารณาบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชนแล้วจะพบว่า ปัจจุบันสถานภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ในอดีตผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวปกครองบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและทำหน้าที่ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวจะมีความรักใคร่และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่ในปัจจุบันลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปที่ขนาดของครอบครัวมีขนาดเล็กลงที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม ที่ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในฐานะผู้รับมากกว่าผู้ให้ จากผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้อาศัย เกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญและต้องพึ่งพาผู้อื่นและไม่อาจทำประโยชน์ให้กับชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ได้เหมือนในอดีต

## 2. สถานภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Status of Aging)

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้ระบบภายในร่างกายของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายชะงักการเจริญเติบโตเริ่มเสื่อมถอยและทำงานอย่างไม่ปกติ อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น เกิดความผิดปกติทางเดินโลหิต เกิดการเปลี่ยนแปลงของต่อมต่าง ๆ ได้แก่ ต่อมเหงื่อ ผิวหนังแห้งแตก เกิดการเสื่อมทางกระดูกและกล้ามเนื้อรวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสมอง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายและระบบอื่น ๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบ เป็นการเสื่อมถอยทางสุขภาพ และระบบประสาท ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรับโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่ายและเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่น

ด้านภาวะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่า ปัญหาปวดข้อและปวดหลังเรื้อรังเป็นปัญหาของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยมีความชุกมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มอายุ ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่พบบ่อยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549: วรรณภา ศรีธีธรรณ์ และผ่องพรรณอรุณแสง, 2549) อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมิได้หมายถึงว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดจะมีภาวะการเจ็บป่วยและเป็นโรค ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากยังเป็นกลุ่มที่มีร่างกายแข็งแรงสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ ข้อมูลจากการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 93.1 ยังช่วยเหลือตนเองได้จาก ร้อยละ 4.0 ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 1.1 ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และร้อยละ 1.8 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

กล่าวโดยสรุปภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดกับวัยผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งได้ก่อให้เกิดความต้องการการพึ่งพิงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้า

เป็นการเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานและมีภาวะทุพพลภาพตามมา ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมและจิตใจตามมาด้วย

### 3. ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Disability of ageing)

อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพในประเทศพบถึง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุและ 1 ใน 5 เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่ต้องการการดูแล สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพคือโรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทยต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจากการพยากรณ์ประชากรของประเทศไทย พบว่าปี ค.ศ. 2010, 2020 และ 2030 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาจำนวนถึง 499,837, 741,466 และ 1,100,754 คน ตามลำดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิทูร พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ซึ่งจำนวนนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้อีกหากการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่ทันการณ์ และที่สำคัญคือตัวเลขเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าอนาคตข้างหน้าประเทศไทยต้องให้ความสนใจ “ผู้ดูแล” และ “การดูแลระยะยาว” เพื่อรองรับสถานการณ์ และจากข้อมูลอัตราการพึ่งพิงของประเทศไทย พบว่าในปี ค.ศ. 2530 ที่อัตราส่วนส่วนประชากรพึ่งพิง (Dependency Ratio) เพิ่มขึ้นอย่างมากที่อาจเป็นภาระหนักต่อประเทศชาติที่ต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าว

### 4. สถานการณ์ทางจิตใจของผู้สูงอายุ (Psychological Status of Ageing)

จากการสำรวจผู้สูงอายุไทย พบว่า ส่วยใหญ่มีสุขภาพจิตดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงสถาบันการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ซึ่งความทุกข์ในของผู้สูงอายุไทย เพราะลูกหลานทอดทิ้ง ไม่มีลูกหลานดูแล สังคมทอดทิ้งไม่เห็นคุณค่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทจะทุกข์ใจที่ต้องทุกข์กายจากโรคจากความยากจน จาก การต้องดูแลหลายที่ลูกพามาให้เลี้ยง ขาดผู้ดูแลและขาดเครื่องอุปโภคบริโภคที่ควรมี (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

### 5. สถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ (Financial Status of ageing)

ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศเกิดความทันสมัยด้านต่าง ๆ ทั้งวิทยาการและเทคโนโลยี ทำให้มีการขยายตัวหรือเกิดการเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบทางผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม วิถีทางดำเนินของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเสื่อมโทรมของร่างกายจึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีฐานะยากจน และผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 มีรายได้ต่ำ ไม่มากพอที่จะจุนเจือตนเองและครอบครัว โดยเป็นปัญหากับผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง มีผู้สูงอายุร้อยละ 0.4 ที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 3.4 มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อปี และร้อยละ 13.4 ที่ครัวเรือนมีรายได้ระหว่าง 2,500-9,999 บาทต่อปี ปัญหารายได้ต่ำนี้พบชัดเจนในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ในผู้สูงอายุหญิง และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่า (มัทนา พนานิรามัย และนางนุช สุนทรชวกันต์, 2545) มีผู้สูงอายุร้อยละ 22 เป็นบุคคลหลักในการหาเลี้ยงครอบครัวโดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุชายในเขตชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรม ผู้สูงอายุในชนบทจำเป็นต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เนื่องจากลูกหลานนิยมย้ายออกไปทำงานต่างถิ่นหรือทำงานในเมืองใหญ่ และเมื่อมีบุตรมักนำมาฝากให้ปู่ ย่า ตา ยายดูแล การเลี้ยงดูเด็กจึงตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูตนเองแล้วยังต้องหาเลี้ยงบุตรหลานอีกด้วย และผู้สูงอายุอาจมี

รายได้บางส่วนจากการเกื้อกูลจากบุตรที่ไปทำงานต่างถิ่น ส่งเงินมาให้สำหรับเป็นค่าเลี้ยงดูหลานที่นำมาฝากให้ ผู้สูงอายุช่วยเหลือ นอกจากนี้บุตรจะเป็นแหล่งสำคัญในการสนับสนุนใช้จ่ายยามเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในขณะเจ็บปวดหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

## 6. รายได้ของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลของบิสิเนสไทย (2551) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 63.6 จะหยุดการประกอบอาชีพประจำแต่ผู้สูงอายุที่เหลืออีก 1 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 36.4 ยังไม่ยอมเกษียณตัวเองจากการทำงาน ซึ่งรายได้ที่ได้รับสามารถสรุปได้ดังนี้

สำหรับผู้สูงอายุที่ยังทำงาน พบว่า ร้อยละ 70 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 50,000 บาท/ปี ที่เหลืออีก ร้อยละ 30 เป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 50,000 บาท/ปี ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มย่อยได้เป็น ประมาณร้อยละ 15.3 มีรายได้ต่ำกว่า 100,000 บาท/ปี ประมาณร้อยละ 10.0 มีรายได้ระหว่าง 100,000-299,999 บาท/ปี และ ประมาณร้อยละ 4.7 มีรายได้สูงกว่า 300,000 บาท/ปี ขึ้นไป

### สรุปปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ

สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย เป็นปัญหาจากความสูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งการเกิดโรคในผู้สูงอายุที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคทางจิตเวช เป็นต้น
2. ปัญหาทางจิตใจ ได้แก่ การแสดงออกถึงความว้าเหว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่าหรือถูกรังเกียจ
3. ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการขาดรายได้ การเกษียณอายุ ไม่มีใครจ้างทำงาน ขาดที่อยู่อาศัย เป็นต้น

## ผู้ดูแลในครอบครัวและความสามารถของผู้ดูแล

### ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้าน หรือผู้ดูแลในครอบครัว

คำว่า “ผู้ดูแล” หรือ “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” หรือ “ผู้ดูแลในครอบครัว” หรือศัพท์ภาษาอังกฤษเขียนในบทความ หรือรายงานวิจัยต่าง ๆ คือ “Family caregiver” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ “Carers” นิยมใช้ใน สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น (เกรียงศักดิ์ เกรียง ฤทธิอา, <https://www.gotoknow.org/posts/121180>)

ผู้ดูแล คือ “ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ” (Ross & Mackenzie, 1996)

ผู้ดูแล คือ “ใครบางคนที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล” (Carers UK, 2005)

ผู้ดูแล คือ “ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

สรุป “ผู้ดูแล” คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

### ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiving)

การดูแล มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะ เช่น

การดูแล (caregiving) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และ จิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแล โดยครอบคลุมทุกด้านไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่างๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไปแต่ระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (Kane & Kane, 2000)

การดูแล (caregiving) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และ จิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแลกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และ จิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแล ซึ่งต้องได้รับการตอบสนองหรือช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (George, 1996)

ในแง่ผู้สูงอายุ การดูแล (caregiving) หมายถึง คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยบริการต่างๆ ได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

สรุป “การดูแล” คือ การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพร่องความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ของสมาชิกในครอบครัว ในการตอบสนองความต้องการภาวะพร่องความสามารถดังกล่าว โดยการช่วยเหลือเป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง

### ความสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver)

สภาวะปัจจุบัน สถานพยาบาลของรัฐที่มีอยู่ สามารถรองรับได้แต่ผู้ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันเท่านั้น ยังไม่มีสถานดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรังให้กับประชาชน ขณะเดียวกันนโยบายทางด้านสาธารณสุขและสังคม ได้มีการส่งเสริมให้มีการดูแลในชุมชน (Community care) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย ลดการย้ายเข้ามาอยู่ในสถานพยาบาล และยังช่วยลดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพด้วย ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้สามารถรักษาโรคเจ็บป่วยเฉียบพลันได้ ส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องอยู่ในสภาพพึ่งพา ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือช่วยการทำกิจวัตรประจำวันให้ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยคนในครอบครัว แต่การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบ้านนั้น เป็นงานที่หนักมาก มีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และฐานะทางการเงินของผู้ดูแล จนผู้ดูแลอาจกลายเป็นผู้ป่วยด้วย โดยที่ผู้อื่นอาจมองไม่เห็น หรือเรียกว่า ผู้ป่วยแฝง (hidden patient) จากการสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค

เรื้อรัง ในสหรัฐอเมริกา ใน ค.ศ. 1980 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 80 ดูแลโดยคนในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งต้องให้การดูแลอยู่ตลอดเวลา (Lubkin & Payne, 1998. อ้างใน ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547)

### การแบ่งประเภทของ family caregiving

ประเภทของผู้ดูแล การพิจารณาผู้ดูแลโดยแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้ (Alzheimer Research, 2003; Bell & Gibbons, 1989; Parker, 1992. อ้างใน ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2549)

1) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) โดยอาจจะไม่รับ หรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ตามข้อตกลง

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 (Ungerson, 1990) ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ในกลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการอาจมีผู้ที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันหลายคน Parker (1992) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

#### 1. แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1.1. ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver/carers) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัว ในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

1.2. ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

## 2. แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ มีดังนี้

2.1. ผู้ดูแลหลัก (main carers/major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขภาพส่วนตัว ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยใช้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงสุด และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับของความเครียดต่างกัน (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2549)

2.2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver/carers) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน เป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเท่านั้น

### ลักษณะของผู้รับการดูแล

ผู้รับการดูแลหรือผู้รับความช่วยเหลือ หมายถึง บุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะโดยความต้องการนั้นต้องได้รับการตอบสนอง หรือช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ลักษณะของผู้รับการดูแล สามารถพิจารณาแบ่งเป็น 2 ประเภท (George, 1996 อ้างใน วรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, 2547) ดังนี้

