



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

RECOMMENDATIONS FOR THE POLICY ON POTENTIAL SUPPORT
OF FAMILY CAREGIVERS OF THE DEPENDENT ELDERLY
IN COMMUNITY

สุรียา ฟองเกิด

ดุขฎีนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

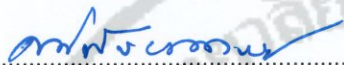
ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
RECOMMENDATIONS FOR THE POLICY ON POTENTIAL SUPPORT OF FAMILY
CAREGIVERS OF THE DEPENDENT ELDERLY IN COMMUNITY

สุรียา ฟองเกิด

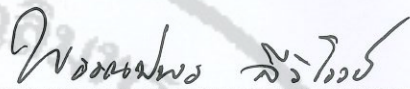
ได้รับพิจารณาอนุมัติให้ดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

สอบวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2566



ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร
ประธานกรรมการสอบ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณปพร ลีโรจน์
อาจารย์ที่ปรึกษา



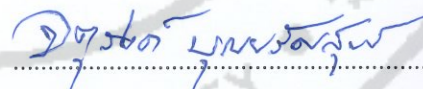
รองศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร
กรรมการสอบ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณปพร ลีโรจน์
กรรมการสอบ



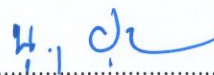
อาจารย์ ดร.นุชนาฏ ยูอันเงาะ
กรรมการสอบ



รองศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
(การบริหารสวัสดิการสังคม)



อาจารย์ ดร.กฤตวรรณ สําหร่าย
กรรมการสอบ



อาจารย์ ดร.นุชนาฏ ยูอันเงาะ
คณบดีคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม

ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

สุรียา ฟองเกิด

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณปพร ลีวิโรจน์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี ดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 กำหนดประเด็นปัญหาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมทั้งศึกษาจากกลุ่มบุคคลผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 277 คน และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 109 คน รวมทั้งสิ้น 386 คน แล้วสังเคราะห์เป็นประเด็นปัญหาการพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์ทางเลือกข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างแนวคำถามนำและสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 3 สังเคราะห์ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผลวิจัยพบว่า ได้ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย 3 ประเด็น คือ 1) จัดระบบ และกลไกการสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมในทุก ๆ ด้าน ที่จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีมาตรการ 3 ข้อ 2) จัดระบบการเสริมสร้างศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน มีมาตรการ 3 ข้อ และ 3) ส่งเสริมการสร้าง ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีมาตรการ 3 ข้อ รวมมีมาตรการทั้งสิ้น 9 ข้อ

การวิจัยนี้ขอเสนอแนะว่า กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงแรงงาน ต้องพัฒนาระบบการสร้าง ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้มีรายได้ มีอาชีพที่มั่นคงและสามารถสร้างรายได้ทั้งในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสร้างอาชีพได้หลังจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เสียชีวิตไปแล้ว

คำสำคัญ: ข้อเสนอแนะ นโยบาย ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิง

RECOMMENDATIONS FOR THE POLICY ON POTENTIAL SUPPORT OF FAMILY CAREGIVERS OF THE DEPENDENT ELDERLY IN COMMUNITY

Suriya Fongkerd

Doctor of Philosophy (Social Welfare Administration)

Dissertation Advisory: Assist. Prof. Dr. Panpaporn Leeviroj

ABSTRACT

This research was aimed to recommendations for the policy on potential support of family caregivers of the dependent elderly in community. This study employed three steps of procedures which were 1) assignment of topics of problems and suggestions in terms of policy recommendations to enhance the potential of the dependent elderly's family caregivers in the community by reviewing documents and related studies and by eliciting quantitative data from 277 informants and qualitative data from 109 informants (as total of 386 persons) which were later condensed into topics of policy recommendation; 2) synthesis of policy recommendations for potential enhancement of the dependent elderly's family caregivers in the community; The study results from step 1 were used to create leading questions, interviewed 9 experts and content analysis. and 3) development of the policy recommendations for potential enhancement of the dependent elderly's family caregivers in the community.

The result show that the policy recommendations for potential enhancement of the dependent elderly's family caregivers in the community into 3 aspects of 1) the system and mechanism for multi-dimensional accessibility of social welfare of the dependent elderly's family caregivers for three measures, 2) provision of potential enhancement system for the dependent elderly's family caregivers from the government and private sectors for three measures, and 3) promote of economic and professional stability for the dependent elderly's family caregivers for three measures which made nine measures.

It was suggested in this study that Ministry of Social Development and Human Security and Ministry of Labor should develop the system that could create stability of economy and profession for the family caregivers so that they would have income, stable careers, and make the fortune while taking care of the dependent elderly and after they pass.

Keywords: Policy, Family Caregiver, Elderly, Dependent

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยการจุดประกายทางวิชาการ การถ่ายทอดความรู้ การหนุนเสริม และกำลังใจตลอดจนการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ จากคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม และบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติทุกท่าน ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณเป็นพิเศษ แต่ ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณปพร ลีวิโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาคุณุณีพันธ์ พร้อมด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร อาจารย์ ดร.นุชนาฏ ยูฮันเงาะ อาจารย์ ดร.กฤตวรรณ สหาย อาจารย์ประจำหลักสูตร และกรรมการสอบคุณุณีพันธ์ฉบับนี้ ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งต่อการให้ข้อเสนอแนะด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรทางการแพทย์ แกนนำชุมชน องค์กรต่าง ๆ ที่เป็นพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ได้ให้ความร่วมมือในการให้ผู้วิจัยเข้าไปศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการทำการศึกษาคั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ให้คำแนะนำในการวิจัย และตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยคั้งนี้ คือ อาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณปพร ลีวิโรจน์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ทำยสุดและสำคัญอย่างยิ่ง คือ ขอขอบคุณสำหรับความเสียสละ กำลังใจ การสนับสนุนต่าง ๆ จากทางครอบครัวของผู้วิจัยจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปอย่างสมบูรณ์

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านทั้งหลายเหล่านี้ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณทุกท่านที่ได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จคั้งนี้

สุรียา ฟองเกิด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	2
1.3 คำถามในการวิจัย	2
1.4 ขอบเขตการวิจัย	2
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ	8
2.2 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	17
2.3 แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	37
2.4 แนวคิดทฤษฎีนโยบายทางสังคม บริการทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับผู้สูงอายุ	46
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	59
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 การศึกษาเอกสาร (Documentary research)	60
3.2 การศึกษาภาคสนาม	60
3.3 พื้นที่ศึกษา	61
3.4 ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sampling)	61

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	64
3.6 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	70
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)	73
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	74
3.9 จริยธรรมการวิจัย	76
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 สถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	77
4.2 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหา ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	90
4.3 การเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	115
4.4 ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	132
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	147
5.2 อภิปรายผล	150
5.3 ข้อเสนอแนะ	167
บรรณานุกรม	169
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	177
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	178
ภาคผนวก ค เครื่องมือเชิงปริมาณและการสนทนากลุ่ม	179
หนังสือยินยอมการเผยแพร่ผลงานวิจัย	203

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	78
2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกตามรายชื่อ (n=277)	80
3 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	82
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายด้าน และภาพรวม (n=277)	91
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านความบกพร่องทางสังคม จำแนกตามรายชื่อ และภาพรวม (n=277)	91
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านอาการทางกาย จำแนกตามรายชื่อ และภาพรวม (n=277)	92
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ จำแนกตามรายชื่อ และภาพรวม (n=277)	93
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง จำแนกตามรายชื่อ และภาพรวม (n=277)	94
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล (n=277)	103
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล (n=277)	104
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความต้องการการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)	105
12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)	111
13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านร่างกาย (n=277)	112

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านจิตใจ (n=277)	113
15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ (n=277)	114
16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม (n=277)	115
17 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม ด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาล สำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน (n=277)	116
18 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม ด้านรายได้สำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)	117
19 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม ด้านที่พักอาศัยสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)	118
20 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม ด้านนันทนาการสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)	119
21 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครองสำหรับญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)	120
22 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม ด้านการสร้างบริการทางสังคมสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน (n=277)	122
23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การเสริมสร้างศักยภาพในการดูแล ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)	123
24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การเสริมสร้างศักยภาพตนเอง ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)	124
25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปล ผลการพัฒนาศักยภาพจากภายนอก ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)	126
26 สรุปการกำหนดประเด็นปัญหาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	143

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

59



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เห็นได้จากสถิติปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีประชากรทั่วโลกทั้งหมด 7,875 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,082 ล้านคน หรือร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ในภูมิภาคอาเซียนมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 11 และประเทศไทยมีผู้สูงอายุเป็นอันดับสองของอาเซียนซึ่งมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 19 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) สถานการณ์ผู้สูงอายุดังกล่าวเป็นประเด็นที่ท้าทายทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากเป็นยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้น ระบบการดูแลผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยงเข้ากับโลกยุคดิจิทัลและนำประโยชน์จากสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันมาสู่การดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามสถานการณ์ของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาความเปราะบางด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นมีความต่อเนื่องและรวดเร็วส่งผลให้ลักษณะการพึ่งพิงทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นเช่นกัน (จินตนา อาจสันเทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง, 2561)

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากผลการสำรวจในปี 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.3 ติดบ้านร้อยละ 1.8 เพิ่มขึ้นมากกว่าปี 2558 ถึง 1.5 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) จากสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าว ทำให้รัฐบาลต้องเร่งพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566) รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการสังคมและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (สำนักงานงบประมาณของรัฐสภา สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2562) การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นการจัดบริการสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ และไม่ใชทางการ ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวเป็นการให้บริการด้านสวัสดิการสังคมแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม (ปาณิสดา บุญรัตกลิน, 2561) ถึงแม้ว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่รัฐบาลได้จัดไว้ให้ประชาชนไทยนั้น ค่อนข้างที่จะมีความสมบูรณ์ และเป็นรูปธรรมมากที่สุดจากอดีตที่ผ่านมา ซึ่งทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับสวัสดิการสังคมไปด้วย เช่น กลุ่มอาสาสมัครดูแล

ผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ เป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นทางการ (กฤตวรรณสาหร่าย, ภูซงค์ เสนานุช และ ชัตติยา กรรณสูตร, 2562) แต่ในขณะเดียวกัน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เป็นทางการ คือกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่ง ทำหน้าที่ในการดูแลตลอดทั้งวันทั้งคืน ต้องเสียสละตนเองทั้งกายและใจ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ทิ้งไปไหน แต่ไม่ได้รับสวัสดิการ การดูแล และการพัฒนาศักยภาพเหมือนกับกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นทางการ (สุรียา ฟองเกิด, กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม และ กนกพร นทีธนสมบัติ, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีอาการเหนื่อยล้า ไม่มีสมาธิ พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก ปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น เนื่องจาก ละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง และต้องถดถอยบทบาททางสังคมลง ความตึงเครียด วิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม มีปัญหาการเงิน และปัญหาชีวิตส่วนตัว เมื่อเวลาผ่านไปถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือจะเกิดความเหนื่อยล้า (วิยะดา รัตนสุวรรณ และ ประราลี โอภาสนันท์, 2561) ซึ่งหากปล่อยละเลยไม่ให้การดูแลช่วยเหลือ กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ อาจเกิดปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาทางสังคม และเศรษฐกิจตามมาได้ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของบุคคล (Human Resource Development) จึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ฉะนั้น จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยมุ่งเน้นให้บริการสวัสดิการเชิงรุก และเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าถึงบริการสังคมอย่างเท่าเทียม อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน (วิยะดา รัตนสุวรรณ และ ประราลี โอภาสนันท์, 2561)

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงสนใจศึกษาข้อเสนอแนะต่อนโยบาย การเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว ประกาศนโยบายเพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐและเอกชน สร้างเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีความสุข และได้รับความคุ้มครองจากสังคมอย่างเท่าเทียมกัน

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหาผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
3. เพื่อศึกษาการเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
4. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1.3 คำถามในการวิจัย

1. สถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นอย่างไร
2. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหา ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นอย่างไร
3. การเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นอย่างไร
4. ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาพิจารณาจากการแบ่งตามเขตการปกครองของประเทศไทยโดยแบ่งออกเป็น 5 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ และการคัดเลือกจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนประชากรของแต่ละภาคโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 1 จังหวัดเป็นตัวแทนภาค รวมทั้งการคัดเลือกอำเภอ ตำบล และชุมชน ที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก ทำให้ได้พื้นที่ศึกษาดังนี้ 1) ภาคเหนือ คือ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ตำบลจ่อหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 3) ภาคกลาง คือ ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 4) ภาคตะวันออก คือ ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี และ 5) ภาคใต้ คือ ตำบลท่าไร่ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา พัฒนาชุมชน) และ ผู้ทรงคุณวุฒิ

1.4.3 ขอบเขตด้านเนื้อหาในการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตเนื้อหาในการวิจัย 5 ประเด็น ดังนี้