1. บุคคลที่มีความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ
  - 1.1. ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น อัมพาต หัวใจ ไต โรคทางจิตเวช เป็นต้น
  - 1.2. ผู้มีความพิการทางร่างกายต่างๆ เช่น แขน ขา ดวงตา หู เป็นต้น
  - 1.3. ผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น ปัญญาอ่อน เป็นต้น
2. บุคคลที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือได้น้อยตามพัฒนาการ เช่น วัยทารก วัยเด็ก วัยสูงอายุ เป็นต้น

### สถานที่สำหรับการดูแล

สถานที่ใดก็ได้ที่ผู้รับบริการใช้เป็นสถานที่พักอาศัย อาจจะเป็นบ้าน เปีง อพาร์ทเม้นท์ อาคารชุดหรืออื่น ๆ ที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นแหล่งที่อยู่อาศัย หรือชุมชน แต่ไม่ใช่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพใดๆ

## คุณลักษณะของญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Demographic of family caregiving)

คุณลักษณะโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่บ้าน เป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดในครอบครัวหนึ่งๆ จะเหมาะสมหรืออยู่ในข่ายที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ซึ่งคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลจากรายงานการวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ (Exploring the myths: Caregiving in American, 1998; ชนิตา มณีวรรณ, เมธีร์ สุตจินดา และคณะ, 2535; ชนิตา มณีวรรณ, สุนทรี ภาณุทัต และคณะ, 2536; วิภาวรรณ ชุ่ม, 2536. อ่างใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) สามารถสรุปได้ดังนี้

### 1. อายุ

ผู้ดูแลที่อายุมาก จะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก กระบวนการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และการดูแลผู้ป่วยอาจดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งการศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย (2547) ซึ่งศึกษาสถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงดังต่อไปนี้ คือ อายุช่วง 41 – 50 ปี และ 31 – 40 ปี ในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 21.1 และ 20.8) รองลงมาคือ 51 – 60 ปี และ 61 – 70 ปี (ร้อยละ 19.5 และ 17.1) อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่อายุมากสุขภาพย่อมมีความเสื่อมตามวัย ย่อมให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน จึงต้องการผู้ช่วยเหลือด้านแรงงานมากกว่า ผู้ที่มีอายุน้อย

### 2. เพศ

ลักษณะของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นั้น เพศหญิง เพศชาย อาจมีความแตกต่างกันในเรื่อง ความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็ก หรือ ผู้สูงอายุ การเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวได้ง่าย ส่วนเพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาทของผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า (วิลลรัตน์ ภูวราวุฒิมานิช, 2537) ในต่างประเทศ สหรัฐอเมริกา ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ดูแลในบ้านเป็นเพศหญิง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย (2547) ซึ่งศึกษาสถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.1) และจากการศึกษาของ ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ศึกษาเรื่องอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.5) เพศชาย (ร้อยละ 18.5)

### 3. ระดับการศึกษา

ผู้ดูแลที่มีการศึกษาดี จะมีการใช้เหตุผล และวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น

### 4. สถานภาพสมรส

ผู้ดูแลที่คู่สมรสเจ็บป่วย ความเครียดที่เกิดจากการดูแล ขึ้นกับว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างกันดีหรือไม่ หากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ด้วยความรักความผูกพัน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแล แต่

ถ้ามีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากจะเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็น มากกว่าความเต็มใจ และในผู้ดูแลที่ที่แต่งงานแล้วและต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่คู่สมรสของตัวเอง จะทำให้ต้องรับภาระหน้าที่ต่างๆ มากขึ้น จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่าย

ในประเทศไทย จากผลการวิจัยจากการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ศึกษาเรื่องอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกันเป็นคู่สมรส ร้อยละ 53 ประกอบด้วยภรรยา ร้อยละ 46 และสามีร้อยละ 7 และจากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคมองเสื่อมโดยญาติผู้ดูแลในสังคมไทย ศึกษาจากผู้ดูแล 44 คน พบว่า มากกว่าครึ่งของผู้ดูแล เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 55) โดยเป็นภรรยา ร้อยละ 44

### แนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแล

เขา (Chou, 2000 อ่างใน รัชณี สีดา, 2005 )ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแล สรุปดังนี้

1. ภาระของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของบุคคล เนื่องจากผู้ดูแลมีความต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นการรับรู้ต่อภาระของผู้ดูแลย่อมต่างกัน รวมทั้งขึ้นกับลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละประเภท
2. ภาระของผู้ดูแลเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลายมิติ (Multidimensional phenomena) กล่าวคือภาระของผู้ดูแลเป็นภาระที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และด้านเศรษฐกิจ
3. ภาระของผู้ดูแลเป็นการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นกับความต้องการและคาดหวังของผู้ดูแล
4. ภาระของผู้ดูแลเป็นจะเพิ่มขึ้นได้เสมอ ขึ้นกับความสมดุลของความต้องการกับสิ่งที่มีอยู่ของผู้ดูแล ดังนั้นเมื่อใดก็ตามความต้องการของผู้ดูแลมีมากกว่าสิ่งที่มีอยู่จะทำให้ภาระของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

### ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล

#### 1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล

##### 1.1 เพศ

พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง > ชาย เพราะเป็นที่คาดหวังว่าผู้หญิงเป็นเพศที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้อื่น และผู้ดูแลหญิงจะทำหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย

1.2 ฐานะเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น บางครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย หรือทำงานมากขึ้นเพื่อให้รายได้ของครอบครัวมีมากขึ้น จากการศึกษาของ ฟิง (Fink,2001) พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลได้ดีที่สุด

1.3 เชื้อชาติและวัฒนธรรม พบว่าวัฒนธรรมการดูแลบุคคล มักแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับท้องถิ่นและฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละระดับ

2. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพเป็ยงเบนหรือมีความเจ็บป่วย จะทำให้ภาระในการดูแลบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี

ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับงานวิจัยของ วรรณรัตน์ ลาวัง (2548) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียง พบว่าญาติของผู้ดูแลมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 12-82 ปี ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000บาท/ เดือนและไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน โดยใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน และพบว่าครึ่งหนึ่งมีผู้ช่วยในการดูแล และ 1 ใน 4 มีปัญหาในการดูแล ได้แก่ ขาดความรู้ ไม่มีเวลา เหนื่อย และสื่อสารกับผู้ป่วยลำบาก และพบว่า 1 ใน 4 ของญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว และด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือความเจ็บปวด ไม่สุขสบายประมาณ 2 ใน 3 มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย รองลงมา คือการนอนหลับ/มีชีวิตชีวา ส่วนด้านที่มีปัญหาน้อยสุดคือ ด้านการดูแลตนเอง และงานวิจัยของ วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ(2547) ที่ทำการศึกษารื่องสถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่เรื้อรังที่บ้านพบว่า 1 ใน 4 ของญาติผู้ดูแลมี โรคประจำตัว 5 อันดับแรก คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง CVA/ Stroke มะเร็ง และพิการทางสมอง ตามลำดับ

### ความต้องการของผู้ดูแล (Demands of Caregivers)

1. Primary demands เป็นความต้องการของผู้ดูแล ภาระกิจกรรมที่ทำต่อผู้ป่วยเรื้อรัง นำมาซึ่งสัมพันธภาพ ความจำกัดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพทั้งด้านกาย จิตของผู้ดูแล

2. Secondary demands – เป็นความต้องการของผู้ดูแล ที่เกิดจากครอบครัว งานอาชีพ หรือสังคม เช่น ครอบครัวที่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงและเป็นหัวหน้าครอบครัวเพียงคนเดียว

### ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบหรือความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539)ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Care giving demands) หรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบกระทำให้ผู้ป่วยมี ผลจากสาเหตุ 3 ประการ คือ

1. ข้อจำกัดหรือความพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรคความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activities of daily living) กิจกรรมขั้นสูง(Instrumental activities of daily living) นอกจากนี้แล้วการดูแลที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค เช่น การฉีดยาอินซูลิน การเปลี่ยนน้ำยาล้างไต เป็นต้น เหล่านี้ย่อมเป็นภาระงานที่ผู้ดูแลที่บ้านต้องรับผิดชอบ อย่างไรก็ตามมักเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถวางแผน คาดการณ์ และจัดเวลาล่วงหน้าได้ว่าจะทำอะไร เมื่อใด

2. ปัญหาความพร่องทางความคิด สติปัญญา(Cognitive impairment) หรือความเปราะบางของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบในผู้ป่วยสูงอายุ หรือโรคสมองเสื่อม ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ โดยมากจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้น ญาติผู้ให้การดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากไม่สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือล่วงหน้าได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการดูแลประเภทนี้ มักเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

จากปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น มีผลนำไปสู่กิจกรรมหรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านต้องกระทำให้กับผู้ป่วย

ประการแรกได้แก่ การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้ง ปัญหาทางพฤติกรรม

ประการที่สอง ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Psychological Support) เช่น จะต้องประเมินความรู้สึก ของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ ที่จะทำให้ผู้ป่วย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

ประการที่สาม ญาติผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคคลกรหรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย

ประการสุดท้าย ญาติผู้ดูแลที่บ้านบางคนอาจจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงินอีกด้วย

### **ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล**

Department of social Change and Mental Health, WHO (2000) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

#### **ผลกระทบด้านลบ**

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological problem) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

1.1 อารมณ์ (sad) เป็นอารมณ์ ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะ เปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

1.2 ความรู้สึกผิด (guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง

1.3 ความโกรธ (guilt) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การพยาบาลการรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

1.4 ความรู้สึกอับอาย (embarrassment) เช่นในกรณี ผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากจะมีปัญหาด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้เกิดความอับอายได้

1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

#### 1.6 ความรู้สึกเครียด (stress and strain)

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem) จากการศึกษารายงานของ ยาร์ทแมน (Yeatman et al ,1993 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์,2549 ) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาสุขภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และสรุปปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ เช่น

2.1 ปวดหลัง (backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ (psychosomatic) ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าที่ผู้ดูแลรับไว้ นั้นนับวันยิ่งมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาระนั้น

2.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง (Weakness) ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่ายส่งผลกระทบต่อการใช้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน

2.3 ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health problem) ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและสูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบปะแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้นและอาจมีสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น

#### 3. ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ (socio- economic problem)

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน(Change in working pattern) มีผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางราย ต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

3.2 รายได้ลดลง (lower income) ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกน้อย

3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองและอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากการดูแลเหล่านี้ อาจมีมากน้อยแตกต่างกันตามอาการเจ็บป่วยและประเภทของโรค

## ผลกระทบด้านบวก

จากการศึกษาของ กราเมอร์ (Kramer ,1997 อ้างในศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, 2549) พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลเนื่องจากความต้องการที่จะให้การดูแล การได้รับรางวัล ความเพลิดเพลิน ได้เรียนรู้ความหมายเพิ่มขึ้น ทำให้เบิกบานใจ ได้ผลประโยชน์ และแม้ว่าการดูแลจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการดังที่ได้กล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสอันดีที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน มากขึ้น มีความปลาบปลื้มใจที่เห็นลูกหลานแสดงการตอบแทนในการดูแล และจากการศึกษาของ ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ และคณะ(2534) และ Sasat (1998) อ้างใน ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ , 2549 ที่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังยืนยันที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป เนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ เช่น

1. ได้ทดแทนบุญคุณ การดูแลผู้ป่วยในบริบทของไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าการดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมาและมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป

2. ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็น สามี /ภรรยาหรือเป็นลูกหลาน เป็นสาเหตุที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบ อย่างไรก็ตาม การทำหน้าที่ที่พึงกระทำทำให้เกิดคำถามถึงคุณภาพในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลแล้วแต่ต้องด้วยหน้าที่และสังคมบังคับก็อาจเกิดปัญหาในการดูแลได้

3. การตอบแทนคุณความดี ประเด็นนี้มักจะพบในผู้ดูแลที่เป็นสามี ภรรยา ซึ่งบางรายเกิดความเบื่อหน่าย จากภาระงานและพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยเคยดีกับตนมาเรื่อยๆจึงไม่สามารถทอดทิ้งไปได้หรือพบได้ในรายที่ผู้ป่วยเป็นญาติที่เคยให้ความเมตตาแก่ผู้ดูแลมาก่อน ผู้ดูแลจึงยินดีที่ให้การดูแลเพื่อตอบแทนคุณความดีนั้น

4. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะเลวลงแต่ก็มีผู้ดูแลบางรายที่ยอมรับว่าการให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ ระหว่างตนเองกับผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นและผู้ป่วยก็ให้ความรักแก่ตนเองมากขึ้น

## **กลยุทธ์ แนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแล**

จากการศึกษาวิจัยต่างๆ ได้เสนอแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาต่อไปได้มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3ประการต่อไปนี้ ( Parker ,1992 อ้างใน ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, 2549)

1. ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล

2. ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help from others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น จากเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือชุมชน ในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม

3. การให้บริการด้านต่างๆ จากจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (provision of services) บทบาทของการบริการที่ช่วยลดภาวะเครียด ในผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลชุมชน เป็นต้น

## แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

### ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

บุคคลเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคอง จากสังคม ในสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการดูแลพ่อ-แม่ ญาติ ผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันต้องยอมรับว่าสภาพเศรษฐกิจ และสังคมเปลี่ยนไป ย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนไทย ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม สังคมควรตระหนักถึงภาระความรับผิดชอบ ต่อกลุ่มผู้สูงอายุเพราะเป็นวัยที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ความต้องการของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic002.php>)

#### 1. ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

- 1.1 ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์
- 1.2 ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- 1.3 ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
- 1.5 ต้องการอาหารการกินที่ถูกต้องลักษณะตามวัย
- 1.6 ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
- 1.7 ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันที
- 1.8 ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
- 1.9 ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ
- 1.10 ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 1.11 ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

#### 2. ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคมจะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีการปรับปรุง และพัฒนาจิตใจของตนเอง ให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจ ได้ดีกว่าหนุ่มสาว ดังนั้น เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็น จะมีมากขึ้นด้วย แต่การแสดงออก จะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนๆนั้น ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบคือการรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ เกี่ยวเนื่องกับการสนอง

ความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย ต้องการการยอมรับ และเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อม เฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นคือ การเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต การยอมรับสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุบางคน มุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

ความผิดปกติทางจิตใจและในวัยสูงอายุ แยกเป็นกลุ่มอาการทางจิต 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม

อาการเริ่มแรกผู้ป่วยจะจำวันเวลาไม่ได้ ความจำเสื่อม ความสามารถทางปัญญาลดลง การปรับตัวและการตัดสินใจช้า กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อมมี 4 ลักษณะ คือ

1.1 สมองเสื่อม

1.2 อาการเพ้อคลั่ง

1.3 กลุ่มอาการหลงลืม

1.4 กลุ่มอาการทางอารมณ์

2. กลุ่มอาการผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์

3. ความต้องการทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

3.1 ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น

3.2 ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ

3.3 ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด

3.4 ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้าน

ความเป็นอยู่รายได้บริการจากรัฐ

3.5 ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม

3.6 ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง)

3.7 ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ

## แนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นมีใช่เป็นเพียงสถานที่ในการปฏิบัติงานแต่เป็นการให้บริการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ใช้บริการที่อาศัยอยู่ในชุมชนไม่ใช่ในโรงพยาบาล การบริการสุขภาพหรือให้การดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชนตามปรัชญาแนวคิดของการดูแล (ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ และสิรินธร กลัมพากร, 2554 อ้างอิงจาก Hunt R. and Zurek EL., 1997) ซึ่งชุมชนสามารถให้การดูแลคนในชุมชนได้ เนื่องจาก

สนองตอบความต้องการโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งจะมีครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนที่คุ้นเคยกัน และมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการดูแลในสถานบริการสุขภาพ ตัวอย่างการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เช่น การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้ใช้แรงงานกลุ่มสตรี เป็นต้น ซึ่งการดำเนินการดูแลนั้นเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะและเน้นการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยเป้าหมายของการดูแลผู้ใช้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชนองค์ประกอบของการดูแลโดยชุมชนเป็นฐานองค์ประกอบสำคัญของการดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน (ชวลีกร ด่านยุทธศิลป์ และสิรินธร กลัมพากร , 2554 อ้างอิงจาก Hunt R. and Zurek EL., 1997: 3-29) มีดังนี้

1. การดูแลตนเอง (self-care): การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นมุ่งให้ผู้ให้บริการสามารถดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้ หรือให้ได้รับการดูแลตามแผนการรักษามากกว่าการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน รวมถึงการเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลเพื่อสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ทั้งนี้บุคคลและครอบครัวมีหน้าที่โดยตรงในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ

2. การดูแลด้านการป้องกัน (preventive care): การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น จะเน้นการดูแลในระดับป้องกันโรค ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิตั้งแต่ยังไม่มีอาการแสดงของโรค การค้นหาปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรัง

3. การดูแลในบริบทของชุมชน (care within the context of community): การดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนจะตระหนักถึงบริบท วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ แหล่งประโยชน์ของผู้ให้บริการ ครอบครัว และชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับปัจจัยด้านสังคม นอกจากนี้ระบบของสังคม ได้แก่ ระบบสุขภาพ ระบบครอบครัว ระบบการศึกษา ระบบเศรษฐกิจ ระบบการสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพชุมชน

4. การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care): การดูแลต่อเนื่องมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ให้บริการในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย ระหว่างการเจ็บป่วย และหลังจากการเจ็บป่วย ในลักษณะผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

5. การประสานความร่วมมือในการดูแล (collaborative care): เป็นการดูแลผู้ใช้บริการร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล นักกายภาพ เภสัชกร โภชนากร เป็นต้น ซึ่งทีมสุขภาพหรือสหสาขาวิชาจะปฏิบัติกรดูแลผู้ใช้บริการหรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบผู้ใช้บริการ เพื่อบรรลุเป้าหมายการดูแลเดียวกันและเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพ

## แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้

### การจัดการความรู้ ( Knowledge Management)

คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด โดยที่ความรู้มี 2 ประเภท คือ

1. ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์  
 ประสบการณ์หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอด  
 ออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการคิดเชิงวิเคราะห์  
 บางครั้ง จึงเรียกว่าเป็นความรู้แบบนามธรรม

2. ความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้  
 โดยผ่านวิธีต่าง ๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่าง ๆ และบางครั้งเรียกว่าเป็นความรู้แบบ  
 รูปธรรม

วิจารณ์ พานิช (2549) ได้ระบุว่าการจัดการความรู้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าหมาย  
 อย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่

1. บรรลุเป้าหมายของงาน
2. บรรลุเป้าหมายการพัฒนาคน
3. บรรลุเป้าหมายการพัฒนาองค์กรไปเป็นองค์กรเรียนรู้
4. บรรลุความเป็นชุมชน เป็นหมู่คณะ ความเอื้ออาทรระหว่างกันในที่ทำงาน

การจัดการความรู้เป็นการดำเนินการอย่างน้อย 6 ประการต่อความรู้ ได้แก่

1. การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องานหรือกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กร
2. การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ
3. การปรับปรุง ดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วน ให้เหมาะต่อการใช้งานของตน
4. การประยุกต์ใช้ความรู้ในกิจการงานของตน
5. การนำประสบการณ์จากการทำงาน และการประยุกต์ใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

และสกัด “ขุมความรู้” ออกมาบันทึกไว้

6. การจดบันทึก “ขุมความรู้” และ “แก่นความรู้” สำหรับไว้ใช้งาน และปรับปรุงเป็นชุดความรู้ที่  
 ครบถ้วน ลุ่มลึกและเชื่อมโยงมากขึ้น เหมาะต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น

โดยที่การดำเนินการ 6 ประการนี้บูรณาการเป็นเนื้อเดียวกัน ความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นทั้งความรู้ที่ชัดแจ้ง  
 อยู่ในรูปของตัวหนังสือหรือรหัสอย่างอื่นที่เข้าใจได้ทั่วไป (Explicit Knowledge) และความรู้ฝังลึกอยู่ในสมอง  
 (Tacit Knowledge) ที่อยู่ในคน ทั้งที่อยู่ในใจ (ความเชื่อ ค่านิยม) อยู่ในสมอง (เหตุผล) และอยู่ในมือ และส่วน  
 อื่นๆ ของร่างกาย (ทักษะในการปฏิบัติ) การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่คนจำนวนหนึ่งทำร่วมกันไม่ใช่  
 กิจกรรมที่ทำโดย คนคนเดียว เนื่องจากเชื่อว่า “จัดการความรู้” จึงมีคนเข้าใจผิด เริ่มดำเนินการโดยรีเข้าไปที่  
 ความรู้ คือ เริ่มที่ความรู้ นี่คือการผิดพลาดที่พบบ่อยมาก การจัดการความรู้ที่ถูกต้องจะต้องเริ่มที่งานหรือ  
 เป้าหมายของงาน เป้าหมายของงานที่สำคัญ คือ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ที่  
 เรียกว่า Operation Effectiveness และนิยามผลสัมฤทธิ์ ออกเป็น 4 ส่วน คือ

- 1) การสนองตอบ (Responsiveness) ซึ่งรวมทั้งการสนองตอบความต้องการของ

ลูกค้า สนองตอบความต้องการของเจ้าของกิจการหรือผู้ถือหุ้น สนองตอบความต้องการของพนักงาน และ สนองตอบความต้องการของสังคมส่วนรวม

2) การมีนวัตกรรม (Innovation) ทั้งที่เป็นนวัตกรรมในการทำงาน และนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ หรือ บริการ

3) ชีตความสามารถ (Competency) ขององค์กร และของบุคลากรที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสะท้อนสภาพการเรียนรู้ขององค์กร

4) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ซึ่งหมายถึงสัดส่วนระหว่างผลลัพธ์ กับต้นทุนที่ลงไป การทำงานที่มี ประสิทธิภาพสูง หมายถึง การทำงานที่ลงทุนลงแรงน้อย แต่ได้ผลมากหรือคุณภาพสูง

### กระบวนการ จัดการความรู้

เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิดพัฒนาการของความรู้ หรือการจัดการความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายใน องค์กร มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน

1.การบ่งชี้ความรู้ เป็นการพิจารณาว่าองค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าหมายคืออะไร และ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องใช้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใด อยู่ที่ใคร

2.การสร้างและแสวงหาความรู้ เช่นการสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จากภายนอกรักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว

3.การจัดความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้ อย่างเป็นระบบในอนาคต

4.การประมวลและกลั่นกรองความรู้ เช่น ปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์

5.การเข้าถึงความรู้ เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้เข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก เช่น ระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) Web board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ทำได้หลายวิธีการ โดยกรณีที่เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) อาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือกรณีที่เป็นความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) จัดทำเป็นระบบทีมข้ามสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม ชุมชนแห่งการเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การยืมตัว เวทีแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น

7. การเรียนรู้ ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่น เกิดระบบการเรียนรู้จาก สร้างองค์ความรู้ การนำความรู้ในไปใช้ เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