- 1) สถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 2) สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหา ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 3) การเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน
- 4) ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent Elderly) หมายถึง ประชาชนไทยทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวัน จากแบบประเมินดัชนีบาร์เธลแอกทีวิตีแอกทีวิตี (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีคะแนนระหว่าง 0-11 คะแนน และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือแบบทดแทนบางส่วนหรือทั้งหมด จากญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน และทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่เคยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดบาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้สูงอายุรับประทานยา เป็นต้น

ปัญหา หมายถึง ประเด็นที่เป็นอุปสรรค ความยากลำบาก ความต้านทานที่ต้องมีการแก้ไข หรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้แก่ ความรู้ไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาที่เพียงพอ ไม่สามารถหาคคน มาผลัดเปลี่ยนการดูแล ภาวะเศรษฐกิจ และภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ความต้องการ หมายถึง ความประสงค์อยากจะได้รับการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัวและสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นความคาดหวังที่จะได้รับการตอบสนอง ความต้องการนั้นๆจากสังคมของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การบริการทางสังคม หมายถึง บริการทางสังคม ซึ่งเกี่ยวกับการป้องกันการแก้ไขปัญหา การพัฒนาและการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ของญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเอง ได้ทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับ และมีส่วนร่วม ในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ด้านการศึกษา หมายถึง บริการด้านการให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุน ทุนเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้มีการฝึกอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิด ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพ

2) ด้านสุขภาพอนามัย หมายถึง บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน โดยญาติผู้ดูแลไม่ว่าเพศใด อายุวัยใด เชื้อชาติใด ศาสนาใด อยู่ในภูมิภาคใด หรืออยู่ในวัฒนธรรมใด มีความสนใจในทางการเมือง มีแบบแผนการ ดำรงชีวิตเช่นใด หรือมีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมในระดับขั้นใดก็ตาม ต้องได้รับการสวัสดิการ สังคมด้านสุขภาพอนามัยที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เสมอภาคเป็นธรรม สอดคล้องกับความต้องการ และสถานการณ์ปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) ด้านที่อยู่อาศัย หมายถึง บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้มีที่อยู่อาศัยตามควรแก่อัตภาพ ช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ในทำนองเดียวกัน ญาติผู้ดูแลทุก คน ควรจะได้มีที่อยู่อาศัยตามแต่กำลังความสามารถของญาติผู้ดูแล ที่ได้มาอย่างน้อยที่สุดที่อยู่ อาศัยต้องให้ความปลอดภัย ความมั่นคง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีสภาพเสื่อมโทรม แออัด สิ่งแวดล้อมมลพิษ หรือเสียงต่อภัยพิบัติ เสียงต่อความเสื่อมเสีย ทั้งทางร่างกายจิตใจอารมณ์ และสังคม

4) ด้านการทำงานและการมีรายได้ หมายถึง บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้มีงานทำที่ทำให้มีรายได้อย่างน้อยเพียงพอแก่การดำรงชีพ งานที่ทำมีสวัสดิการที่ดี หรืออย่างน้อยตามที่กฎหมายกำหนด งานที่ต้องไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ การบาดเจ็บต่อร่างกาย และอุบัติเหตุต่าง ๆ ไม่เป็นงานที่สร้างความเสื่อมเสียแก่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ผิดศีลธรรม หรือผิดกฎหมาย ประชาชนมีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ และมีโอกาสก้าวหน้าในการทำงานนั้น ๆ ญาติผู้ดูแลต้องได้รับรายได้ และสวัสดิการจากการทำงานอย่างเสมอภาค เท่าเทียม และยุติธรรม

5) ด้านนันทนาการ หมายถึง บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้มีกิจกรรมนันทนาการ เพื่อการบันเทิง และการพักผ่อนใจ อย่างมีคุณภาพ โดยกิจกรรมนันทนาการนั้น ๆ ไม่เป็นการทำให้เสื่อมเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ผิดศีลธรรม และไม่ผิดกฎหมาย ไม่เป็นการเอารัดเอาเปรียบ กดขี่ข่มเหง หรือละเมิดสิทธิเสรีภาพ ของประชาชนในกลุ่มอื่น ๆ

6) ด้านกระบวนการยุติธรรม หมายถึง บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการคุ้มครอง ในเรื่องความมั่นคงในการดำเนินชีวิตของตน และครอบครัว ในรูปของการประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมเรื่องผลประโยชน์จากการประกันสุขภาพ การสงเคราะห์บุตร การชดเชยการขาดรายได้ จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีความพิการ ทูพพลภาพ ชราภาพ

7) ด้านบริการทางสังคมทั่วไป หมายถึง บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการช่วยเหลือ เพื่อสร้างเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขตามควรแก่อัตภาพ

การเข้าถึงบริการทางสังคม หมายถึง การได้รับสิทธิ และใช้ประโยชน์ จากสิทธิที่พึงได้ตามกฎหมาย เช่น การป้องกันการแก้ไขปัญหา การพัฒนา และการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ของญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้ทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน และการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป

การเสริมสร้างศักยภาพ หมายถึง ความรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแล ทั้งสร้างเสริมศักยภาพภายในตนเอง และการได้รับการเสริมจากองค์กรภายนอก เพื่อให้เป็นแนวทางไปสู่การพัฒนาทั้งความคิด และแนวทางการปฏิบัติที่มุ่งเน้นให้ญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้ทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน และการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตที่ญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และบริบททางสังคมไทย ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคุณภาพชีวิตที่ดี วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางให้หน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ตระหนักถึงการสร้างเสริมศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการประกาศนโยบาย จัดทำโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือตามความต้องการและความเหมาะสม
2. รัฐบาลได้รับข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) ศึกษาสถานการณ์การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหา ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) ศึกษาการเข้าถึง และการได้รับบริการทางสังคม ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และ 4) ศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้าง ศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

2.1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย

2.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.1 ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.2 รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของต่างประเทศ

2.2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคมในการดูแลระยะยาวสำหรับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3 แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

2.4 แนวคิดทฤษฎีนโยบายทางสังคม บริการทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

2.1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หรือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 ถ้าหากสังคมใดมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 14

ก็จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) คือ สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ปัจจุบันทั่วโลก มีผู้สูงอายุราว 1,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 โดยในภูมิภาคอาเซียนนั้น พบว่า มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 11 โดยมี 7 ประเทศที่ได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งประเทศสิงคโปร์ เป็นประเทศแรกของภูมิภาคอาเซียนที่ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ มีผู้อายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 (ณภาพ ประยูรวงษ์, 2565) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้จัดทำการศึกษาสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย มาแล้ว 6 ครั้ง โดยครั้งแรก ดำเนินการสำรวจในปี 2537 ครั้งต่อมาปี 2545, 2550, 2554, 2557 และ 2560 สำหรับปี 2564 เป็นการสำรวจ ครั้งที่ 7 จากผลการสำรวจ พบว่า ประเทศไทย มีแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2564 ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ในปี 2565 ที่ผ่านมา และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทย จะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรยังมีอายุสูงชันยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

ภาวะสูงวัยนั้นจะมาพร้อมกับความเปราะบางทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม (ธัญรัชต์ องค์กรมีเกียรติ, 2561) ผู้สูงวัยจึงต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้นในหลายด้าน การที่ครอบครัวคนรอบข้าง สังคม รวมไปถึงรัฐต้องเข้ามาประคับประคองผู้สูงวัยจำเป็นต้องใช้เวลา เงินทอง และทรัพยากรต่าง ๆ มากตามจำนวนผู้สูงวัย ถ้ายิ่งมากก็อาจจะกระทบต่อทั้งด้านส่วนตัว และองค์รวมทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบโครงสร้างต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สร้างผลกระทบในระดับบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มคนวัยแรงงานที่มีภาวะดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประเทศไทยมีสัดส่วนของกำลังแรงงานต่อผู้สูงอายุต่อเด็ก อยู่ที่ 4 ต่อ 1 ต่อ 1 (4 : 1 : 1) คาดว่าในปี 2579 จะปรับลงไปอยู่ที่ 2 ต่อ 1 ต่อ 1 (2 : 1 : 1) ผู้สูงอายุที่มีสถานะขาดเงินออม มีเงินไม่เพียงพอสำหรับการเกษียณ และใช้จ่ายในช่วงบั้นปลายชีวิต เป็นข้อจำกัดของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วชากร นพนรินทร์, 2563) เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น ขณะที่วัยทำงานเท่าเดิม หรือลดลง ส่งผลให้ค่าแรงสูงขึ้น หรือขาดแคลนแรงงานทำให้ต้องพึ่งเครื่องมือเครื่องจักร หรือนำเทคโนโลยี หรืออาจต้องนำเข้าแรงงานต่างด้าวมากขึ้น ภาครัฐจำเป็นต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข การแพทย์ บริการสังคมแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ต้องเพิ่มงบประมาณรายจ่ายเพื่อสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้ รวมทั้งยังเก็บภาษีรายได้ได้น้อยลง เพราะผู้สูงอายุ

ซึ่งไม่มีรายได้มีส่วนที่มากขึ้น สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้อยู่ในวัยทำงานต้องทำงานมากขึ้น และต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงอาจขาดความอบอุ่น หรือถูกทอดทิ้ง เกิดปัญหาทางด้านสภาพจิตใจ รวมไปถึงรู้สึกเหงาเมื่อไม่ได้ทำงาน ยังต้องกลายเป็นภาระให้กับลูกหลาน ยิ่งรู้สึกไม่ภูมิใจในตัวเอง น้อยใจ ซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่มากขึ้น ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพจึงต้องเตรียมสะสมเงินออม หรือวางแผนการลงทุนเพื่อจะได้มีรายได้ หรือเงินสะสมไว้ใช้ในวัยสูงอายุ หรือสามารถนำเงินออมที่สะสมไว้มากำใช้ในวัยบั้นปลายชีวิตได้ (ชัยพัฒน์ พุฒซ้อน และ กนต์พัฒน์ พรศิริวัชรสิน, 2561)

เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป จึงส่งผลให้พฤติกรรมผู้บริโภคโดยรวมเปลี่ยนตาม ซึ่งทั้งในมุมมองของการเป็นผู้บริโภคเอง หรือทำธุรกิจที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องเข้าใจโครงสร้างนี้ เพื่อรับมือกับเทรนด์ที่เปลี่ยนไปหลักๆ 3 ประการ (สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ กรุงโตเกียว, 2562) ดังนี้

1) การรับมือกับอาหารและยา ผู้สูงอายุมิแนวโน้มต้องการที่จะบริโภคอาหารธรรมชาติปลอดสาร หรือออร์แกนิก อย่างไรก็ตามผักออร์แกนิกที่ได้รับมาตรฐานในประเทศไทย ถูกพบว่า มีสารพิษตกค้างมากถึงร้อยละ 50 จากปริมาณตัวอย่างทั้งหมดจากการสำรวจของเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai-PAN) และมีอาหารมากถึงร้อยละ 9 ที่กล่าวอ้างว่าเป็นอาหารออร์แกนิกโดยที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานสินค้าออร์แกนิกแต่อย่างใด ในส่วนของยารักษาโรคต่างๆ นั้น สิ่งที่สำคัญคือคุณภาพของวัตถุดิบและสารควบคุมที่ใช้ในการผลิตยา รวมถึงการตรวจสอบสารตกค้างในกระบวนการผลิตยา นอกจากนี้ยังมีรายงานจาก World Health Organization (WHO) ออกมาว่าในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางนั้น มียาที่ไม่ได้คุณภาพ รวมถึงยาปลอมอยู่ในท้องตลาดถึงร้อยละ 10

2) การรับมือกับการดูแลและรักษาพยาบาล การดูแลและรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งนอกจากท่านจะต้องการความสะดวกสบายแล้ว จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวัง (Monitoring) และมีข้อมูลที่ใช้ประกอบการดูแลรักษาอย่างครบถ้วน แต่ปัญหาหลักในปัจจุบันคือการไม่เชื่อมต่อกันของประวัติการรักษาพยาบาลของคนไข้ และการที่ข้อมูลด้านการสุขภาพและการรักษาเป็นข้อมูลที่ลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change) มีความสำคัญ ซึ่งตลอดชีวิตของเรามีการย้ายการรักษาจากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่ง จากแพทย์ท่านหนึ่งไปยังแพทย์ท่านอื่นกันอยู่ตลอดเวลา การย้ายดังกล่าวอาจเกิดจากการย้ายพื้นที่อยู่อาศัย ความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกันของผู้รักษา หรือการรักษาเร่งด่วนที่ต้องทำใกล้จุดที่เกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งการรักษาด้วยข้อมูลประวัติคนไข้ที่มีจำกัดก็ย่อมทำให้กระบวนการรักษามีข้อจำกัด ส่งผลถึงประสิทธิภาพของการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาตามมาด้วย

3) การรับมือกับการเงิน ปัญหาใหญ่ที่ประเทศไทยกำลังจะเผชิญขณะนี้คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออมเงินไม่พอใช้ในวัยเกษียณ ซึ่งผลการสำรวจจากหลายแหล่งแสดงตัวเลขตั้งแต่ร้อยละ 60-90 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ถือเป็นสัดส่วนที่สูงมาก เนื่องจากอายุที่มากขึ้น ปริมาณการรับความเสี่ยงในการลงทุนก็ลดลงตามไปด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเก็บเงินในรูปแบบของเงินฝากธนาคารเป็นหลัก ซึ่งเงินฝากธนาคารเหล่านี้มีมูลค่าลดลงไปเรื่อย ๆ จากอัตราเงินเฟ้อ ซึ่งในส่วนของรายรับ ผู้สูงอายุเหล่านั้นพึ่งพาเงินจากลูกหลานเป็นหลัก และยังคงใช้จ่ายด้านอาหาร ยา การดูแล และการรักษาพยาบาลในข้อที่กล่าวมาแล้วสูงขึ้นสวนทางกับรายรับ

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน และประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อปี 2558 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2564 ซึ่งการเพิ่มขึ้น ของผู้สูงอายุไทย ส่งผลให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังติดตัวมาตั้งแต่อายุในวัยผู้ใหญ่ และขาดการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และจากสภาพเศรษฐกิจ และสังคม ที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบ จากเศรษฐกิจ และสังคมด้วย ไม่ว่าจะเป็นด้านอาหาร และยา ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการเงิน จนนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่รุนแรงขึ้นจนนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง

2.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1) ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุติดเตียงไว้ ดังนี้

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) ได้จัดแบ่งประเภทของผู้สูงอายุโดยประเมินจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จัดจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พิการหรือทุพพลภาพ 2) กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 3) กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้

Schirghuber and Schrems (2021) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงคือผู้ที่เคลื่อนไหวศีรษะได้เพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยจะนอนราบ เพราะไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยเหตุผลบางประการ อาจเป็นเพราะความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือสภาวะอื่น ๆ แต่ส่วนใหญ่ผู้พิการเหล่านี้ ยังคงมองเห็น และได้ยินอย่างชัดเจน

Normala and Lukman (2020) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ล้มป่วยหนักหรือมีความพิการ อย่างรุนแรง จนไม่สามารถลุกออกจากเตียงได้ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน

ด้วยตนเองได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะเหล่านี้ไม่สามารถดูแลตัวเอง รวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การไปห้องน้ำ อาบน้ำ หวีผม แปรงฟัน รับประทานอาหาร และการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การล้มหมอนนอนเสื่อเป็นเวลานาน ๆ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น แผลตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ได้รับผลกระทบ และการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ

Bekdemir and Ilhan (2019) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยติดเตียงคือผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลาสั้น หรือยาว ด้วยสาเหตุต่าง ๆ กัน รวมถึงโรคเรื้อรัง วยชรา และความทุพพลภาพ ผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถดูแลตนเอง และดูแลทางการแพทย์ได้บางส่วนหรือทั้งหมด และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ป่วยติดเตียงมักจะได้รับ การดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้าง และ/หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

วิยะดา รัตนสุวรรณ และ ปะราลี โอภาสนันท์ (2561) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีความพิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ได้คะแนนต่ำกว่า 11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอนติดเตียงอยู่ที่บ้าน และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือแบบทดแทนบางส่วน หรือทั้งหมด จากผู้ดูแล และมีคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่าง 0-11 คะแนน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต

2) สถิติและแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประเทศไทยอย่างรวดเร็วนี้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้านทั้งด้านเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน ภาวะเกื้อหนุนที่คนวัยแรงงานต้องแบกรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ บริการสุขภาพ และบริการด้านสังคมอื่น ๆ วัยผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายน้อยลง ภาวะโรคอ้วนลงพุง ภาวะความเครียด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ยังควบคู่มากับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน หลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคสมองเสื่อม และความพิการ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง หรือกลุ่มที่เรียกว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือ จากผู้อื่น หรือผู้ดูแลหลัก ในเรื่องการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ จะใช้แบบประเมินความสามารถ

ในการทำกิจวัตรประจำวันประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การใช้ห้องน้ำ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แม้เพียงกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ย่อมเป็นภาระต่อผู้ดูแล หรือญาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ณปภา ประยูรวงษ์, 2565) ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ถึง 2564 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอัตราการลดลงในช่วงปี 2561-2562 และเริ่มกลับมาเพิ่มจำนวนขึ้นอีกครั้งในปี 2563-2564 แต่ผู้สูงอายุติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังนี้

ปี 2560 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 7,876,183 คน เป็นผู้ป่วยติดเตียง 36,834 คน อัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เท่ากับ 592.64 คนต่อแสนประชากร

ปี 2561 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 8,195,068 คน เป็นผู้ป่วยติดเตียง 40,409 คน อัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เท่ากับ 562.50 คนต่อแสนประชากร

ปี 2562 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 8,443,416 คน เป็นผู้ป่วยติดเตียง 42,185 คน อัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เท่ากับ 551.79 คนต่อแสนประชากร

ปี 2563 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 8,775,501 คน เป็นผู้ป่วยติดเตียง 43,520 คน อัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เท่ากับ 569.65 คนต่อแสนประชากร

ปี 2564 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 9,160,046 คน เป็นผู้ป่วยติดเตียง 45,182 คน อัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เท่ากับ 586.98 คนต่อแสนประชากร

แนวโน้มกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความต้องการบริการด้านสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากภาวะถดถอยด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุขยากลำบาก รัฐบาลจึงได้เสนอแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ 4 ด้านที่ประเทศต่าง ๆ นำมาใช้ดำเนินการเพื่อรองรับสถานการณ์การสูงอายุ และการเป็นผู้พึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การปรับระบบบริการสุขภาพที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และบูรณาการกับการเสริมสร้าง และพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ตลอดจนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ 2) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) 3) สร้างสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age friendly environments) คำนี้ถึงการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy ageing in all policies) และ 4) พัฒนาการวัด การติดตาม ประเมิน และความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุ (โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม, 2564) ถึงแม้ว่ารัฐบาลได้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการขยายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุลงสู่ในระดับชุมชน ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โครงการจัดส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่มีทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด ไปให้บริการถึงที่บ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ รับปรึกษาเฉพาะหน้า และส่งเสริมสุขภาพ

เบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น แต่การให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการฟื้นฟูให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม เนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งส่วนใหญ่ ยังขาดองค์ความรู้ทางด้านสหสาขาวิชา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ แก่ครอบครัว และญาติได้ ส่วนบริการทางสังคม ที่เป็นภารกิจของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นการให้บริการโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) ซึ่งให้บริการเยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในเบื้องต้น ส่วนการให้บริการในรูปแบบศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และศูนย์บริการทางสังคม (Day care) ที่มีในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการภายในศูนย์ที่เอื้อเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้น ทั้งออกกำลังกาย และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน แต่ศูนย์บริการดังกล่าว ก็ยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยังขาดการบูรณาการ การดูแลด้านสุขภาพ และสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล และขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุไทย ที่ต้องเผชิญในอนาคต คือ การขาดผู้ดูแล อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปทำงานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนไม่น้อยถูกทอดทิ้ง ต้องช่วยตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าว ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ปัจจุบัน ระบบบริหารโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ ถึงแม้ว่าที่ผ่านมา จะมีโครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่มีการศึกษาที่พบว่า ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดี และยั่งยืน ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์เท่าที่ควร การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลไปสู่อำเภอ และการดูแลที่บ้าน จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเจ็บป่วยเรื้อรัง ควรมีการวางแผนตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (จิตรกร วนะรักษ์, 2564)

สรุปได้ว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย ที่ประเมินจากคะแนน ADL Barthel Index มีแนวโน้มที่เพิ่มจำนวนขึ้น และเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น โดยเฉพาะญาติ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำเป็นต้องได้รับการดูแลในทุกมิติ จากครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น และสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

3) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ยังเป็นบทบาทสำคัญของครอบครัว และเครือข่าย แต่จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของขนาดครัวเรือน และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ที่อยู่คนเดียวสูงขึ้น (จิตรกร วนะรักษ์, 2564) ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงของครอบครัวไทยยิ่งขึ้น ขณะที่การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนของภาครัฐยังทำได้จำกัด ปัจจุบันนี้เน้นไปที่การดูแลที่บ้านระยะยาว โดยมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว มีระบบสนับสนุนผู้ดูแลที่พัฒนาอย่างดี ที่ผ่านการทดลองใช้มาแล้วในประเทศต่าง ๆ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักร เยอรมนี สวีเดน และอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดูแล เช่น ในประเทศเยอรมนี มีโครงการประกันการดูแลระยะยาวที่มีขึ้นมานานแล้ว หลายประเทศได้ริเริ่มแผนการช่วยเหลือหรือชดเชยผู้ดูแล เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวไม่รู้สึกเป็นภาระ หรือเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (Suriyanrattakorn & Chang, 2021)

สรุปได้ว่า ปัจจุบันสังคมไทยเริ่มมีการให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ดังจะเห็นได้จาก นโยบายในการพัฒนาประเทศ ซึ่งมุ่งจัดสรรงบประมาณให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช) ได้กระจายงบประมาณลงสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่ และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อ และเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงนั้น ก็ยังไม่สามารถฟื้นฟูกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ ยังต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล และยังคงเป็นภาระหนักของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่

4) การประเมินภาวะฟุ้งฟิง

การประเมินภาวะฟุ้งฟิงของผู้สูงอายุ ประเมินจากความสามารถในการทำ หรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ ตามที่บุคคลสุขภาพปกติสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น กิจกรรมที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์การวัด เช่น ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดัชนีจุฬา เอดีแอล (Chula ADL Index) เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีมีดัชนีวัดที่ใกล้เคียงกัน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริม (กรมอนามัย, 2559) โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วงคะแนน 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

โดยมีดัชนีชี้วัดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2559) ดังนี้

1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนใส่ปาก ให้รับประทาน ให้ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ผู้ดูแล ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้น เล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า และให้ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถดักอาหารใส่ปากได้และช่วยตนเองได้เป็นปกติ

2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทดแทนทั้งหมด ให้ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่ต้องการความช่วยเหลือและสามารถช่วยตนเองได้เป็นปกติ นั่งอยู่ได้ ให้ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือได้บ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย และให้ 3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถทำได้เอง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ

3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น ให้ 1 คะแนน คือ ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ ให้ 2 คะแนน คือ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย และให้ 3 คะแนน คือ ทำได้เอง

4) ใช้ห้องสุขา (Toilet Use) การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุช่วยตัวเองไม่ได้เลย และให้ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้เลย ให้ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้ ให้ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุเดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย และให้ 3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุเดินหรือเคลื่อนที่ได้เองเป็นปกติ

6) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุ ต้องมีคนสวมใส่ ช่วยตัวเองแทนไม่ได้หรือได้น้อย ให้ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุช่วยตัวเองได้ราว ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย และให้ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้ง การติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้ ให้ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการคนช่วย และให้ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องขึ้นลงได้ด้วย)

8) การอาบน้ำ (Bathing) การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุ ต้องมีคนช่วย หรือทำให้ และให้ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุอาบน้ำได้เอง

9) การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ ให้ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และให้ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นได้เป็นปกติ

10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) การให้คะแนน ดังนี้ ให้ 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลได้ ให้ 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และให้ 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุ กลั่นได้เป็นปกติ

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ หรือต้องได้รับการช่วยเหลือดูแล จากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 11 คะแนน ซึ่งเกณฑ์นี้ใช้ในการประเมิน ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วย

2.2 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.1 ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือ ของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้น การฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (มะลิวรรณ พรหมสาขา ณ สกลนคร และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2560)

การเกิดขึ้นของนโยบายของระบบการดูแลระยะยาวส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในการประชุมและเป็นมติสมัชชาในที่สุด โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญคือ ให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานหลัก และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ในขณะที่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับตำบล ของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ต่างล้วนเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบ เพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน โดยมีเป้าประสงค์การพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) คือ

- 1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟูและการดูแลสุขภาพระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
- 3) มีระบบการเงินการคลัง ที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
- 4) ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care) / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)
- 5) สถานพยาบาลทุกแห่ง มีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และครอบครัว

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว จึงมีดังนี้

- 1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง และติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว
- 2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแล และระดับการพึ่งพิง

3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาว อาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

4) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยอาศัยต้นทุนทางสังคม ที่มีอยู่ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