### การประยุกต์แนวคิดการจัดการความรู้ สู่การพัฒนาชุมชนเป็นสุข

องค์ประกอบของการพัฒนาชุมชนเป็นสุขประกอบด้วย องค์ประกอบอย่างน้อย 4 องค์ประกอบ ดังนี้คือ

1. ชุมชน หมายถึงการอยู่ร่วมกัน ความเป็นชุมชนมีเป้าหมายที่การอยู่ร่วมกัน

2. เป็นสุข หมายถึงความเป็นทั้งหมด ความเป็นปรกติ สมดุล บูรณาการของปัจจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 8 ด้าน ได้แก่ ชีวิต สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนธรรม ครอบครัว และชุมชน

3. การเรียนรู้ หมายถึงการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนนั้น ๆ ผ่านการปฏิบัติ

4. การสร้างเสริม หมายถึงการเข้าไปเอื้ออำนวย ส่งเสริม เสริมพลัง (empower) ไม่ใช่เข้าไปสอนหรือถ่ายทอดความรู้

ทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ คือหัวใจของการจัดการความรู้ในทุกบริบท ไม่ใช่แค่การจัดการความรู้ของชาวบ้านหรือของชุมชน ในเรื่องการจัดการความรู้นี้ การเรียนรู้สำคัญกว่าตัวความรู้ เพราะถ้าไม่ระวัง ตัวความรู้จะเป็นความรู้ที่หยุดนิ่งตายตัว การเรียนรู้จะมีลักษณะ “ตื่นได้” คือมีชีวิต เป็นพลวัต การเรียนรู้ที่ดีที่สุดคือการเรียนรู้ร่วมกัน เป็น collective learning และเป็นการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ (interaction learning through action)

### เครื่องมือในการจัดการความรู้ (Tools)

1. ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of practice: CoP)
2. การศึกษาดูงาน (Study tour)
3. การทบทวนหลังปฏิบัติการหรือการถอดบทเรียน (After action review: AAR)
4. การเรียนรู้ร่วมกันหลังงานสำเร็จ (Retrospect)
5. เรื่องเล่าเร้าพลัง (Springboard Storytelling)
6. การค้นหาสิ่งดีรอบตัว หรือสุนทรียสาธก (Appreciative Inquiring)
7. เวทีเสวนา หรือสุนทรียสนทนา (Dialogue)
8. เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assist)
9. การเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (Action Learning)
10. มาตรฐานเปรียบเทียบ (Benchmarking)
11. การสอนงาน (Coaching)
12. การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring)
13. ฟอรัม ถาม – ตอบ (Forum)
14. บทเรียนจากความผิดพลาด (Lesson Learning)
15. เวทีกลุ่มเฉพาะ (Focus Group)

## ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรรณิ จันทรสว่าง (2533) ทำการศึกษาภาวะสุขภาพ ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองทั้งด้านดีและไม่ดี ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีการออกกำลังกายทุกวัน สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ แต่มีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อและข้อ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ

อยู่ในครอบครัวขยาย มีบทบาทเป็นสมาชิก มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของครอบครัวและเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

เกริกศักดิ์ บุญญาพงษ์ ,สุรีย์ บุญญาพงษ์และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ จากการประเมินด้วยตนเอง พบว่า คนชราทั้งในเขตเมืองและชนบท ส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติดีถึงดีมาก และจากการประเมินตามสภาพจริงที่เห็นก็พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็น ได้ยินและการเคลื่อนไหวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยไม่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ แต่เมื่อสอบถามถึงภาวะการเจ็บป่วย พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ส่วนมากเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จากการที่ถูกใช้มานาน เช่น โรคข้อเสื่อม โรคที่เกี่ยวกับการย่อยอาหาร โรคที่เป็นเรื่องอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ซึ่งพบไม่มากนัก

दनัย ถิวันดา และมลลณี แสนใจ (2544) ทำการศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และความต้องการการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขต 7 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด และนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.0) โดยเป็นโรคปวดข้อมากที่สุด(ร้อยละ 36.5) รองลงมาคือโรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.0 และ 2.3 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ (มากกว่าร้อยละ 90) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มิผู้ดูแลตลอดไป (ร้อยละ 100.0) และบุตรเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุ อยากให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 78.8) บทบาทหลักของผู้ดูแลคือ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ (ร้อยละ 40.0) และการช่วยเหลือด้านการหุงหาอาหาร (ร้อยละ 96.5) ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแล คือ ต้องดูแลผู้อื่นอีก นอกเหนือจากที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 61.6 และ 52.3 ตามลำดับ) ในด้านความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.3) ต้องการทราบแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 47.4) และต้องการความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.5) การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้น ควรเน้นให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคปวดข้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ดังนั้น การปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อรับน้ำหนัก ตัวมากเกินไป การบริหารกล้ามเนื้อที่พุงข้อให้แข็งแรง การไม่ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการปวด จะช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุลงได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยมีหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามาสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และสื่อมวลชนควรมีบทบาท ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารประชาชน ในวงกว้าง เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรเผยแพร่แก่หน่วยงาน หรือองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น

สิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ (2548) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544 โดยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยทำการวิเคราะห์ตัวอย่างงานวิจัย 18 เรื่อง ผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของลักษณะประชากรสูงอายุต่อคุณภาพชีวิต พบว่า มี

ขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์น้อย มีบางลักษณะที่มีค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมากกว่า 0.1 ได้แก่ สถานะทางสุขภาพ รายได้ การศึกษา และความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ส่วนผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า มีปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลในเกณฑ์มาก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการอุปถัมภ์จากครอบครัว อัตมโนทัศน์หรือความมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และประสบการณ์เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีค่าเป็นลบ หมายถึงมีผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับผลงานวิจัยต่าง ๆ องค์ความรู้นี้จะช่วยเสริมให้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชัดเจนยิ่งขึ้น และอาจเป็นแนวทางในการดำรงไว้หรือเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ลัดดาวลย์ พุทธิรักษา และคนอื่น ๆ (2553, หน้า 4) ศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและ การจัดการความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ขั้นตอนการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวข้องกับลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าด้วยองค์ประกอบเกี่ยวกับลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มี 4 องค์ประกอบ คือ ระบุประเด็นการเรียนรู้การควบคุมตนเอง วิธีการเรียนรู้ และการนำความรู้ไปใช้ขั้นตอนสร้างรูปแบบ จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกรอบรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการเรียนรู้ด้วยการนำ ตนเองและการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาวิจัยได้รูปแบบการเรียนรู้ คือ รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบเอสดีแอลแอนด์เคเอ็ม (SDL & KM Model) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ 6 ขั้นตอน ดังนี้ คือ 1)ระบุประเด็นการเรียนรู้ 2) วางแผนการเรียนรู้ 3)ดำเนินการค้นคว้า 4) สะท้อนคิด 5) แบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และ 6) สังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ตรวจสอบยืนยันความเหมาะสมของกรอบรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้เชิงทฤษฎี ด้วยแบบสอบถามปลายปิดของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ผลการศึกษา พบว่า กรอบรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้มีความเหมาะสมในการพัฒนาลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขั้นตอนประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ดัชนีประสิทธิผลทุกครั้งที่การเรียนรู้สูงกว่าเกณฑ์ 0.50 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ และวิเคราะห์คะแนนลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโครงการด้วยสถิติ Paired samples t-test ผลการทดสอบพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับคะแนนความรู้ภายหลังการเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนความรู้ก่อนการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีคะแนนเฉลี่ยลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ผลจากการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็น

เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้มี ประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เกิดลักษณะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองร่วมกับการจัดการความรู้ ได้

วิชัย เสนอชุ่ม และคนอื่น ๆ (2554, หน้า 23-33) ศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิก ในครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาคือ สมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ จำนวน 250 ราย สุ่มอย่างง่าย ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ สัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทสมาชิกในครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา การมีและเข้าถึงทรัพยากร สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนจากภาครัฐ ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับ บทบาทของสมาชิกในครอบครัว คือ การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องรับผิดชอบดูแล และปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีและเข้าถึงทรัพยากร การมีโรคประจำตัว ของผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพพยากรณ์ ร้อยละ 38.0

ยุวดี รอดจากภัยและคณะ (2555) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและ ครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การ รับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด (Community based service) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1) สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเรียงลำดับ 5 ลำดับ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะอาหาร 2) ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมี ความต้องการความรักจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด และต้องการ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลผู้สูงอายุ 3) การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับ ดีเป็นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลด ความเครียด การรับประทานยา และการพักผ่อนให้เพียงพอ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) การ ดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์เพื่อรักษา 2) การให้คำปรึกษา ญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งของผู้สูงอายุ 3) การแสวงหาความรู้ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ด้านการดูแล ตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพ สำหรับความช่วยเหลือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน 4) การสนับสนุนให้ กำลังใจ และสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวดีและมีกำลังใจ 5) การเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลาย ความเครียด ผู้สูงอายุจะเครียดในเรื่องการเจ็บป่วย ลูก สามี และการเงิน และ 6) การปฏิบัติกรดูแลรักษา สุขภาพ มีวิธีการดังนี้ ฟังธรรม สวดมนต์ ปรับชีวิตความเป็นอยู่อย่างพอเพียง

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2556) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวทางการ ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลาการดำเนินการศึกษารวม

ทั้งสิ้น 3 ระยะ ในรายงานการวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 โดยสรุปผลการวิจัยดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษา ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตจังหวัดระยอง ชลบุรี และจังหวัดสระแก้ว จำนวน 415 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม - สิงหาคม 2555 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 46.7 และรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดีร้อยละ 18.6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้านได้ดังนี้ พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การสุขภาพกายที่อยู่อาศัย ค่าเฉลี่ย 3.64 รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 3.40 และพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.03 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับและดีมาก ระยะที่ 2 ทีมวิจัยสรุปว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยและกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันเพื่อดูแลและสุขภาพประชาชน เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ

อติญาณ์ ศรีเกษตริน ชุติพร เอกรัตน์ ชไมพร จินตคณาพันธ์และ อรวรรณ สัมภวานะ (2558, หน้า 110-121) ศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชุมชนบางไผ่ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สามารถพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยม การประเมินภาวะสุขภาพและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

ศิริณี ศรีหาคาศ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง (2557) ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากกลุ่มผู้สูงอายุ 179 คน ผู้ดูแล 187 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่การวิจัยคือ 13 ตำบล 9 จังหวัด ครอบคลุม 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์เกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุ มี 4 เส้นทาง คือ ภาวะ Stroke ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และอายุที่มากกว่า 80 ปี ด้านสถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวในสังคมไทย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 85.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ โดยพบผู้ดูแลหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง หนึ่งในสามของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรับภาระดูแลครอบครัว สามในสี่ของผู้ดูแลยัง

ประกอบอาชีพอยู่ ประมาณหนึ่งในเก้ามีผู้ที่ต้องดูแลระยะยาวมากกว่า 1 คน และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการภายในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพบว่าการดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรังอื่น ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้องมากกว่า 2 ใน 5 อีกทั้งพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 45 ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้เกิดภาระและผลกระทบด้านอารมณ์เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด 4 ใน 5 ของผู้ดูแล ผู้ดูแลมากกว่า 3 ใน 4 เกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลลาออกจากงานและหยุดงาน ร้อยละ 11 เพื่อทำหน้าที่ผู้ดูแล และพบว่า มีข้อจำกัดของการวินิจฉัยและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการบำบัด ร้อยละ 72 นอกจากนี้พบว่าขาดความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและการบูรณาการภารกิจขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในและการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ อันนำไปสู่การพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุแสนสุข” ซึ่งในระยะที่ 3 ปี ที่ 3 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยประเมินและติดตามผลการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นตอนการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 23,925 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 377 คน

#### ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การจัดการความรู้ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในแต่ละชุมชน ตามกระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 จำนวน 5 ชุมชนนักปฏิบัติ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง บันทึกเป็นคลังความรู้

**ขั้นตอนที่ 2** การประเมินศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

**ขั้นตอนที่ 3** การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง ได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (Pre-Post test)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีความครอบคลุมเนื้อหาและตัวแปรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

1. โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนและมีความเข้าใจที่ตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2. รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาทำการแก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของ ครอนบาค (Cronbach , 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87

### จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำโครงการวิจัย และแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ปฏิบัติดังนี้

1. การผ่านการรับรองด้านจริยธรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับการรับรองเรียบร้อยแล้ว

2. การกำหนดแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อการเข้าสอบถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยการป้องกันอันตราย การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ การคำนึงถึงความถูกต้องและการเปิดเผยข้อมูลดังนี้

2.1 การเข้า-ไม่เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็น

การแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรและผู้วิจัยได้อธิบายถึงสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

2.2 การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนทัศนคติและประสบการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้

2.3 การคำนึงถึงความถูกต้อง โดยผู้วิจัยไม่บิดเบือนข้อมูลต่างๆ ที่ได้ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้ให้กับผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความเชื่อถือและยืนยันสิ่งที่ค้นพบตลอดระยะเวลาการศึกษา

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับพื้นที่
2. อบรมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
3. นัดหมายการประชุมแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการจัดการความรู้และประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล
4. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลจากแบบสอบถามนำมาคำนวณ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าที่

ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้ดำเนินการเขียนสรุปและอภิปรายผลจากการวิจัยต่อไป

## บทที่ 4

### ผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ แสนสุข” ซึ่งในระยะที่ 3 ปี ที่ 3 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการวิจัย ประเมินและติดตามผลการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ในการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 377	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	156	41.38
	หญิง	221	58.62
2	อายุ		
	อายุเฉลี่ย ...36.45 ± 7.18.... ปี		
3	อาชีพ		
	ไม่ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน / พ่อบ้าน	35	9.28
	รับจ้าง	142	37.66
	ค้าขาย	148	39.26
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	30	7.96
	เกษตรกรกรรม	22	5.84
4	สถานภาพสมรส		
	คู่	163	43.24
	โสด	136	36.07
	หม้าย	48	12.73
	แยก/หย่า	30	7.96
5	ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้รับการศึกษา	19	5.04
	ประถมศึกษา	62	16.45
	มัธยมศึกษา/ปวช.	153	40.58
	ปวส./อนุปริญญา	107	28.38
	ปริญญาตรี	34	9.02
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.53

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 377	ร้อยละ
6	ศาสนา		
	พุทธ	340	90.19
	คริสต์	35	9.28
	อิสลาม	2	0.53
7	ลักษณะครอบครัว		
	ครอบครัวเดี่ยว	230	61.01
	ครอบครัวขยาย	122	32.36
	อยู่เพียงลำพัง	25	6.63
8	รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย 12,354.78 ±6,980.54บาท		
9	รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 22,854.32 ± 8,216.25บาท		
10	ความเพียงพอของรายได้		
	ไม่เพียงพอ	155	41.11
	เพียงพอ	126	33.42
	ไม่ระบุ	96	25.46
11	สิทธิการรักษาพยาบาล		
	บัตรประกันสุขภาพ	201	53.32
	เบิกค่ารักษาได้	16	4.24
	เสียค่าใช้จ่ายเอง	84	22.28
	ประกันสังคม	44	11.67
	อื่น ๆ ประกันชีวิต	32	8.49
12	ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย 6.28 ± 3.74 ปี		
13	การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	ไม่เคย	314	83.29
	เคย	63	16.71
14	การรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	ไม่เคย	220	58.36
	เคย	157	41.64

จากตารางที่ 1 พบว่า แขนงนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมือง แสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.62) อายุเฉลี่ย  $36.45 \pm 7.18$  ปี อาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 39.26) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 43.24) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 40.58) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 90.19) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 61.01) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย  $12,354.78 \pm 6,980.54$  บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย  $22,854.32 \pm 8,216.25$  บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 41.11) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 53.32) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย  $6.28 \pm 3.74$  ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.29) ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 58.36)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตาม  
ความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแล  
ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความ  
ความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

การรับรู้	ก่อน			หลัง			t	p
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน	2.98	0.78	ปานกลาง	3.64	0.70	มาก	-3.487	<.001**
1.เมื่อท่านพาผู้สูงอายุในความดูแลของท่านไปพบแพทย์ครั้งล่าสุด แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมาก	2.74	0.89	ปานกลาง	3.24	0.50	ปานกลาง		
2.ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จักส่วนใหญ่มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	3.55	0.89	มาก	3.66	0.87	มาก		
3.ท่านคิดว่าปัจจุบันผู้สูงอายุในความดูแลของท่านรู้สึกสบายกว่าเมื่อก่อน	3.82	0.83	มาก	4.25	0.90	มาก		
4.ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลป่วยเป็นโรคอะไรบางอย่าง	4.57 (2.12)	0.51	น้อย	3.58 (2.85)	0.64	มาก		
5.ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง สมบูรณ์เหมือนเมื่อก่อน	4.25 (2.28)	0.75	น้อย	2.65 (4.02)	0.54	มาก		
6.ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเหมือนผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จัก	3.58 (2.85)	0.81	ปานกลาง	2.27 (4.44)	0.88	มาก		
7.ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดีมาก	2.95	0.69	ปานกลาง	3.01	0.64	ปานกลาง		
8.ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลตอนนี้มีภาวะสุขภาพที่ย่ำแย่มาก	3.50 (2.89)	0.89	ปานกลาง	2.87 (3.55)	0.64	มาก		
9.แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีภาวะสุขภาพไม่ดี	3.55 (2.87)	0.79	ปานกลาง	2.89 (3.50)	0.77	ปานกลาง		
10.ท่านรู้สึกว่าปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพที่ดีเท่าที่จะสามารถดีได้แล้ว	3.80	0.83	มาก	3.86	0.66	มาก		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

การรับรู้	ก่อน			หลัง			t	p
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
<b>ภาวะสุขภาพในอดีต</b>	<b>2.92</b>	<b>0.64</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.84</b>	<b>0.76</b>	<b>มาก</b>	<b>-4.640</b>	<b>&lt;.001**</b>
11. ที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลต้องนอนขมดติดเตียงอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย	4.12 (2.36)	0.61	น้อย	3.66 (2.92)	0.64	ปานกลาง		
12. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเคยเจ็บป่วยมาก ๆ จนท่านคิดว่าผู้สูงอายุนั้นจะเสียชีวิตแล้ว	3.91 (3.04)	0.65	ปานกลาง	2.98 (3.68)	0.90	มาก		
13. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไม่เคยเจ็บป่วยเลยมาเป็นระยะเวลานาน	3.13	0.65	ปานกลาง	4.22	0.80	มาก		
14. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไม่เคยเจ็บป่วยอาการหนักที่ต้องนอนโรงพยาบาลเลย	3.16	0.67	ปานกลาง	4.57	0.7	มากที่สุด		
<b>ความต้านทาน/ความอ่อนแอ</b>	<b>2.97</b>	<b>0.74</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.71</b>	<b>0.56</b>	<b>มาก</b>	<b>-2.969</b>	<b>&lt;.01**</b>
15. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลดูเหมือนว่าจะเจ็บป่วยง่ายกว่าผู้สูงอายุคนอื่น ๆ	4.25 (2.24)	0.89	น้อย	3.86 (3.08)	0.70	มาก		
16. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อยๆ ได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	3.82	0.83	มาก	3.88	0.49	มาก		
17. ร่างกายของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลดูเหมือนว่าจะมีความต้านทานต่อการเจ็บป่วยได้ดีมาก	3.57	0.51	มาก	4.02	0.38	มาก		
18. เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงบางอย่าง ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมักจะมีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย	4.25 (2.28)	0.75	น้อย	3.88 (3.06)	0.66	ปานกลาง		
<b>แนวโน้มสุขภาพ</b>	<b>2.87</b>	<b>0.59</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.33</b>	<b>0.66</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>-2.178</b>	<b>&lt;.05*</b>
19. ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้	2.82	0.54	ปานกลาง	3.33	0.70	ปานกลาง		
20. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีโอกาที่จะเจ็บป่วยได้ในอนาคต	3.89 (3.06)	0.62	มาก	3.66 (2.92)	0.80	ปานกลาง		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

การรับรู้	ก่อน			หลัง			t	p
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
21. ในอนาคตอันใกล้นี้ ท่านคาดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลน่าจะมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุคนอื่นๆ ที่ท่านรู้จัก	2.33	0.62	น้อย	3.42	0.54	ปานกลาง		
22. ท่านคาดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีมาก	3.01	0.53	ปานกลาง	3.53	0.38	มาก		
23. ในจำนวนผู้สูงอายุที่ท่านรู้จักท่านคาดว่าพวกเขาน่าจะมีปัญหาเรื่องสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่	3.88 (3.04)	0.65	มาก	3.64 (2.90)	0.88	มาก		
24. ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะแย่ยิ่งกว่าในปัจจุบันที่เป็นอยู่	3.94 (2.99)	0.59	มาก	3.08 (3.86)	0.70	ปานกลาง		
<b>ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ</b>	<b>4.01</b>	<b>0.55</b>	<b>มาก</b>	<b>3.44</b>	<b>0.61</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>4.787</b>	<b>&lt;.001**</b>
25. ท่านไม่เคยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเลย	3.11 (3.44)	0.59	ปานกลาง	3.42 (2.95)	0.48	ปานกลาง		
26. ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมากกว่าผู้ดูแลคนอื่นๆ ในชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุ	4.22	0.53	มาก	3.55	0.87	มาก		
27. ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเสมอ	4.23	0.55	มาก	3.38	0.60	ปานกลาง		
28. ผู้ดูแลคนอื่นๆ ดูเหมือนจะมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุของเขา มากกว่าท่าน	4.17	0.53	มาก	3.88	0.48	มาก		
<b>การยอมรับความเจ็บป่วย</b>	<b>4.76</b>	<b>0.58</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>4.91</b>	<b>0.68</b>	<b>มากที่สุด</b>	<b>-2.143</b>	<b>&lt;.05*</b>
29. การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	4.87	0.55	มากที่สุด	4.95	0.88	มากที่สุด		
30. ท่านยอมรับได้ว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลกำลังจะเข้าสู่ภาวะความเจ็บป่วย	4.65	0.62	มากที่สุด	4.87	0.48	มากที่สุด		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

การรับรู้	ก่อน			หลัง			t	p
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
<b>การปฏิเสธความเจ็บป่วย</b>	<b>1.98</b>	<b>0.84</b>	<b>น้อย</b>	<b>2.47</b>	<b>0.76</b>	<b>น้อย</b>	<b>0.109</b>	<b>0.46</b>
31.ท่านพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่รับรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่าน	2.24	0.98	น้อย	2.08	0.88	น้อย		
32.เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วย ท่านจะไม่บอกใครและจะเก็บไว้เป็นความลับ	1.87	0.99	น้อย	1.06	0.88	น้อยมากที่สุด		
33.เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วย ท่านพยายามที่จะทำเหมือนว่าผู้สูงอายุนั้นปกติดี	1.56	0.74	น้อย	1.85	0.70	น้อย		
34.เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วย ท่านพยายามที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยนั้นร่วมกับผู้สูงอายุ	4.33	0.65	มาก	4.88	0.58	มากที่สุด		
<b>ทัศนคติบวกต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์</b>	<b>3.73</b>	<b>0.76</b>	<b>มาก</b>	<b>4.37</b>	<b>0.65</b>	<b>มาก</b>	<b>-2.207</b>	<b>&lt;.05*</b>
35.ท่านไม่ชอบการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์	2.41 (3.61)	0.66	มาก	2.20 (4.54)	0.60	มากที่สุด		
36.ท่านไม่เคยรู้สึกไร้ค่าหากต้องพาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไปพบแพทย์	3.85	0.87	มาก	4.20	0.70	มาก		
<b>ภาพรวม</b>	<b>3.16</b>	<b>0.68</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.55</b>	<b>0.89</b>	<b>มาก</b>	<b>-3.872</b>	<b>&lt;.001**</b>

จากตารางที่ 2 แสดงว่า ก่อนได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.16, SD = 0.68) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.55, SD = 0.89)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t$  = -3.872,  $p$  <.001) โดยพบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ( $t$  = -3.487,  $p$  <.001) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ( $t$  = -4.640,  $p$  <.001) และด้านความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ( $t$  = 4.787,  $p$  <.001)

ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ด้านการรับรู้ความต้านทานหรือความอ่อนแอของผู้สูงอายุ ( $t$  = -2.969,  $p$  <.01)

ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านการรับรู้แนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $t = -2.178, p < .05$ ) ด้านการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ( $t = -2.143, p < .05$ ) และด้านทัศนคติบวกต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์ ( $t = -2.207, p < .05$ )

ส่วนด้านที่ไม่มีความแตกต่าง คือ ด้านการปฏิเสธความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ( $t = 0.109, p = 0.46$ )

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็น  
ของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

การแปลผลคะแนน ความสามารถหรือมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้คะแนนความมั่นใจในการดูแล  
ผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

คะแนน จาก 0 ----1----2----3----4---- 5 ----6----7----8----9---- 10  
ไม่สามารถทำได้เลย----- ทำได้ปานกลาง -----ทำได้แน่นอน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของ  
แกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนนเฉลี่ย (0-10) ก่อน	ระดับ	คะแนนเฉลี่ย (0-10) หลัง	ระดับ	t	p
<b>ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน</b>	4.99	ปานกลาง	8.11	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน	-3.707	<.001**
1.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัว เพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อตัว ท่านเองจำเป็นต้องไปพบแพทย์	5.04	ปานกลาง	8.57	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
2.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัว เพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อท่าน จำเป็นที่จะต้องไปทำธุระที่ท่านจำเป็นต้องไปทำ	6.67	ปานกลาง	7.86	ปานกลาง		
3.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัว เพื่อให้ไปทำธุระแทนท่านได้	7.24	ปานกลาง	8.45	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
4.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัว เพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อท่าน รู้สึกว่าการที่จะพัก	4.20	ปานกลาง	8.45	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
5.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัว อยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านประมาณ 1 สัปดาห์ เมื่อท่านต้องการเวลาส่วนตัวของท่านเอง	1.80	ค่อนข้าง ไม่สามารถ ทำได้เลย	7.24	ปานกลาง		
<b>ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ</b>	5.69	ปานกลาง	8.33	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน	-7.735	<.001**
6. เมื่อผู้สูงอายุมีกิจวัตรประจำวันและถามคุณ เกี่ยวกับอาหารมื้อเที่ยงที่เพิ่งรับประทานไปท่าน สามารถที่จะตอบคำถามของผู้สูงอายุได้โดยที่จะ ไม่ใช่เสียงดังที่แสดงถึงความรำคาญ	4.78	ปานกลาง	8.65	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของ  
 แกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนนเฉลี่ย (0-10) ก่อน	ระดับ	คะแนนเฉลี่ย (0-10) หลัง	ระดับ	t	p
7. เมื่อท่านโกรธเนื่องจากผู้สูงอายุถามคำถามซ้ำแล้วซ้ำเล่า ท่านสามารถที่จะบอกกับตัวเองให้ทำใจเย็น ๆ และสามารถระงับอารมณ์โกรธได้	6.24	ปานกลาง	8.60	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
8. เมื่อผู้สูงอายุบ่นหรือตำหนิเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลที่ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุท่านสามารถตอบสนองโดยที่ไม่โต้เถียงกลับ	5.78	ปานกลาง	8.56	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
9. เมื่อผู้สูงอายุถามคำถามท่าน 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ท่านสามารถที่จะตอบคำถามผู้สูงอายุได้โดยที่ไม่รำคาญหรือใช้เสียงดัง	5.20	ปานกลาง	7.60	ปานกลาง		
10. เมื่อผู้สูงอายุรบกวนท่านถึง 4 ครั้งในระหว่างที่ท่านกำลังรับประทานอาหารเย็น ท่านสามารถที่จะตอบสนองการรบกวนนั้นได้โดยไม่รำคาญหรือใช้เสียงดัง	6.43	ปานกลาง	8.25	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
<b>ความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล</b>	<b>4.61</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>8.51</b>	<b>ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน</b>	<b>-9.618</b>	<b>&lt;.001**</b>
11. ท่านสามารถควบคุมความคิดเกี่ยวกับความไม่เต็มใจในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	5.48	ปานกลาง	8.60	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
12. ท่านสามารถควบคุมความคิดที่ท่านรู้สึกว่ามันช่างไม่มีความยุติธรรมเลยที่ท่านต้องมาตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนี้	4.65	ปานกลาง	8.60	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
13. ท่านสามารถควบคุมความคิดของท่านได้ว่าจะไม่คิดว่าชีวิตของท่านช่างเป็นชีวิตที่ดีเพียงใดก่อนที่ท่านจะต้องมาให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเช่นนี้ หรือท่านรู้สึกสูญเสียโอกาสไปมากมายเมื่อท่านจำเป็นต้องมาดูแลผู้สูงอายุ	4.23	ปานกลาง	7.88	ปานกลาง		
14. ท่านสามารถควบคุมความคิดของท่านว่าท่านพลาดสิ่งใดหรือท่านต้องยกเลิกสิ่งใดในชีวิตเพราะผู้สูงอายุที่ท่านต้องดูแล	5.23	ปานกลาง	8.60	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
15. ท่านสามารถควบคุมความวิตกกังวลของท่านเกี่ยวกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	3.45	ปานกลาง	8.88	ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน		
<b>ภาพรวม</b>	<b>5.09</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>8.32</b>	<b>ค่อนข้างทำ ได้แน่นอน</b>	<b>-9.565</b>	<b>&lt;.001**</b>

จากตารางที่ 3 แสดงว่า ก่อนได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X}=5.09$ ) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน ( $\bar{X} = 8.35$ )

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -9.565, p <.001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน ( $t = -3.707, p <.001$ ) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ( $t = -7.735, p <.001$ ) และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล ( $t = -9.618, p <.001$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการย่อยที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” ในชุดแผนงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ แสนสุข” ซึ่งในระยะที่ 3 ปีที่ 3 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยประเมินและติดตามผลการใช้รูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 23,925 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่อยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมือง แสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 377 คน มีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดการความรู้ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในแต่ละชุมชน ตามกระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 จำนวน 5 ชุมชนนักปฏิบัติ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง บันทึกเป็นคลังความรู้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

- 1.ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2.ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง ได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (Pre-Post test) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเปรียบเทียบค่าที่

#### สถานที่ในการศึกษาวิจัย

พื้นที่เขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

#### ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณพ.ศ. 2558)

## ผลการศึกษาวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

แกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.62) อายุเฉลี่ย  $36.45 \pm 7.18$  ปี อาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 39.26) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 43.24) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 40.58) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 90.19) ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 61.01) รายได้ที่ได้รับต่อเดือน เฉลี่ย  $12,354.78 \pm 6,980.54$  บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย  $22,854.32 \pm 8,216.25$  บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 41.11) สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 53.32) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย  $6.28 \pm 3.74$  ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.29) ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 58.36)

### 2. เปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ก่อนได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16$ ,  $SD = 0.68$ ) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.55$ ,  $SD = 0.89$ )

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -3.872$ ,  $p < .001$ ) โดยพบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ( $t = -3.487$ ,  $p < .001$ ) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ( $t = -4.640$ ,  $p < .001$ ) และด้านความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ( $t = 4.787$ ,  $p < .001$ )

ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ด้านการรับรู้ความต้านทานหรือความอ่อนแอของผู้สูงอายุ ( $t = -2.969$ ,  $p < .01$ )

ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านการรับรู้แนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $t = -2.178$ ,  $p < .05$ ) ด้านการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ( $t = -2.143$ ,  $p < .05$ ) และด้านทัศนคติบวกต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์ ( $t = -2.207$ ,  $p < .05$ )

ส่วนด้านที่ไม่มีความแตกต่าง คือ ด้านการปฏิเสธความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ( $t = 0.109$ ,  $p = 0.46$ )

### 3. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ก่อนได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{X} = 5.09$ ) และหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน ( $\bar{X} = 8.35$ )

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -9.565, p < .001$ ) โดยพบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน

( $t = -3.707, p < .001$ ) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ( $t = -7.735, p < .001$ ) และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล ( $t = -9.618, p < .001$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาศักยภาพของแกนนำครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทของพื้นที่ในชุมชนพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี หลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. แกนนำครอบครัวและชุมชน หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่า ก่อนได้รับการพัฒนา ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัวและชุมชน มีองค์ประกอบของการพัฒนา 4 องค์ประกอบ คือ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและแกนนำ ทั้งด้าน ความรู้ มักษะและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ 2) การประเมินศักยภาพในการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 3) การพัฒนาปรับปรุงศักยภาพของตนเองโดยใช้ความมีส่วนร่วม และ 4) การสร้างชุมชนนักปฏิบัติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาต่อยอดภายในกลุ่มของแกนนำครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผสมผสานแนวทางปฏิบัติ ที่มุ่งเน้นการใช้ชุมชนเป็นฐาน ให้กลุ่มผู้ดูแลในชุมชนและครอบครัว ได้ ดำเนินการประเมินตนเอง ค้นหาความสามารถและศักยภาพของตนเอง ในลักษณะของการดูแลตนเอง (Self-care) หาแนวทางในเชิงการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากผู้สูงอายุนั้นเกิดอาการเจ็บป่วยแล้ว (Prevention) การสร้างเครือข่ายผนึกกำลังสร้างสังคมที่มีความเอื้อเพื่อเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งในแบบเพื่อช่วยเหลือ จิตอาสา และแบบวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของซูลิกร ด่านยุทธศิลป์ และสุรินธร กลัมพากร (2554) ที่ได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยใช้แนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น มีเป้าหมายของการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบในการดูแล ดังนี้ 1. การดูแลตนเอง(Self-care) การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น มุ่งให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้ หรือให้การดูแลตามแผนการรักษามากกว่าการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนรวมถึงการเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลเพื่อสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ทั้งนี้ บุคคลและครอบครัวมีหน้าที่โดยตรงในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ 2. การดูแลด้านการป้องกัน (Preventive care) การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น จะเน้นการดูแลในระดับป้องกันโรค ตั้งแต่ยังไม่มีการแสดงของโรค การค้นหาปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรัง 3. การดูแลในบริบทของชุมชน (Care within the context of community) การ

ดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนจะต้องตระหนักถึงบริบท วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ แหล่งประโยชน์ของ ผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง สุขภาพกับปัจจัยด้านสังคม นอกจากระบบของสังคม ได้แก่ ระบบสุขภาพ ระบบครอบครัว ระบบการศึกษา ระบบเศรษฐกิจ ระบบการสื่อสาร เป็นต้นซึ่งจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพชุมชน 4. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) การดูแลต่อเนื่องมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ใช้บริการในการดูแลตนเอง ตามศักยภาพที่มีอยู่ ใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ก่อน การเจ็บป่วย ระหว่างการเจ็บป่วย และหลังจากการเจ็บป่วย ในลักษณะผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ 5.การประสานความร่วมมือในการดูแล (Collaborative care) เป็นการดูแลผู้ให้บริการร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนากร เป็นต้น ซึ่งทีม สุขภาพหรือสหสาขาวิชาจะปฏิบัติการดูแลผู้ให้บริการหรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบผู้ให้บริการเพื่อบรรลุ เป้าหมายการดูแลเดียวกันและเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ จะเห็นได้ว่าการได้รับกิจกรรม พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานเป็นสิ่งที่ช่วยให้ครอบครัวและชุมชนได้เรียนรู้และเกิด การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ อุบล ศุภธนาเจริญ (2557) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดย พบว่า การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย เบาหวานตระหนักถึงการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นและมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมใน ระดับมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ เสาวนีย์ ไกรอ่อน และสาริณี วอนแก่นน้อย (2558) ที่ ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ ชุมชน โดยในกระบวนการวิจัย มีขั้นตอนการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การพัฒนาระบบบริการในคลินิก และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใน ชุมชน ซึ่งมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดังนี้ 1) อสม.เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบทุก 1 เดือนทุก รายโดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านและส่งผลการเยี่ยมกลับมาที่คลินิกโรคเรื้อรัง 2) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูงโดยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ อสม.ได้เข้าร่วม ชมรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุก 1 เดือน โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้ และ มี อสม. เป็นแกนนำออกกำลังกาย หลังจากนั้นมีการการประเมินระบบ เครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน และหลังให้ความรู้กลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับ ความรู้โรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนได้รับความรู้ การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบเครือข่าย เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม อสม. และทีมสหสาขาวิชาชีพ เห็นด้วยมากที่สุด ที่คลินิกโรคเรื้อรังควรกำหนดให้มีการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนา ระบบเครือข่ายฯ เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุฯ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฯ สามารถดูแลตนเองได้ และมีความ พึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเครือข่าย

การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโดย ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล (2555) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดย อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการ

ดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม ดังนั้นการให้ความสำคัญกับศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ย่อมมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ดูแลที่เป็นแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน มีความไวต่อการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้าน ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดี จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อม และสามารถปรับตัวต่อการรู้สึกเป็นภาระหรือความรู้สึกถูกพึ่งพิงจากผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

2. แกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ หลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างทำได้แน่นอน เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของแกนนำที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ และด้านความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวและชุมชน เป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมาก เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งแต่ละครอบครัวจะมีรูปแบบในการจัดการกับโรคต่าง ๆ และการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ค่านิยมของครอบครัว การดูแลรักษาสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านนั้น แกนนำครอบครัวและชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจในตัวของผู้สูงอายุ และต้องแสดงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วย เพราะการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว ถือเป็นความต้องการขั้นสูงของผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมครอบครัวให้แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้น ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวด้วย (กำทร ดานา, 2554, หน้า 3) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยของ นาริรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตรี ทยานศิลป์ (2552) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนเขตเมืองมีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี คือการมีชุมชนที่เข้มแข็ง การมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน และผลการถอดบทเรียนปัจจัยที่มีผลให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว 4 ครอบครัวในชุมชนเขตเมือง มีดังนี้ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุแบบองครวม ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานของความรัก หรือความกตัญญู มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาในอดีต และความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ การรักษาและควบคุม โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้อื้อต่อการดูแลการที่ผู้ดูแลหลักมอบความไว้วางใจดูแลผู้สูงอายุใหญ่ดูแลรับจ้าง การได้รับการสนับสนุนการดูแลทั้งที่เป้นทางการและไม่เป้นทางการ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ และความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแลเป็นความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้ดูแลที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มีความพร้อมทั้งการด้านร่างกาย จิตใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้ดูแล ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่ง

ที่ต้องให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลให้มีศักยภาพและความสามารถในการดูแลที่ดีขึ้น จากผลการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลที่เป็นแกนนำครอบครัวและชุมชนโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ผ่านการสร้างชุมชนนักปฏิบัติและมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แบบเพื่อนช่วยเพื่อน แบบอาสาสมัคร และแบบวิชาชีพนามาให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ททให้ศักยภาพและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลมีระดับความสามารถที่สูงขึ้นและแตกต่างจากก่อนได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุภาพร แนวนบุตร (2558) ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวรายด้านและโดยรวม หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการเสริมพลังอำนาจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย สังคม จิตใจ จิตวิญญาณและความรับผิดชอบต่อสุขภาพมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมมือกันในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ร่วมกันในการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบและมีการติดตาม พัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. มหาวิทยาลัย สถานศึกษา ควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาหลักสูตร โปรแกรมการเรียนรู้อ เพื่อพัฒนาผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนร่วมกัน
3. ควรพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้อให้แกผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ให้เกิดขาดความมั่นใจในการเรียนรู้ วิธีการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม และการใช้แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ที่สุขภาพมากขึ้น รวมทั้งการจัดการด้านอารมณ์จากผู้ที่เคยทำงานดูแลผู้สูงอายุมาก่อนด้วย
4. ควรจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่ายแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และถอดบทเรียนเป็นคลังความรู้ ให้ผู้อื่นสามารถสืบค้นและนำไปใช้ประโยชน์หรือต่อยอดได้โดยง่าย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
2. ควรวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตร หรือการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี หรือบริบทพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป
3. ศึกษาวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งระดับผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้านและติดสังคม

## บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557), อ้างใน

<http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic002.php>

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2528). *ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ สุรีย์ บุญญานพวงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). *ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่*.

สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกรียงศักดิ์ เกรียง ฤทธิอา. (2558). อ้างใน <https://www.gotoknow.org/posts/121180>

กำทร ดานา. (2554). *การพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง :*

*ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนรัง ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. มหาสารคาม.*

จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล. (2555). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ และสุรินธร กลัมพากร. (2554). *การดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน.*

*วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ฉบับพิเศษ 84 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช, 99-108.*

ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.*

*กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.*

दनัย ธีวันดา และมลลิสแสนใจ (2544). *ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7. อุบลราชธานี.*

นารินทร์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2554). *ตัวแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ตีของชุมชนเขตเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(3) (Supplement 2), 67-74.*

ประคอง อินทรสมบัติ และคนอื่น ๆ. (2549). *การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 19(2). พฤษภาคม-สิงหาคม.*

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2556). *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.*

- มัทนา พนานิรามัย และนางนุช สุนทรชวกานต์. (2545). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาศิลป์พยาบาลสาร*. 2 (1), 84-92.
- ยุวดี รอดจากภัยและคนอื่น ๆ. (2555). *รูปการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ(ปีที่1)*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.ชลบุรี
- ลัดดาวลัย พุทธิรักษา, สนอง โลหิตวิเศษ, รุ่งแสง อรุณไพโรจน์, พรรณวิภา บรรณเกียรติ. (2556.) รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและ การจัดการความรู้. *วารสารวิจัยทางการศึกษา*. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 7 (2). ตุลาคม 2555 – มีนาคม 2556.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ*. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, ปรางค์ทิพย์ อูจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, รัชณี ศุภจินทรรัตน์, ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, ปิยาณี คล้ายนิล และ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2548). การ สั่งเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ในระหว่างปี พ.ศ. 2533-2544 โดยการ วิเคราะห์เมต้า. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 6 (1),2-12.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549).*การพัฒนางานประจำสู่วัตถุกรรม : การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- วรรณรัตน์ ลาวัจ, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย. (2547). สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 15(2). กรกฎาคม-ธันวาคม, 17-31.
- วรรณรัตน์ ลาวัจ. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 19(1), 61-78.
- วรรณณี จันทร์สว่าง.(2533). *แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิจารณ์ พานิช. (2549). *การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ.
- วิชัย เสนอชุ่ม และคนอื่น ๆ. (2554). ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 5(2). พฤษภาคม – สิงหาคม.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล.

วารสารพยาบาลศาสตร์. 21(14), 33 – 37

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). *สวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริธานี ศรีหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. (2557). *ผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุ*

*ระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริพร ชัมภลชิต. (2539). *แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล*. สงขลา: เทมการพิมพ์.

ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ:

บริษัทแอกทีฟ พรินท์ จำกัด.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). *สารประชากร พ.ศ. 2548*. นครปฐม:

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2549). *การดูแลต่อเนื่องครบวงจรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย*. เอกสาร

ประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น.

กรุงเทพมหานคร.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). *ปัญหาสุขภาพ*

*ของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2549). *หลักการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์*. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*.

7(4), 92-94.

สุภาพร แนวบุตร. (2558). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ*

*ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว*. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 8(4). ตุลาคม-ธันวาคม.

สุมาลี ว่องเจริญกุล. (2540). *เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน*

*ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร*. ใน *รวมบทความงานวิจัยและวิทยานิพนธ์*

*เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย 2530-2540 เล่ม 2* (หน้า 484). กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง

ประเทศไทย.

เสาวนีย์ ไกรอ่อน และสาริณี วอนแก่น้อย. (2558). *การพัฒนาาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดัน*

*โลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 21(1).

มกราคม-มิถุนายน, 41-53.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ.2553 (ฉบับพิเศษ)*.

กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*.

กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม. (2551). *รายงานสถานการณ์วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ปี 2551 และแนวโน้มปี 2552*. สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม.  
 อติญาณ ศรีเกษตรริน ชุติพร เอกรัตน์ ชไมพร จินตคณาพันธ์และ อรวรรณ สัมภวมาณะ. (2558). การพัฒนา  
 ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.  
*วารสารวิจัยพยาบาลสาร*. 21(1). มกราคม-เมษายน, 110-121.

Andersen RM. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.*; 36(March):1-10.

Becker, M. H. (1974). *The Health belief model and personal health behavior*. Thorofare, N.J: Slack.

Bergner, M., Bobbit, R.A., Carter, W.B., Gilson, B.S. (1981). The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*; 19:787-805.

Brook RH, Ware JE, Davies-Avery A, et al. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Med Care (Supplement)*; 17:1-131.

Carers UK. (2005). <http://www.carersuk.org/about-us/who-we-are>

Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407.

Cronbach, Lee J. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper & Row.

Deyo, R.A., Inui, T.S., Leininger, J., Overman, S. (1982). Physical and psychosocial function in rheumatoid arthritis: clinical use of a self-administered health status instrument. *Arch Intern Med.*;142: 879-882.

Fink R, Gate R. (2001). Pain assessment. In: Ferrell BR, Coyle N, editors. *Textbook of Palliative Nursing*. New York: Oxford University; 53-75.

George, Carol. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*. Volume 17, Issue 3 :Pages fmi-fmi, 183-292.

Goldberg, D. (1972). The General Health Questionnaire. In: McDowell, J. and Newell, C. (1996). *Measuring Health*. New York: Oxford University Press.

Hammond GS, Aoki TT., (1992). Measurement of health status in diabetic patients. Diabetes impact measurement scales. *Diabetes Care*, 15:469-477.

- Kozier, B., & Erb, G. (1988). *Concept and Issue in Nursing Practice*. California: Addison-Wesley.
- Kramer, B.J.(1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next?  
*The Gerontologist*, 37 (1997), pp. 218–232.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities.  
*Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Lubkin, I.,& Payne, M.E. (1998). Family caregiver. In. I. M. Lubkin with P.D. Larsen (Eds.),  
*Chronic illness: Impact and interventions* (pp.258-282). Sudbury, MA: Jones and Barlett.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
- Parker G. (1992). Counting care: Numbers and types of informal carers. In Twigg J. (Ed.),  
*Carers: Research and practices* (pp. 6–29). London: HMSO.
- Pender, N.J., & Pender, A.R.(1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Penrod J. D. Kane R. A. Kane R. L. (2000). *Effects of post-hospital informal care on nursing home discharge* *Research on Aging* 22 66–82.
- Speak, D.L. and others. (1989). “Health Perceptions and Lifestyle of the Elderly,”  
*Research in Nursing and Health*. 12(3) : 93-100 ; September.
- Ungerson, C.(1990). Language of care: Crossing the boundaries. In. C. Ungerson (Ed.), *Gender and caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia* (pp. 8-33). New-York: Harvester.
- United Nations. Economic and Social Council for Asia and the Pacific (2002). *National Policies and Programs on Ageing in Asia and the Pacific: An Overview and Lessons Learned*. Social Policy Paper No. 9, Sales No. E.03.II.F.12.
- World Health Organization. (2000). *Help for Caregivers*. Department of social Change and Mental Health, Geneva.
- Yeatman R, Bennets K, Allen N, Ames D, Flicker L, Waltrowicz W. (1992). Is caring for elderly relatives with depression as stressful as caring for those with dementia? A pilot study in Melbourne. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 8:339–342.

## ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ข. การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. ข้อมูลสำหรับผู้ร่วมวิจัย
2. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**แบบสอบถามเกี่ยวกับศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน  
เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี**

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัว และชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี”

2. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย กลุ่มของข้อความ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** กาเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่ตรงกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวท่านหรือตอบคำถามในช่องว่าง

1. เพศ
 

<input type="checkbox"/> 1 ชาย	<input type="checkbox"/> 2 หญิง
--------------------------------	---------------------------------
2. อายุ.....ปี
3. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 2 รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 3 ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 5 เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 6 อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> 2 ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3 มัธยมศึกษา/ปวช.	<input type="checkbox"/> 4 ปวส./อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> 5ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6 สูงกว่าปริญญาตรี
5. ศาสนา
 

<input type="checkbox"/> 1 พุทธ	<input type="checkbox"/> 2 คริสต์
<input type="checkbox"/> 3 อิสลาม	<input type="checkbox"/> 4 อื่น ๆ (ระบุ).....
6. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> 1 คู่	<input type="checkbox"/> 2 โสด
<input type="checkbox"/> 3 หม้าย	<input type="checkbox"/> 4 แยก/หย่า
7. ลักษณะของครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> 1 ครอบครัวเดี่ยว	<input type="checkbox"/> 2 ครอบครัวขยาย
<input type="checkbox"/> 3 อยู่เพียงลำพัง	
8. รายได้ที่ท่านได้รับต่อเดือน.....บาท
9. รายได้โดยรวมของครอบครัว.....บาท

10. ความเพียงพอของรายได้

- 1 ไม่เพียงพอ  2 เพียงพอ

11. สิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน

- 1 บัตรประกันสุขภาพ  2 เบิกค่ารักษาได้  
 3 เสียค่าใช้จ่ายเอง  4 อื่น ๆ (ระบุ).....

12. ระยะเวลาที่ผ่านมาในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชน.....ปี.....เดือน

13. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่

- 1 ไม่เคย  2 เคย

ถ้าเคย โปรดระบุ (การอบรมภายใน 1 ปีที่ผ่านมา)

ลำดับ	หลักสูตร/เนื้อหา	หน่วยงานที่จัด	ระยะเวลาที่อบรม

14. ท่านเคยได้รับการสอนหรือให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่

- 1 ไม่เคย  2 เคย

ถ้าเคย โปรดระบุ (ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา)

ลำดับ	เนื้อหาที่สอน	หน่วยงานในสังกัดเจ้าหน้าที่	ระยะเวลาที่สอน

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของแกนนำครอบครัวและชุมชน

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตามการรับรู้ของแกนนำครอบครัวและชุมชน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน		
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือไม่
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน</b>					
1.เมื่อท่านพาผู้สูงอายุในความดูแลของท่านไปพบแพทย์ครั้งล่าสุด แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมาก					
2.ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จักส่วนใหญ่มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล					
3.ท่านคิดว่าปัจจุบันผู้สูงอายุในความดูแลของท่านรู้สึกสบายกว่าเมื่อก่อน					
4.ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลป่วยเป็นโรคอะไรบางอย่าง					
5.ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงสมบูรณ์เหมือนเมื่อก่อน					
6.ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเหมือนผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จัก					
7.ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดีมาก					
8.ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลตอนนี้มีภาวะสุขภาพที่ย่ำแย่มาก					
9.แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีภาวะสุขภาพไม่ดี					
10.ท่านรู้สึกว่าปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพที่ดีเท่าที่จะสามารถดีได้แล้ว					

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>ภาวะสุขภาพในอดีต</b>					
11. ที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลต้องนอนชมติดเตียงอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย					
12. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเคยเจ็บป่วยมาก ๆ จนท่านคิดว่าผู้สูงอายุนั้นจะเสียชีวิตแล้ว					
13. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไม่เคยเจ็บป่วยเลยมาเป็นระยะเวลา					
14. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไม่เคยเจ็บป่วยอาการหนักที่ต้องนอนโรงพยาบาลเลย					
<b>ความต้านทาน/ความอ่อนแอ</b>					
15. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลดูเหมือนว่าจะเจ็บป่วยง่ายกว่าผู้สูงอายุคนอื่น ๆ					
16. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อยๆ ได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล					
17. ร่างกายของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลดูเหมือนว่าจะมีความต้านทานต่อการเจ็บป่วยได้ดีมาก					
18. เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงบางอย่างผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมักจะมีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย					
<b>แนวโน้มสุขภาพ</b>					
19. ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้					
20. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ในอนาคต					
21. ในอนาคตอันใกล้นี้ ท่านคาดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลน่าจะมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จัก					
22. ท่านคาดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีมาก					
23. ในจำนวนผู้สูงอายุที่ท่านรู้จักท่านคาดว่าพวกเขา น่าจะมีปัญหาเรื่องสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่					
24. ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะแย่ยิ่งกว่าในปัจจุบันที่เป็นอยู่					

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ</b>					
25. ท่านไม่เคยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเลย					
26. ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมากกว่าผู้ดูแลคนอื่นๆ ในชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุ					
27. ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเสมอ					
28. ผู้ดูแลคนอื่น ๆ ดูเหมือนจะมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุของเขามากกว่าท่าน					
<b>การยอมรับความเจ็บป่วย</b>					
29. การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล					
30. ท่านยอมรับได้ว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลกำลังจะเข้าสู่ภาวะความเจ็บป่วย					
<b>การปฏิเสธความเจ็บป่วย</b>					
31. ท่านพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่รับรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการค้าเนินชีวิตของท่าน					
32. เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านจะไม่บอกใครและจะเก็บไว้เป็นความลับ					
33. เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านพยายามที่จะทำเหมือนว่าผู้สูงอายุนั้นปกติดี					
34. เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านพยายามที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยนั้นร่วมกับผู้สูงอายุ					
<b>ทัศนคติต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์</b>					
35. ท่านไม่ชอบการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์					
36. ท่านไม่เคยรู้สึกรำคาญหาต้องพาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไปพบแพทย์					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยขอให้ท่านอ่านข้อความแล้วตอบคำถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่าน

เมื่อท่านเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุท่านจะมีความสามารถหรือมั่นใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้คะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

คะแนน จาก 0 ----1---2---3---4---- 5 ----6---7---8---9--- 10  
 ไม่สามารถทำได้เลย----- ทำได้ปานกลาง -----ทำได้แน่นอน

#### ความแข็งแรงของร่างกาย

#### ความมั่นใจ(0-10)

1. ยกวัตถุที่มีน้ำหนัก 5 กิโลกรัมได้ .....
2. ยกวัตถุที่มีน้ำหนัก 10 กิโลกรัมได้ .....
3. ยกวัตถุที่มีน้ำหนัก 25 กิโลกรัมได้ .....
4. ยกวัตถุที่มีน้ำหนัก 45 กิโลกรัมได้ .....

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนน(0-10)
<b>ความสามารถของตนเองในการผ่อนปรน</b>	
1.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อตัวท่านเองจำเป็นต้องไปพบแพทย์	
2.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อท่านจำเป็นที่จะต้องไปทำธุระที่ท่านจำเป็นต้องไปทำ	
3.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่อให้ไปทำธุระแทนท่านได้	
4.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวเพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อท่านรู้สึกว่าการที่จะพัก	
5.ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวอยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านประมาณ 1 สัปดาห์เมื่อท่านต้องการเวลาส่วนตัวของตนเอง	
<b>ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ</b>	
6. เมื่อผู้สูงอายุลืมหิวหรือลืมกินอาหารและถามคุณเกี่ยวกับอาหารเมื่อเที่ยงที่เพิ่งรับประทานไปท่านสามารถที่จะตอบคำถามของผู้สูงอายุได้โดยที่ไม่ใช้เสียงดังที่แสดงถึงความรำคาญ	
7. เมื่อท่านโกรธเนื่องจากผู้สูงอายุถามคำถามซ้ำแล้วซ้ำเล่า ท่านสามารถที่จะบอกกับตัวเองให้ทำใจเย็น ๆ และสามารถระงับอารมณ์โกรธได้	
8. เมื่อผู้สูงอายุบ่นหรือตำหนิเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลที่ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุท่านสามารถตอบสนองโดยที่ไม่โต้เถียงกลับ	
9.เมื่อผู้สูงอายุถามคำถามท่าน 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ท่านสามารถที่จะตอบคำถามผู้สูงอายุได้โดยที่ไม่รำคาญหรือใช้เสียงดัง	
10.เมื่อผู้สูงอายुरบกวนท่านถึง 4 ครั้งในระหว่างที่ท่านกำลังรับประทานอาหารเย็น ท่านสามารถที่จะตอบสนองการรบกวนนั้นได้โดยไม่รำคาญหรือใช้เสียงดัง	

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	คะแนน(0-10)
<b>ความสามารถในการควบคุมความคิดที่ไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล</b>	
11. ท่านสามารถควบคุมความคิดเกี่ยวกับความไม่เต็มใจในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
12. ท่านสามารถควบคุมความคิดที่ท่านรู้สึกว่ามันช่างไม่มีความยุติธรรมเลยที่ท่านต้องมาตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนี้	
13. ท่านสามารถควบคุมความคิดของท่านได้ว่าจะไม่คิดว่าชีวิตของท่านช่างเป็นชีวิตที่ดีเพียงใดก่อนที่ท่านจะต้องมาให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเช่นนี้ หรือท่านรู้สึกสูญเสียโอกาสไปมากมายเมื่อท่านจำเป็นต้องมาดูแลผู้สูงอายุ	
14. ท่านสามารถควบคุมความคิดของท่านว่าท่านพลาดสิ่งใดหรือท่านต้องยกเลิกสิ่งใดในชีวิตเพราะผู้สูงอายุที่ท่านต้องดูแล	
15. ท่านสามารถควบคุมความวิตกกังวลของท่านเกี่ยวกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม  
คณะผู้วิจัย