สรุปได้ว่า การออกแบบระบบการดูแลระยะยาว ต้องยึดหลักการเน้นบูรณาการ ด้านบริการสาธารณสุข และบริการด้านสังคม ในระดับพื้นที่ทั้งตำบล หมู่บ้าน และครอบครัว โดยคำนึงถึงความยั่งยืน และเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต สนับสนุนการมีส่วนร่วม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นเจ้าภาพหลัก ในการบริหารระบบ ภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ พัฒนา และขยาย ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการ ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager, CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรม และขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดำเนินงาน อยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว พัฒนามาจากต้นทุนทางสังคม และทรัพยากรที่มีอยู่ โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่าง ๆ สู่ชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) ปัจจุบัน กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการสนับสนุน การดำเนินงานต่างๆในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีเครือข่ายสุขภาพอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุน การดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุ ที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการสำรวจ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และจำแนกผู้สูงอายุ ตามระดับการพึ่งพิง ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จากนั้นผู้จัดการระบบ การดูแลระยะยาว ประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุแต่ละรายซ้ำ และประเมินความจำเป็น ที่ต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข และจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จากนั้นจะทำการประเมินซ้ำ และติดตามเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว

ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ละรายรวมถึงกำหนดบทบาทว่า ภาคีใดต้องเข้าไปสนับสนุน และช่วยเหลืออย่างไร ระบบการดูแลจะครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข โดยในกลุ่มติดเตียงซึ่งมีภาวะพึ่งพิงมาก หรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้ จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มติดบ้านซึ่งเคลื่อนไหวได้บ้าง จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุด และลดภาระการดูแลในระยะยาว

ทางเลือกของรูปแบบระบบการดูแลระยะยาว ที่เหมาะสมกับการนำมาปรับใช้กับสังคมไทย จึงมี 2 ทางเลือก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) ได้แก่ 1) การใช้โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเป็นฐาน ข้อดีของทางเลือกนี้ คือ สามารถเริ่มงานได้ทันที เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ และเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่อยู่แล้ว แต่มีข้อเสีย คือ การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ต้องบูรณาการด้านสาธารณสุข และสังคมเข้าด้วยกัน ถ้าเริ่มด้วยแนวทางนี้ โอกาสที่จะบูรณาการในระยะยาวจะทำได้ยาก และต้องลงทุนสร้างตัวระบบซึ่งค่อนข้างแพง สร้างภาระทางการเงินสูงมากประมาณ 146,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเกินกำลังงบประมาณที่รัฐจะจัดการได้ และ 2) การให้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีข้อดีคือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน ในครอบครัวในท้องถิ่น จึงสามารถใช้อำนาจปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกในการจัดการ และเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งในระยะแรกอาจทำงานค่อนข้างยาก เพราะยังเป็นการใหม่ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบสนับสนุน และระบบตรวจสอบโดยทางเลือกนี้จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 16,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งอยู่ในวิสัยที่รัฐสามารถบริหารจัดการได้ โดยมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าทางเลือกที่หนึ่งถึง 10 เท่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติให้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ท้องถิ่นเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการ โดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุขกับบริการทางสังคมเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งได้ออกแบบระบบให้มีความยืดหยุ่น และเอื้อต่อการบูรณาการงานในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงิน และความยั่งยืนในระยะยาว ในปี 2559 รัฐบาลมีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบประมาณรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประมาณ 1,000 แห่งรวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมาย

เป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (ร้อยละ 100) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแล ดังนี้

1) บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2) บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาว เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล ได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในความรับผิดชอบได้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ ได้มีการจัดทำข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) และจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน Activities of Daily Living (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ออกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2562

2.2.2 รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care) ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวแต่พอที่จะช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อยู่หลายรูปแบบ ได้แก่

1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, สุมัทนา กลางคาร และ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2562) ได้สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย

1.1) การสนับสนุนงบประมาณและร่วมในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2) การจัดระบบการดูแลตามการประเมินศักยภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง

1.3) การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

1.4) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ

1.5) การมอบรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และคลังปัญญาของผู้สูงอายุ

2) รูปแบบการจัดการเชื่อมประสานภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (long term care) ไม่สามารถจะดูแลได้เฉพาะในเครือข่าย สุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยเครือข่ายระดับอำเภอ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายทางด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โดยโรงพยาบาลชุมชนเป็นแกนนำ ในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในอำเภอ มีการปรับ “ระบบเดิม” เป็น “ระบบพัฒนา” ดูแลผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่การคัดกรองไปจนถึงการเตรียมผู้สูงอายุ ที่ต้องดูแลระยะยาวกลับไปยังชุมชน “ระบบพัฒนา” ได้กำหนดให้บริการทั้งทางด้านสุขภาพ และสังคม โดยใช้ครอบครัวเป็นหลัก ถ้าครอบครัวดูแลไม่ไหว โรงพยาบาลชุมชนจะให้อาสาสมัครเข้าไปช่วยเป็นพี่เลี้ยง โดยมีภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุน ซึ่งทางโรงพยาบาลชุมชนจะจัดอบรมอาสาสมัครให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ อย่างน้อยต้องมีอาสาสมัครหมู่บ้านละ 2 คน นอกจากนั้น ยังมีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และปฏิบัติธรรม เน้นในเรื่องของจิตอาสาเป็นหลัก ลักษณะการทำงานจะประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ค่อนข้างดี โดยมีจุดเน้น 4 อย่างดังนี้

- 2.1) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง
- 2.2) มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ
- 2.3) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง
- 2.4) เน้นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนใน

3) รูปแบบ “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ”

เทศบาลหนองตองพัฒนา อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่ เริ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนมาตั้งแต่ปี 2551 และในปี 2556 - 2557 ได้พัฒนารูปแบบเป็น “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ” ดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว “โดยมีชุมชนเป็นฐาน ชุมชนมีส่วนร่วม ชุมชนเป็นเจ้าของ รัฐบาล และท้องถิ่นให้การสนับสนุน” มีกรอบแนวคิดการดำเนินงานโดยการบูรณาการการทำงานของสามกลุ่ม ได้แก่

- 3.1) ครอบครัว ชุมชน
- 3.2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3.3) ชมรมผู้สูงอายุ

การบริการภายในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมสุขภาพอนามัย 2) สนับสนุนการศึกษา และการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ 3) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมด้านอาชีพ เพื่อเพิ่มรายได้ 4) ส่งเสริมการผลิต การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ และการรับงานไปทำที่บ้าน 5) การถ่ายทอดวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น 6) กิจกรรมนันทนาการ ประเพณี 7) จัดให้มีระบบฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนการบริการภายนอกศูนย์ ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และ 2) ประสาน เชื่อมโยงการให้บริการของหน่วยงานต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ เป็นแหล่งเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับหน่วยงานต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง

4) รูปแบบทีมหมอครอบครัว (FCT : family care team)

การดูแลผู้สูงอายุในระดับอำเภอ ขับเคลื่อนด้วยทีมทีมหมอครอบครัว (FCT : family care team) ตั้งแต่ปี 2558 โดยการทำงานเชื่อมโยงกัน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกกลุ่ม และทุกมิติ มีระบบประสานงาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และส่งเสริมและสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีการกำหนดโครงสร้างระบบประสานงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยให้ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC : continuous of care center) ทำหน้าที่เป็นศูนย์สนับสนุนด้านต่าง ๆ ได้แก่ สนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ (เครื่องมือ กายอุปกรณ์ Home O₂ เครื่อง Suction ที่นอนลม) จัดหายา และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ (ยาที่จำเป็นต้องใช้ Set ทำแผล ถัง Colostomy สาย Foley's catheter สาย Suction) และจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ (ฐานข้อมูลผู้ป่วย พัฒนาระบบรับ-ส่งข้อมูล เก็บข้อมูล ประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงาน)

การทำงานของ FCT ในพื้นที่ของอำเภอ พบปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ทัศนคติของทีมนิสิตวิชาชีพ โดยเฉพาะทัศนคติของแพทย์ต่อการทำงานในชุมชน ที่ส่วนหนึ่งยังคงเน้นที่การรักษา ไม่เน้นที่การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ บางสหสาขาวิชาชีพยังไม่เห็นความสำคัญของชุมชน เน้นการทำงานในโรงพยาบาลแบบตั้งรับ มีการจัดประชุมอบรมในท้องประชุมแต่ไม่ได้มีการลงชุมชนให้เห็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการฟัง ไม่ได้มีการ Learning by Doing วัสดุบางอย่างไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัง เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละรายต้องใช้จำนวนมาก แต่บางคนมีข้อจำกัดของรายได้ ไม่สามารถจัดหาให้เพียงพอได้เอง บางคนต้องนำผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ใช้แล้วไปตากแดดแล้วนำกลับมาใช้ใหม่ ขาดงบประมาณในการเยี่ยมบ้าน และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำ ราวจับเดินในบ้าน ผู้สูงอายุติดเตียงบางรายไม่มี Care Giver ดูแลต่อเนื่องตลอด ต้องใช้ให้จิตอาสาหรือ อสม. มาดูแลเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน (ข้อติด ปอดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตก หกล้ม) ปัญหาด้านสุขภาพจิต (ความรู้สึกไร้ค่า หดหู่ใจของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว) มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุผลิตสินค้าหรือผลงานเพื่อจำหน่ายแต่ไม่มีตลาดรองรับผลผลิตหรือสินค้านั้น ถึงแม้ว่า FCT ได้วางโครงสร้างให้มีการทำงานในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ให้มีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพ (รพช. รพ.สต. อสม. คปสอ. ทีมสหสาขาวิชาชีพ) กับเครือข่ายในชุมชน/ท้องถิ่น (ผู้นำชุมชน/จิตอาสา/เทศบาล/อบต./เครือข่ายในชุมชน) แต่ก็ยังไม่มี การประสานงานในการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ทีม FCT ยังพบปัญหาของระบบข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลติดตามผู้สูงอายุ ที่ทีม FCT ต้องการพัฒนาให้ได้ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว และเชื่อมโยงกับระบบอื่น ๆ ที่มีอยู่ได้

5) รูปแบบศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC)

กระทรวงสาธารณสุขได้สร้างโปรแกรม COC Link สำหรับจัดเก็บข้อมูล/แบ่งสี/แบ่งกลุ่ม ของกลุ่มเป้าหมาย ใช้ติดตามในการเยี่ยมบ้านให้ทันเวลา ประมวลผลการเยี่ยมบ้านของทีม FCT และรายงานผลข้อมูลที่จัดเก็บไว้ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้โปรแกรม COC Link ให้ข้อเสนอว่า ควรมีพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยพัฒนาเป็นระบบ On Line (เดิมเป็นระบบ off line) ให้ผู้ที่มีรหัสเข้าโปรแกรมสามารถลงข้อมูลได้โดยขณะที่ไปติดตามการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะทำให้ข้อมูลมีการ Up Date ตลอดเวลาทำให้ทราบสถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง และต้องการความช่วยเหลือได้ โปรแกรมควรสามารถบันทึกภาพผู้ป่วยและกิจกรรมการเยี่ยมบ้านได้ ควรพัฒนาให้ตอบสนองข้อมูลที่ FCT ต้องการได้มากขึ้น และโปรแกรมควรสามารถเชื่อมโยงกับระบบ JHCIS และ ระบบ HOSxP ได้ ซึ่งเมื่อโปรแกรมได้รับการพัฒนาแล้ว จะทำให้ข้อมูลของผู้สูงอายุซึ่งเป็น 1 ใน 7 ของกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน FCT ของโรงพยาบาล ได้มีการพัฒนาไปด้วย และจะทำให้มีระบบข้อมูลบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วถึง

6) รูปแบบการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุโดยการบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคี

เป็นการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการบูรณาการกับระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งภาคีหลักประกอบด้วย 3 ภาคี ได้แก่ เครือข่ายการบริการสุขภาพ เครือข่ายบริการชุมชนในท้องถิ่น คือ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ เทศบาล อบต. และอื่น ๆ และเครือข่ายบริการสังคม คือ พัฒนาชุมชนจังหวัด ศูนย์สงเคราะห์ และอื่น ๆ ไตรภาคีควรมีบทบาทในการกำหนดนโยบายที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิต และมีชีวิตความเป็นอยู่ในชุมชนอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พัฒนาการเรียนรู้เพื่อสร้างศักยภาพในการปรับตัว จัดระบบสวัสดิการด้านการเงิน เพื่อช่วยเหลือหรือจัดตั้งกองทุนชุมชน เตรียมชุมชน และญาติผู้ดูแลให้มีความเข้าใจ รู้คุณค่าของผู้สูงอายุ สร้างจิตอาสา แกนนำ อาสาสมัคร เครือข่าย และชมรม เพื่อระดมความช่วยเหลือทรัพยากร ส่วนภาคีบริการสุขภาพ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคีนี้ควรมีบทบาทในการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ บริหารงานและประสานการจัดระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพ สนับสนุนการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศในระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนอกจากจะใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวแล้วยังต้องใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) (Wagner et al, 2001) มาเป็นแนวทางในการจัดระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ด้วย ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) คือ การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้สูงอายุ 2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ Team based approach, Planned care visit, Case management 3) Decision support คือ วิธีการช่วยสนับสนุนให้ทีมสหสาขาสามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจให้การดูแลผู้สูงอายุ 4) Clinical information system คือ คุณสมบัติของระบบฐานข้อมูลที่ดี 5) Health Systems organization คือ วิสัยทัศน์ พันธกิจ หรือแผนในการดูแลผู้สูงอายุ และ 6) Community resource linkages คือ การร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ และระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ให้บูรณาการการเข้าสู่กระบวนการวิจัยทุกมิติอย่างกลมกลืน ได้แก่ 1) การระบุปัญหาที่มุ่งความเชื่อมโยงกับการแก้ปัญหาาร่วมกันของชุมชนและสังคม (community orientation and community-based development integration) มุ่งพัฒนาประเด็นการวิจัยที่มุ่งเน้นแก้ปัญหาทางการปฏิบัติของชุมชนและกลุ่มคนต่าง ๆ รวมทั้งมุ่งยกระดับความเป็นจริงทางสังคม และยกระดับการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพแห่งชีวิต ทั้งในเชิงรูปธรรม และในเชิงนามธรรม 2) การพัฒนากระบวนการทางการศึกษาและกระบวนการเรียนรู้ (education and learning process integration) เพื่อมุ่งระดมพลังแก้ปัญหาจากภายในชุมชน สร้างคน และทำให้ผู้คนเกิดความมีส่วนร่วม สามารถเรียนรู้และยกระดับการปฏิบัติ สามารถแปร การปฏิบัติ และศักยภาพอันเกิดจากกระบวนการทางการศึกษา และการเรียนรู้ ไปสู่การนำตนเอง เข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งต่าง ๆ ดีขึ้น และ 3) การวิจัย สร้างความรู้ และสร้างทฤษฎีพื้นฐาน จากการปฏิบัติ (research integration) ซึ่งการเกิดประสบการณ์ และความเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติ เป็นเครื่องบ่งชี้การเรียนรู้ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง อีกทั้งการเรียนรู้จากประสบการณ์นั้น ก็มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการดำเนินชีวิต ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการการทำงานของภาคีหลัก 3 ภาคี ในการแก้ปัญหาของระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2.2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของต่างประเทศ

1) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของต่างประเทศ

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากงานวิจัยเรื่อง โครงการศึกษาด้านแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ จากคณะผู้วิจัยของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินั้น ที่จัดทำเมื่อปี 2559 พบว่า งานวิจัยมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากประเทศต่าง ๆ ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเกาหลีใต้ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย ประเทศจีน ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษ (กฤตวรรณ สาหรัย, ภูซังค์ เสนานุช และ ชัตติยา กรรณสูตร, 2562)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศญี่ปุ่น แสดงให้เห็นว่ามีการใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบ และระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long term care insurance) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุถูกแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การบริการการดูแลในชุมชน (Community care services) และการบริการการดูแลในสถาบันต่าง ๆ (Institutional care) ซึ่งระบบให้บริการจะเป็นในลักษณะของการจัดการดูแล และการจัดการดูแลแบบนายหน้า โดยระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น มีการจัดให้มีบริการที่เรียกว่า “โปรแกรมสนับสนุนระดับพื้นที่” ซึ่งเป็นการจัดขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแล หรือการช่วยเหลือให้อยู่ในสภาวะที่ต้องการการดูแลระยะยาว ในอนาคตประเทศญี่ปุ่นมีการจัดการบริหารทางการเงินในระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นแบบผสมผสาน มี 3 รูปแบบ คือ ภาครัฐจ่าย การร่วมกันจ่าย และการประกัน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศเกาหลีใต้ แสดงให้เห็นว่ามีการเริ่มใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาวในปี พ.ศ. 2551 โดยยึดตั้งอยู่ในระบบระบบถ่วงน้ำหนักยึดถือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยเปิดโอกาสให้มีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการ เปิดให้มีส่วนร่วมจากผู้จัดบริการหลายภาคส่วน ยึดหลักความเป็นปึกแผ่นทางสังคม (Social solidarity) และให้ความสำคัญกับการดูแลภายในครอบครัว โดยเน้นการป้องกัน และการฟื้นฟูเป็นอันดับแรก โดยการบริการในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุนั้นมีอยู่ 3 อย่าง คือ การรับบริการการดูแลในสถาบัน (Institutional care) การรับบริการการดูแลที่บ้าน (Home care) และบริการเงินช่วยเหลือพิเศษ จากครอบครัว และในสถานดูแล ซึ่งระบบการให้บริการส่วนใหญ่เป็นของภาคเอกชน โดยทางประเทศเกาหลีใต้ มีการจัดการบริหารทางการเงินในระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นแบบผสมผสาน มี 3 รูปแบบ คือ ภาครัฐจ่าย การร่วมกันจ่าย และการประกัน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศสิงคโปร์ แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการบูรณาการระหว่างกระทรวงขึ้นในปี พ.ศ. 2542 เพื่อเป็นการเตรียมการ

รองรับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุและความต้องการในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีระบบการให้บริการเป็นการดูแลแบบผสมผสาน โดยทางประเทศสิงคโปร์มีการจัดการบริหารทางการเงิน ในระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นแบบผสมผสาน ซึ่งได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล เงินออม และการประกัน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศมาเลเซีย แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศ ยังไม่เป็นรูปร่างมากนัก แต่มีการเริ่มการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแล้วในบางส่วน อีกทั้งยังมีการผลักดันโครงการ Home help services program เพื่อเป็นการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครมาตั้งแต่ปี 2011 ซึ่งเกิดขึ้นจาก Department of Social Welfare ร่วมมือกับ Help Age Korea

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศจีน แสดงให้เห็นว่าเป็นสังคมที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลเป็นหลัก ซึ่งทางประเทศจีนกำลังประสบปัญหาผู้สูงอายุ ผู้สูงวัย และวัยชราภาพ อยู่ลำพัง มีภาวะพึ่งพา และยากจน จึงส่งผลให้รัฐบาลจีนต้องให้ความสำคัญ ในเรื่องของการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นจากเดิม ประเทศจีนจึงมีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยกัน 3 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลที่บ้าน (Home-based care) การดูแลในสถาบันระดับชุมชนในระยะสั้น และการดูแลในสถาบันในระยะยาว (Institutional care) โดยระบบการให้บริการส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐบาล ซึ่งการจัดการบริหารทางการเงินสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวนั้น ยังคงไม่มีนโยบายระดับชาติสำหรับการวางแผนและการจัดการการเงินในเรื่องนี้ ซึ่งประชาชนจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลบางส่วน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศสหรัฐอเมริกา แสดงให้เห็นว่ามีการบริการผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ 4 ประเภท ได้แก่ การบริการดูแลที่บ้าน (Home care) บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential care) สถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing homes) และสถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน ซึ่งมีระบบให้บริการแบบการจัดการรายกรณีแบบ All-Inclusive ซึ่งเป็นการบริการเป็นรายกรณี ระบบการให้บริการการดูแลแบบ Guided ซึ่งเป็นการใช้จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค การจัดการดูแลแบบ Strengths model ซึ่งเป็นการช่วยเหลือบุคคลที่เป็นผู้รับบริการหรือชุมชน ให้ค้นพบจุดแข็งตัวเอง เพื่อสามารถเชื่อมโยงจุดแข็งต่าง ๆ ไปหาทางออกในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ และแนวทางการจัดการบริการการดูแล ของ Kaiser, Evercare และ Pfizer ซึ่งรูปแบบของ Kaiser และ Pfizer นั้นช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยให้การประสานงานการดูแลดีขึ้น และรูปแบบของ Evercare สามารถระบุตัวตนของผู้สูงอายุได้ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ และทางประเทศสหรัฐอเมริกานั้น ได้มีการจัดการบริหารทางการเงินในระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เป็นแบบการประกันความเสี่ยงด้วยตนเอง การประกันการดูแลระยะยาวโดยเอกชน โปรแกรมเมดิแคด์ และโปรแกรมเมดิแคร์

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศอังกฤษ แสดงให้เห็นว่ามีบริการ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ 2 แบบ คือ การให้บริการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านและชุมชน และบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล โดยมีระบบการให้บริการในรูปแบบเดียวกับ ของ National Health Services ซึ่งมีการจัดการบริหารทางการเงินในระบบดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว เป็นในแบบที่ประชาชนจ่ายค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด จากการซื้อบริการ และจากรัฐบาล เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายโดยนำเงินจากภาษีอากรมาใช้

สรุปได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนการบริการผู้สูงอายุระยะยาว อยู่ 4 ประเภท ได้แก่ การบริการดูแลที่บ้าน (Home care) บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential care) สถานบริการดูแลผู้สูงอายุ(Nursing homes) และสถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน ซึ่งมีระบบการ ให้บริการเป็นการดูแลแบบผสมผสาน โดยทางประเทศสิงคโปร์มีการจัดการบริหารทางการเงิน ในระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นแบบผสมผสาน มีการบริหารทางการเงินในระบบดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวเป็นแบบผสมผสาน มี 3 รูปแบบ คือ ภาครัฐจ่าย การร่วมกันจ่าย และการประกัน

2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของต่างประเทศ

ประเทศญี่ปุ่น รูปแบบการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น จะมีการออกกฎหมายที่เรียกว่า พระราชบัญญัติการประกันดูแลระยะยาว ซึ่งกฎหมายนี้จะเป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิบัติตาม กฎหมายอย่างเคร่งครัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีระบบการประกันการดูแลระยะยาว ที่สอดคล้องกับกฎหมายพระราชบัญญัติการประกันดูแลระยะยาว ทั้งในส่วนของนโยบายการบริหาร กฎหมาย ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ได้รับผลประโยชน์ ให้บริการสุขภาพเชิงป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ ในรูปแบบต่าง ๆ ภายใต้สิทธิประโยชน์การป้องกันรูปแบบใหม่มุ่งเน้นการป้องกันการเป็นโรค และความพิการ หรือภาวะทุพพลภาพ ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และมีความต้องการ การดูแลระยะยาว จะได้รับการบริการดูแลระยะยาวเต็มรูปแบบ และบริการที่หลากหลาย และมีระบบการเงินเป็นไปตามกฎหมาย และระบบการประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งชัดเจนในด้าน การจ่ายเงินที่มีความยุติธรรมตามชีวิตความเป็นอยู่และฐานเงินเดือนของบุคคล

ประเทศเกาหลีใต้ จากเดิมจะใช้ระบบการดูแลระยะยาวโดยใช้ระบบครอบครัว ต่อมาได้เปลี่ยนมาใช้ระบบประกันสังคมในการดูแล การดูแลส่วนใหญ่มาจากภาคเอกชน ซึ่งระบบการเงินในการดูแลผู้ประกันตนต้องจ่ายเบี้ยประกันให้สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยรัฐบาลกลางทำหน้าที่เป็นผู้ประกัน จัดเก็บเบี้ยประกัน ประเมินความต้องการการดูแล ของผู้สูงอายุ กำหนดการบริการและวางแผนการดูแลให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นระบบ

ร่วมจ่าย และรัฐบาลจะสนับสนุนให้ภาคธุรกิจเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ และเน้นการบริการดูแลที่บ้านเพื่อสะดวกในการบริหารจัดการงบประมาณ

ประเทศสิงคโปร์ การบริการระยะยาวที่มีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย ประกอบด้วย การบริการการดูแลในศูนย์ (Center-Based care) การบริการการดูแลระยะสั้น (Respite care) และการบริการการดูแลที่บ้าน (Home-Based care) โดยการเข้ารับการดูแลจากบริการประเภทต่าง ๆ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถติดต่อผ่าน Agency for Integrated Care หรือ AIC ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ประสานการส่งตัวผู้รับการดูแลไปยังระบบต่าง ๆ หน่วยงานนี้ได้รับเงินอุดหนุนผ่านกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) และในปัจจุบันมีการดูแลที่เน้นระบบการดูแลต่อเนื่อง จึงได้พัฒนาให้มีการดูแลตั้งแต่การป้องกันในระดับปฐมภูมิ การดูแลระดับปฐมภูมิ การดูแลระยะกลาง การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและในชุมชน และการดูแลระยะประคับประคอง

ประเทศสหรัฐอเมริกา การบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย การบริการดูแลที่บ้าน (Home care) บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential care) สถานะนริบาลผู้สูงอายุ (Nursing homes) สถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน โดยการบริการดังกล่าวจะมีระบบการให้บริการการดูแล ได้แก่ การจัดการรายกรณีแบบ All-Inclusive การให้บริการการดูแลแบบ Guided การจัดการดูแลแบบ Strengths model การจัดการบริการการดูแลของ Kaiser, Evercare และ Pfizer

สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของต่างประเทศจะมีการออกกฎหมายที่เรียกว่าพระราชบัญญัติการประกันดูแลระยะยาว ซึ่งกฎหมายนี้จะบังคับใช้ขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย ประกอบด้วย การบริการการดูแลในศูนย์ (Center-Based care) การบริการการดูแลระยะสั้น (Respite care) และการบริการการดูแลที่บ้าน (Home-Based care) บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential care) สถานะนริบาลผู้สูงอายุ (Nursing homes) สถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน ซึ่งเป็นระบบร่วมจ่าย และรัฐบาลจะสนับสนุนให้ภาคธุรกิจเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ และเน้นการบริการดูแลที่บ้าน การดูแลจะเน้นระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การดูแลระดับปฐมภูมิ การดูแลระยะกลาง การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และในชุมชน และการดูแลระยะประคับประคอง

2.2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การสร้างเครือข่ายเป็นการเริ่มต้นของการสร้างเป้าหมายร่วมกันของภาคีเครือข่ายสมาชิก ถึงแม้ว่าสมาชิกที่เกี่ยวข้องจะมีบทบาทหน้าที่ความถนัดต่าง ๆ กัน แต่เมื่อทุกคนได้เข้ามารับรู้ในเป้าหมายเดียวกัน หรือปัญหาาร่วมกัน สมาชิกแต่ละส่วนจะได้ปรับและแสดงบทบาทตามศักยภาพ

หรือความถนัดของตน เพื่อตอบสนองเป้าหมายของเครือข่ายได้ ดังนั้นเครือข่ายจึงเป็นรูปแบบการทำงานในลักษณะสร้างความร่วมมือ ประสานงานกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง (สุดา มงคลสิทธิ์, 2562) หน่วยงานภาครัฐควรเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรชุมชน และประชาชน ได้เกิดความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมดำเนินการร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมคิด ร่วมติดตาม และประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างองค์กร หน่วยงาน กลุ่มคนที่เป็นการทำงานในรูปเครือข่าย นำไปสู่การสร้างประชาสังคม กลุ่มคนที่เข้ามาร่วมสร้างเครือข่ายมุ่งหวังผล ที่จะทำให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยไม่หวังกำไร หลักการในการทำงานแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นหัวใจของการพัฒนาชุมชน และเป็นยุทธศาสตร์ของการพัฒนาที่ยั่งยืน เนื่องจากเป็นการผสมผสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคประชาชน ตลอดจนมุ่งพัฒนาศักยภาพ และขีดความสามารถของประชาชน ให้มีความเชื่อมั่นในการพึ่งพาตนเอง ทั้งนี้อยู่ภายใต้เงื่อนไขกระจายผลประโยชน์ของการพัฒนาอย่างยุติธรรม และความเสมอภาค (อิติรัตน์ ราศิริ และ อาจันต์ สงทับ, 2561)

ภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย กลุ่มแกนนำชุมชน หรือผู้นำชุมชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญในการบริการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยกลุ่มแกนนำชุมชน หรือผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะได้รับความรู้ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพ คือ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น จากแนวคิดในปัจจุบันที่ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ สุขภาพมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับทุกปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาสุขภาพนั้นจะต้องพัฒนาไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาด้านอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน (สุราทิพย์ จันทรักษ์, 2560) ดังนั้น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคมในการดูแลและเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงประกอบไปด้วย

1) เครือข่ายทางสังคม หมายถึง โครงสร้างทางสังคมที่สร้างขึ้นจากกลุ่มของผู้กระทำ เช่น ปัจเจกบุคคล หรือองค์การ และความสัมพันธ์ทวิภาคระหว่างผู้กระทำเหล่านี้ ทศนมิติเครือข่ายสังคมช่วยให้สามารถวิเคราะห์โครงสร้างของหน่วยสังคมทั้ง มวลได้อย่างกระจ่างแจ้ง การศึกษาโครงสร้างเหล่านี้ใช้การวิเคราะห์เครือข่ายสังคมเพื่อระบุแบบอย่างท้องถิ่นหรือทั่วโลก ค้นหาหน่วยสังคมที่มีอิทธิพล และตรวจวัดพลวัตของเครือข่าย สมาชิกในเครือข่ายจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมมากขึ้นในชุมชน การติดต่อทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคมมีหน้าที่หลายอย่างรวมถึงการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ เครื่องมือ การประเมิน และการสนับสนุนทางการเงิน สิ่งสำคัญคือต้องรับทราบว่าการเครือข่ายสังคม

อาจเกี่ยวข้องข้องกับการโต้ตอบทั้งทางลบ และทางบวกกับสุขภาพ ประชากรสูงอายุของอินเดีย จะพึ่งพาครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม (Bincy, Logaraj, and Anantharaman, 2022) แนวคิดเครือข่ายทางสังคม (Social Network Concept) มีพัฒนาการมาจากพื้นฐานของทฤษฎี การแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) โดยมีหลักการที่ว่า ในเครือข่ายสังคมจะประกอบไปด้วย บุคคลที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตามบทบาทหรือหน้าที่ที่แต่ละคนหรือคู่ความสัมพันธ์มีอยู่ ซึ่งแต่ละคนนั้น มิได้มีเพียงบทบาทเดียว หากแต่มีหลายบทบาทที่จะต้องสวมในชีวิตประจำวัน บุคคลไม่เพียงแต่ทำตามบทบาทหน้าที่ที่คาดหวังในสังคม หรือตามบรรทัดฐานที่ได้รับ การถ่ายทอดมาเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการรับรู้ และการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านวัตถุและทางด้านจิตใจ ในปัจจุบันสถานภาพองค์ความรู้ของแนวคิดนี้ ได้ถูกใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ เครือข่ายทางสังคม การสร้างตัวตนของเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเชิงบูรณาการ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทฤษฎีวิเคราะห์เครือข่ายสังคม จะช่วยให้เราเข้าใจถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในสังคม อันนำไปสู่ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ (Informal Group) องค์กรทางสังคม (Social Organization) และโครงสร้างทางสังคม (Social Structure) ลักษณะความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ แต่ในปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับแนวความคิด เรื่องเครือข่ายทางสังคม และการวิเคราะห์เครือข่ายสังคมในประเทศไทยยังคงอยู่ในวงจำกัด ยังมีได้นำเอาวิธีการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมมาใช้อธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ทางสังคมเท่าที่ควร ทำให้ขาดความเข้าใจถึงกระบวนการต่าง ๆ อีกมากที่เกิดขึ้นในสังคม ดังนั้น หากเข้าใจถึงวิธีการศึกษา วิเคราะห์เครือข่ายสังคมแล้ว เราสามารถที่จะนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมได้ ไม่เฉพาะแต่พฤติกรรมทางด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นพฤติกรรมทุกด้านที่เกิดขึ้นในสังคม เช่น การศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ การศึกษาอิทธิพลของเครือข่ายชุมชน ที่มีผลต่อการรักษาวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นต้น

2) เครือข่ายทางสุขภาพ นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ว่า เครือข่าย หมายถึง การที่คนมาพบปะมาประชุมกัน และทำสิ่งที่ประโยชน์ต่อกัน เพราะมีสิ่งยึดโยงใจระหว่างสมาชิก เข้าด้วยกัน คือ สัมพันธภาพของสมาชิกในเครือข่าย โดยบุคคลจำเป็นต้องให้ความสำคัญ กับความสัมพันธ์ระหว่างกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านโอกาส ในการสื่อสาร การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ร่วมกันทั้งยังได้ ให้ความหมายอื่น ๆ อีก เช่น เครือข่าย หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการประสานงานของบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรหลาย ๆ องค์กร ที่ต่างก็มีทรัพยากรของตนเอง มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงาน และมีกลุ่มเป้าหมายของตนเอง บุคคลหรือกลุ่มคนเหล่านี้ ได้เข้ามาประสานงานกันอย่างมีระยะเวลา ยาวนานพอสมควร แม้อาจจะไม่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอก็ตาม แต่ก็จะมีการ

วางรากฐานเอาไว้ เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่น ๆ เพื่อแก้ปัญหา ก็สามารถติดต่อไปได้ ในการเข้าร่วมเป็นองค์กรเครือข่าย แม้ว่าองค์กร เหล่านี้จะมีบางสิ่งบางอย่างร่วมกัน เช่น มีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน มีผลประโยชน์ร่วมกัน องค์กรเหล่านี้ ก็ยังคงความเป็นเอกเทศ เพราะการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเป็นการเข้าร่วมเพียงบางส่วนขององค์กรเท่านั้น (Kusmaul, Bern-Klug, Smith, and Cheek, 2023)

สรุปได้ว่า เครือข่ายทางสุขภาพเป็นการรวมกลุ่มกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หรือองค์กร หน่วยงาน หรือกลุ่มเครือข่ายอื่น แสดงความจำนงเข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมไปในแนวทางเดียวกัน

ความสำคัญของเครือข่ายทางสุขภาพ เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งจากตัวบุคคลเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้น การจัดการกับปัญหาสุขภาพเหล่านั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การทำงานในรูปแบบเครือข่ายเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานร่วมกัน ให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบประสานพลัง ซึ่งเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่างโดยที่สมาชิกของเครือข่าย ยังคงความเป็นเอกเทศไม่ขึ้นต่อกัน (ธิดิรัตน์ ราศิริ และ อาจินต์ สงทับ, 2561) การจัดการกับปัญหาสุขภาพ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องทำงานร่วมกัน ในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล และประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงนับได้เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (นิลภา จิระรัตนวรรณ, สุคนธ์ วรรณระอมร, ศรีสุตา รัศมีพงศ์, 2562) ทั้งนี้เพราะสมาชิกเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การเชื่อมโยงกันในลักษณะเครือข่ายเป็นการเชื่อมโยงเข้าหากัน เป็นเครือข่าย มิใช่เพียงการรวมกลุ่มของสมาชิกที่มีความสนใจร่วมกันในระดับเพียงแค่การพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือร่วมสังสรรค์ด้วยกันเท่านั้น หากจะต้องพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำ กิจกรรมร่วมกัน ด้วยเป้าหมายที่ร่วมกันด้วย ส่วนใหญ่เครือข่ายสุขภาพในชุมชน เป็นเครือข่ายตามแนวราบซึ่งนอกจากการให้ความสำคัญกับภาวะผู้นำของแกนนำกลุ่ม และความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำของกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ แล้ว ยังให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน หรือประชาคมอย่างมาก

คณะดำเนินงานเครือข่ายทางสังคมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน เครือข่ายที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมที่สำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ (ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และ วิไลพร คลีกร, 2565) ประกอบด้วย

1) เครือข่ายภาคประชาชน เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและดำเนินงาน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มบุคคล กลุ่มองค์กร หรือกลุ่มเครือข่ายที่มีในชุมชน ได้แก่

(1) คณะกรรมการหมู่บ้าน

(2) กลุ่มองค์กรหรือชมรม สมาคมต่าง ๆ ที่เข้มแข็ง

กลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี กลุ่มสัจจะออมทรัพย์เพื่อส่งเสริมอาชีพหรือกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น

ชมรมต่าง ๆ ได้แก่ ชมรม อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้านชมรมสร้างสุขภาพหรือชมรมออกกำลังกาย เป็นต้น

(3) กลุ่มแกนนำทางสังคมที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระ ราษฎ์ชาวบ้าน เป็นต้น

2) เครือข่ายภาครัฐ เป็นเครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการ และทรัพยากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพ (รพ.สต./รพช./รพท/รพศ./สสอ./สสจ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน เกษตร พัฒนาชุมชน อบต. เทศบาล เป็นต้น

สรุปได้ว่า การดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายทางสังคม ยังคงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และจะยังมีความสำคัญมากขึ้นเมื่อปัญหาในสังคมมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น และเกี่ยวข้องกับกลุ่มต่างๆทั้งทางตรง และทางอ้อม ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น หัวใจสำคัญของการทำงานแบบเครือข่ายต้องยึดหลักคือ 1) ยึดถืออุดมการณ์ หรือเป้าหมายร่วมกัน แต่แตกต่างกันที่วิธีการทำงาน 2) เป็นอิสระต่อกัน แต่ให้เกียรติซึ่งกันและกัน 3) พร้อมทั้งยึดถือสิ่งที่เรียกว่า “ผลประโยชน์ส่วนรวมสำคัญกว่าผลประโยชน์ของเครือข่าย” การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมสู่ความเข้มแข็งยั่งยืนต้องดำเนินการ ดังนี้

1) จัดเวทีประชาคมเข้าใจปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาด้านการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. กลุ่มองค์กรต่าง ๆ สมาชิกชมรมฯ ร่วมมือในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2) มีส่วนร่วมในการคิดและวางแผนปฏิบัติงาน และประเมินผลการทำงานในแต่ละกิจกรรมของเครือข่าย

3) มีการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกเครือข่าย เป็นการสร้างความเข้าใจจากสมาชิกไปยังสมาชิกอื่น หรือเป็นกระบวนการส่งข่าวสารระหว่างสมาชิกหรือเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และให้ฝ่ายต่าง ๆ ได้ปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของเครือข่าย โดยจุดเริ่มต้นต้องทำให้สาร และสื่อสารนั้นเรียบง่ายปฏิบัติได้มากที่สุด และง่ายต่อการจำที่สุด ซึ่งสามารถทำได้โดยอาศัยหลัก และขั้นตอนของการสื่อสาร การติดต่อสื่อสารนับเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการรักษาสัมพันธภาพของเครือข่ายซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก การสื่อสารยังมีความจำเป็นต่อการพัฒนาเครือข่ายชุมชน

4) สร้างความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกเครือข่าย ทั้งเป็นแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ มีรูปแบบหรือไม่มีรูปแบบ เช่น การจัดงานประเพณี เทศกาลต่าง ๆ ร่วมกัน การจัดงานแข่งขันกีฬา

5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในเครือข่าย เช่น การจัดเวทีชาวบ้าน การศึกษาดูงาน การจัดประชุมหลักการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ/ประชาชน เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐ ซึ่งสามารถจะแบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

(1) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่มีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งวิธีการเช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การตีพิมพ์ประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์

(2) การรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการ เช่น การรับฟังความคิดเห็นการสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์

(3) การเกี่ยวข้อง (Involve) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงานหรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาประเด็นนโยบาย มาตรการสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงาน เพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย มาตรการ

(4) ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะ โดยเป็นหุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ

(5) การเสริมอำนาจแก่ประชาชน (Empower) เป็นขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ

6) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม หัวใจของการดำเนินงานที่ทำให้ประสบความสำเร็จด้วยวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคือ การมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐ และเอกชน จะเป็นส่วนที่ช่วยสนับสนุน การที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการประชุม การประชาคมและการประชาสัมพันธ์ก็เป็นที่สำคัญที่สุด ถ้าประชาชนไม่มีความเข้าใจหรือมองไม่เห็นประโยชน์ที่จะได้นั้น การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จก็จะดำเนินการได้ยากมาก ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาคน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

(1) ส่งเสริมเครือข่ายให้เป็นแกนเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

(2) ส่งเสริมให้มีผู้นำในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

(3) มีการส่งเสริมการวางแผนดำเนินงาน ผู้ทำงานระดับพื้นที่ และเครือข่าย มีศักยภาพในการดำเนินงานร่วมกัน

(4) ส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ให้กับแกนนำและคนในชุมชนที่ไม่เพียงเปิดการเรียนรู้ในชุมชน หากต้องไปปฏิสัมพันธ์กับองค์กร หน่วยงานและชุมชนภายนอกที่หลากหลาย ทำให้เกิดการเรียนรู้และนำมาพัฒนาต่อยอดสิ่งที่ชุมชนมีอยู่แล้ว และขยายงานออกไปจากเดิมมากขึ้น

(5) ส่งเสริมให้มีแหล่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์รวมของข้อมูลความรู้ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน

(6) สร้างความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายอย่างจริงจัง

(7) ส่งเสริมให้มีการหนุนเสริมจากภายนอก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ด้านงบประมาณ การจัดการวิชาการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานของชุมชนเป็นไปต่อเนื่อง

(8) การให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและให้การยอมรับต่อบทบาทของหน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน สมาคม อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่ม/ชมรม ผู้นำชุมชนและเยาวชน ที่มีอยู่หลากหลายในพื้นที่ต่อการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

(9) ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีการค้นพบสิ่งดีดีในชุมชน แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่กัน

(10) ประชาชนรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(11) ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้รู้หรือปราชญ์ในพื้นที่ นับว่ามีต้นทุนทางสังคมที่เป็นโอกาส

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคมเกิดจากความความต้องการที่จะเข้าร่วมในกิจกรรม เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคม ทั้งนี้ ในการให้เครือข่ายทางสังคมในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น ในการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมต้องคำนึงถึงวิธีการดำเนินชีวิต ค่านิยมประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มี 5 ขั้นตอนสำคัญคือ 1) สร้างทีมงาน 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน 3) จัดทำแผนงาน/โครงการ 4) จัดกิจกรรม 5) ประเมินผล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

2.3 แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

2.3.1 การเสริมสร้างศักยภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ญาติผู้ดูแลที่บ้าน หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว คำว่า “ผู้ดูแล” หรือ “ญาติผู้ดูแล” หรือ “ผู้ดูแลในครอบครัว” หรือศัพท์ภาษาอังกฤษที่เขียนในบทความ หรือรายงานวิจัยต่างๆ คือ “Family caregiver” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ “Carers” นิยมใช้ใน สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ จะไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ (Harvath, Mongoven, Bidwell, Cothran, Sexson, Mason, and Buckwalter, 2020)

สรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแล คือสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน และให้การดูแล

โดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่เคยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้เสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้สูงอายุรับประทานยา เป็นต้น

ศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ความสามารถสูงสุดที่เป็นไปได้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการบำรุงส่งเสริมอย่างเต็มที่ และถูกทาง ทั้งทางกาย และทางจิต คือ ความสามารถที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอยู่ในขณะนี้ จึงยังไม่ใช้ศักยภาพ จึงต้อง "พัฒนาความสามารถ" หรือ "พัฒนาสมรรถนะ" เพื่อที่จะเข้าไปใกล้ศักยภาพได้อย่างเต็มที่ เพื่อสนองความต้องการและเป้าหมายของตนเอง หรือเพื่อให้สอดคล้องกับสิ่งที่สังคมคาดหวัง (วิยะดา รัตนสุวรรณ และ ประรติ โอภาสนันท์, 2561)

การพัฒนาศักยภาพ เป็นเรื่องที่มีคุณค่าและความจำเป็น และที่สำคัญตามหลักพุทธศาสนา “มนุษย์ เป็นสัตว์ที่ฝึกได้” และเป็นสิ่งที่มนุษย์แตกต่างจากสัตว์ตามหลักธรรมชาติ มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา และตามหลักวิทยาศาสตร์ของชีวิต มนุษย์มีกลไกของการรับรู้ พัฒนาได้มากกว่าที่ตัวเองคิด ดังนั้น ความหมายของการเป็นมนุษย์ คือ การฝึกฝนและพัฒนาตนเอง อยู่ตลอดเวลา เพราะ 1) มนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐ เป็นสัตว์ที่ฝึกฝนเรียนรู้ได้ (เป็นข้อแตกต่างที่สำคัญกับสัตว์) 2) มนุษย์เป็นสัตว์สังคม ที่จะต้องมีการปรับปรุงตนเอง ให้สอดคล้องคนอื่นและสังคม 3) ความก้าวหน้าการพัฒนาของสังคม ทั้งการเมือง เศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป 4) ตัวมนุษย์ จะมีการเติบโตขึ้นตามกาลเวลาที่ผ่านไป (มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย) มีการเปลี่ยนแปลงไปตลอด เริ่มจากช่วงของการเรียนรู้พัฒนาได้รวดเร็วในวัยเริ่มต้น จนไปถึงช่วงที่เริ่มถดถอย ในยามชรา (จรัส พรหมบุตร, 2565) การพัฒนาศักยภาพของตนเองของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญมากต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรู้ความสามารถ มีสติปัญญา แสวงหาความจริงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ มีความเจริญก้าวหน้าและความสำเร็จบรรลุเป้าหมายในชีวิตและหน้าที่การทำงาน และสังคม สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองและอยู่ร่วมกับสังคมที่มีความเหมือนและความแตกต่างกันได้เป็นคนดี มีประโยชน์และคุณค่าต่อตนเอง ผู้อื่น ชุมชน สังคม และบ้านเมือง

แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคคลที่จะพัฒนาตนเองได้ จะต้องเป็นผู้มุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงตัวเอง โดยมีความเชื่อหรือแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้การพัฒนาตนเองประสบความสำเร็จ (จรัส พรหมบุตร, 2565) แนวคิดที่สำคัญมี ดังนี้

1) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนมีศักยภาพที่มีคุณค่าอยู่ในตัวเอง ทำให้สามารถฝึกหัดและพัฒนาตนได้ในเกือบทุกเรื่อง

2) ไม่มีบุคคลใดที่มีความสมบูรณ์พร้อมทุกด้าน จนไม่จำเป็นต้องพัฒนาในเรื่องใด ๆ อีก

3) แม้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเป็นผู้ที่รู้จักตนเองได้ดีที่สุด แต่ก็ไม่สามารถปรับเปลี่ยนตนเองได้ในบางเรื่อง ยังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในการพัฒนาตน การควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง มีความสำคัญเท่ากับการควบคุมสิ่งแวดล้อมภายนอก

4) อุปสรรคสำคัญของการปรับปรุงและพัฒนาตนเอง คือ การที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความคิดติดยึด ไม่ยอมปรับเปลี่ยนวิธีคิด และการกระทำ จึงไม่ยอมสร้างนิสัยใหม่ หรือฝึกทักษะใหม่ ๆ ที่จำเป็นต่อตนเอง

5) การปรับปรุงและพัฒนาตนเองสามารถดำเนินการได้ตลอดเวลาและอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหาหรือข้อบกพร่องเกี่ยวกับตนเอง โดยมีการพัฒนาและเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่

- 1) การเรียนรู้ ทางตรง ด้วยตนเอง การอ่าน การเขียน การพูด
- 2) การเรียนรู้ทางอ้อม จากคนอื่น
- 3) การปฏิบัติ การทำงาน
- 4) การเรียนรู้จากการแก้ปัญหา จากการผลิตพลาด การผิดพลาด เป็นมารดาแห่งความสำเร็จ และ
- 5) การสรุปทำให้รู้จุดอ่อน จุดแข็ง นำมาปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น

การได้มาซึ่งความรู้ และการพัฒนาตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (นันทมน หรืออินทร์, 2564) ประกอบด้วย

1) การอ่านหนังสือ คนที่ต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ต้องเป็นคนที่ชอบ การอ่าน รักการอ่าน การสร้างนิสัยรักการอ่าน เริ่มจากหนังสือในแนวที่เราชอบหรือรักก่อน แล้วจึงขยายไปในแนวต่าง ๆ

1.1) การอ่านเพื่อศึกษาเรียนรู้ ในการเรียนในระบบการศึกษา

1.2) การอ่านเพื่ออาชีพ เราควรรหาหนังสือที่เกี่ยวข้องกับอาชีพของเรา อ่านให้มากที่สุดอย่างน้อยเดือนละ 3-5 เล่ม ต่อเดือน และควรหาวารสารนิตยสารเกี่ยวกับอาชีพที่เราทำอ่านเพื่อหาความก้าวหน้า ความเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในแวดวงอาชีพนั้น

1.3) การอ่านเพื่อการแก้ปัญหา หรือเพื่อบรรลุเป้าหมายในการงาน หรืออุดมการณ์

2) การเข้าฟังสัมมนาติ ๆ การอบรมติ ๆ ถือว่าเป็นทางลัดในการเรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ (จากวิทยากรหรืออาจารย์) ทำให้เราสามารถนำเทคนิคต่าง ๆ เหล่านั้น มาปรับใช้ ประยุกต์ใช้ได้ด้วย

3) การฟังเทป หรือ CD วิชาการในรถ และมีเวลาว่างหรือมีโอกาส

4) หาทางเข้าสังคมหรือการสร้างเครือข่ายในอาชีพ หรือในงานอดิเรกที่เราสนใจ เช่น สมาคม สโมสร ชมรม (สมาคมฝึกพูด สโมสรนักเขียน ชมรมกีฬาต่าง ๆ) เพื่อหาเพื่อน หรือเครือข่ายในการช่วยเหลือกัน

5) การดูแบบอย่าง การหาแบบอย่าง การดูต้นแบบ จะทำให้เราเกิดการลอกเลียนแบบ คนที่ประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว มักมีต้นแบบเสมอ

6) หาเวลาว่างให้กับตนเอง (คนที่ประสบความสำเร็จ) เพื่อใช้ในการคิด

7) .ฝึกจดบันทึกส่วนตัว เกี่ยวกับความสำเร็จ ไอเดียใหม่ ๆ การใช้ชีวิตประจำวัน การจดสิ่งเหล่านี้จะทำให้เราไม่ลืม หรือ สามารถนำเอาไอเดียเหล่านั้น มาใช้เพื่อสร้างเป็นธุรกิจ หรือการทำงานของเราได้

8) ต้องฝึกปฏิบัติหรือพัฒนาตนเองตลอดเวลา จะทำให้ตนเองเกิดการพัฒนาอย่างแท้จริง คนเรามักไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง แต่คนเราจะเจริญก้าวหน้าหรือพัฒนาได้ก็เพราะการเปลี่ยนแปลง

การพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการกำจัดจุดอ่อน และเสริมจุดแข็งมีแนวทางการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (วิยะดารัตนสุวรรณ และ ประภาลี โอภาสนันท์, 2561) ดังนี้

1) สำรวจค้นหาจุดอ่อน และจุดเด่น สิ่งที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาตนเอง คือ การค้นหาตัวเองให้เจอว่าตัวเองมีจุดอ่อน และจุดเด่นตรงไหนบ้าง สำหรับวิธีการในการวิเคราะห์สามารถทำได้หลายวิธี

2) จัดลำดับความสำคัญ เมื่อเราทราบจุดอ่อน และจุดเด่นของตัวเองแล้ว ให้ลองนำมาจัดลำดับว่าเรื่องไหนเป็นเรื่องที่สำคัญ และต้องกำจัดหรือพัฒนาอย่างเร่งด่วน

3) ลงมือกำจัดจุดอ่อน และพัฒนาจุดเด่น โดยการปฏิบัติให้ได้อย่างจริงจัง แนะนำให้ทำทีละอย่าง เช่น ช่วงแรกอาจจะพัฒนาในเรื่องทัศนคติก่อน เมื่อทำได้สำเร็จแล้ว ค่อย ๆ พัฒนาในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป จุดหักเหที่สำคัญในการลงมือปฏิบัติเพื่อพัฒนาตัวเองอยู่ที่ "อย่าลี้ภัยความตั้งใจ" คนบางคนท้อ คนบางคนขาดความอดทนอดกลั้น พ่ายแพ้ภัยตัวเอง แน่แน่นอนว่าการทำอะไรก็ตามย่อมมี พยายามหาแรงบันดาลใจหรือ จูงใจเข้ามาเสริมทัพอยู่ตลอดเวลา บางคนได้แรงใจจากลูก บางคนได้แรงใจจากใจจากเพื่อนสนิท และที่สำคัญคือ จากเป้าหมายในชีวิต

4) ประเมินผล และแก้ไขปรับปรุง เมื่อเราได้กำจัดจุดอ่อนหรือเสริมจุดแข็งอะไรให้กับชีวิตแล้ว สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะต้องทำคือการประเมินผลดูว่าได้ตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ เพราะอะไรก็ตามที่เราสามารถวัดได้ ประเมินผลได้ เราสามารถจัดการกับมันได้ และการประเมินผลจะช่วยให้เราสามารถตั้งเป้าหมายที่ท้าทายเพิ่มขึ้นไปอีก ประเด็นสำคัญ

ไม่ได้อยู่ที่เราหาจุดอ่อน และจุดเด่นของตัวเองเจอหรือไม่ เรายอมรับมันหรือไม่ "ปัจจัยสู่ความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ เริ่มต้นที่การชนะใจตนเอง"

สรุปได้ว่า การพัฒนาศักยภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หมายถึง การสร้างเสริมศักยภาพความรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลทั้งสร้างเสริมศักยภาพภายในตนเอง และการได้รับการสร้างเสริมจากองค์กรภายนอก เพื่อให้เป็นแนวทางไปสู่การพัฒนาทั้งความคิด และแนวทางการปฏิบัติที่มุ่งเน้นให้ญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้ทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐานทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป

2.3.2 การเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภายนอก

จากการสรุป และสังเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิในประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสังคมไทย พบว่า เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้นแบบเกิดขึ้นจากนโยบายของภาครัฐภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติเพื่อการพัฒนาคุณภาพทรัพยากรมนุษย์ และรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในสังคมไทย (ชลวิทย์ เจริญจิตต์, 2565) สามารถแบ่งรูปแบบเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุต้นแบบที่สำคัญ 3 รูปแบบดังนี้

1) เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แบบที่มีองค์กรทางพุทธศาสนาเป็นแกนกลาง เป็นการสร้างเครือข่ายจากฉันทามติร่วมกันภายในชุมชน ที่มีองค์กรทางพุทธศาสนาเป็นแกนนำในการพัฒนากิจกรรม และขอใช้พื้นที่สำหรับการเรียนรู้ให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยองค์กรทางพุทธศาสนาจะทำงานร่วมกับภาครัฐในพื้นที่ให้เข้ามาสนับสนุนการทำงานภายใต้เป้าหมายเฉพาะของการสร้างเครือข่ายลักษณะนี้คือ การส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทางปัญญา และประยุกต์ใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาอธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ มุ่งทำความเข้าใจในธรรมชาติซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความสุข และทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีต้นแบบที่สำคัญคือ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ และศูนย์การเรียนรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนกลาง เป็นการสร้างเครือข่ายโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้บทบาทการบริการสังคมขั้นพื้นฐานภายในพื้นที่ของตนเอง จะมีการดำเนินงานที่แตกต่างกันไปตามบริบท

ของสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น ๆ แต่มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลให้มีสุขภาพดี เข้าถึงและได้รับบริการทางสังคมตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ และสามารถพัฒนาขยายเครือข่ายออกไปได้ด้วยตนเองภายใต้ฐานเครือข่ายสัมมาชีพชุมชน โดยเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนกลางมีพื้นที่ต้นแบบที่สำคัญ ประกอบไปด้วย ศูนย์ผู้สูงอายุเทศบาล โรงเรียนผู้สูงอายุ

3) เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาครัฐส่วนกลางเป็นแกนกลาง เกิดขึ้นจากการนำเป้าหมาย และแผนการรองรับสังคมผู้สูงอายุในสังคมไทย มาปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมภายใต้การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาคประชาสังคม หน่วยงานภาครัฐส่วนภูมิภาค และภาคเอกชนที่ให้ความสำคัญกับกิจกรรม เพื่อสังคมมาร่วมบูรณาการสังสรรค์ให้เกิดเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ มีการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้การดูแลของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเตรียมความพร้อมต่อการเคลื่อนตัวของประชากรเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางปัญญาที่ดี ผ่านกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต ส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีความมั่งคั่งทางการเงิน โดยพัฒนาความรู้ด้านการออม และการเป็นผู้สูงอายุที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคม ดังนั้น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จึงเป็นเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาครัฐส่วนกลางเป็นแกนกลาง เพื่อสร้างการดูแลในระดับนโยบายด้วยการจัดการสวัสดิการ เพื่อผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี และเป็นกำลังสำคัญให้กับประเทศ

นอกจากนี้การสร้างเสริมศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนในการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ในลักษณะของเครือข่ายต้องใช้หลักความร่วมมือ ดังนี้

1) การประสานงาน (Coordination) หมายถึง วิธีซึ่งคนจำนวนมาก มาร่วมกันทำงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ได้ตกลงกันไว้ โดยกำหนดกิจกรรมต่างๆ ออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบปฏิบัติด้วยความสามัคคี สมานฉันท์ และมีประสิทธิภาพที่สุด หรืออาจกล่าวได้ว่าการประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เพื่อให้งานหรือกิจกรรมดำเนินไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และนโยบายขององค์กรนั้นอย่างสมานฉันท์

2) ความร่วมมือ (Cooperation) หมายถึง ความเต็มใจของแต่ละคน ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อไปสู่เป้าหมายใดเป้าหมายหนึ่ง ตามเป้าหมายขององค์กร หรือหน่วยงานความร่วมมือ จะเป็นการที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็น “เจ้าของหรือเจ้าภาพ” งานหรือกิจกรรมนั้น ๆ แล้วขอให้ฝ่ายอื่นเข้ามาร่วม มีลักษณะเกิดขึ้นเป็นครั้ง ๆ ไป ไม่มุ่งความต่อเนื่อง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม แต่มุ่งจะให้กิจกรรมนั้น ๆ แล้วเสร็จตามความต้องการของฝ่ายเจ้าของงาน ความร่วมมือเป็นการช่วยเหลือด้วยความสมัครใจ แม้จะไม่มีหน้าที่โดยตรง อาจจะทำเรื่องเดียวกันในเวลาเดียวกันหรือต่างเวลาก็ได้ แม้กระทั่ง อาจให้ความร่วมมือทำบางเรื่องบางเวลา

3) การทำงานร่วมกัน (Collaboration) หมายถึง การที่บุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หรือองค์กรตั้งแต่ 2 องค์กรขึ้นไป มาทำงานร่วมกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่ม และรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มตามโครงสร้างที่มีอยู่ในองค์กร รวมทั้งเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ปฏิบัติงาน ต่างก็เกิดความพอใจในการทำงานนั้น

4) การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การที่สมาชิก ทุกคนของหน่วยงาน หรือองค์กร ร่วมกันดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีลักษณะของกระบวนการ (Process) มีขั้นตอนที่มุ่งหมายจะให้เกิดการเรียนรู้ (Learning) อย่างต่อเนื่อง มีพลวัต (Dynamic) กล่าวคือ มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการแก้ปัญหา การร่วมกันกำหนดแผนงานใหม่ ๆ เพื่อสร้างความยั่งยืนในความสัมพันธ์ของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมดำเนินการ การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจ ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด

หลักการพัฒนาศักยภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (อัมราภรณ์ ภูระย้า และ ชนิษฐา นันทบุตร, 2562) ได้อธิบายว่า การพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการที่ส่งผลให้ชุมชนไทยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และมีความเข้มแข็งทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเกื้อกูลซึ่งกันและกันของคนในชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นปัจจัยที่สำคัญ เพื่อการสร้างสุขภาพของคนในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ โดยมีการออกกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการ ไว้ชัดเจนว่า ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการถ่ายโอนภารกิจ ให้องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังนั้นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมีบทบาทที่สำคัญในการให้บริการด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ที่จัดบริการในชุมชน การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพ และได้รับประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนาระบบการดูแล การส่งเสริม การสนับสนุน และการคุ้มครองผู้สูงอายุในชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชน และสังคมอย่างมีความสุข และมีคุณภาพสะท้อนการดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชน สังคม และวัฒนธรรม ดังนั้น องค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนที่มีอยู่จึงไม่ตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุเมื่อเวลาเปลี่ยน และสถานการณ์ บริบท สังคม และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป

การพัฒนาศักยภาพชุมชนต้องมีสิ่งสนับสนุน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) โครงสร้างทางสังคม ได้แก่ กลุ่มทางสังคม องค์กรหน่วยงานทั้งในและนอกพื้นที่ ได้แก่ โครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วย แกนนำชุมชน บุคคลสำคัญของชุมชน เครือข่ายทางสังคม และองค์กรหรือหน่วยงานในชุมชน โดยแบ่งเครือข่ายทางสังคมในชุมชนเป็น 5 ลักษณะ คือ (1) กลุ่มอาสาสมัครดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย (2) กลุ่มช่วยเหลือด้านบรรเทาสาธารณภัย (3) กลุ่มช่วยเหลือด้านอาชีพ (4) กลุ่มช่วยเหลือด้านกองทุนสวัสดิการ และ (5) กลุ่มสืบสานภูมิปัญญาและประเพณีองค์กร หน่วยงานที่สนับสนุน มีการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์กรหน่วยงานในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานราชการในชุมชน หน่วยงานภายนอกชุมชน ที่รู้จักกันดีคือ องค์กรบริหารส่วนจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน 2) โครงสร้างด้านกายภาพเป็นโครงสร้างทางกายภาพของตำบลที่เหลื่อม และสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การประกาศทางหอกระจายข่าว ประจำหมู่บ้าน การจัดประชุมประจำที่ห้องประชุมขององค์การบริหารส่วนตำบล การจัดเวทีประชุมประจำเดือนของผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของตำบล และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการสร้างองค์ความรู้ที่สะท้อนการดูแลตนเองของชุมชน เพื่อการหาแนวทาง และการดูแลตนเองให้สามารถพัฒนาการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนที่ครอบคลุมด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาวะของแต่ละชุมชน องค์ความรู้เกิดขึ้นนี้เป็นความรู้ใหม่ และความรู้จากการปฏิบัติ และยืนยันทางวิชาการได้ ชุมชนตรวจสอบ และเห็นพร้อมว่าดี ต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุ สามารถพัฒนาให้เป็นข้อเสนอนโยบายสาธารณะได้ และองค์ความรู้บนพื้นฐานของการช่วยเหลือเกื้อกูลกันโดยรวบรวมความรู้ต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เผยแพร่สู่ชุมชนสู่การพึ่งตนเองและการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

2) การมีเครือข่าย ต้องเป็นการนำเอาศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน รวมถึงทุนทางสังคม เข้ามาแก้ปัญหา ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง และสามารถ

สร้างเครือข่ายระบบการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมากมาย ซึ่งสามารถทำความรู้จักศักยภาพของชุมชน โดยผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุตำบล สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ มีการบูรณาการกับการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ อปท. เห็นความสำคัญให้การสนับสนุนผลลัพธ์ที่ชัดเจน อีกอย่างคือสร้างศักยภาพของการมีเครือข่าย มีการหนุนเสริมเครือข่าย สนับสนุนการวางระบบการจัดโครงสร้าง

3) จิตอาสา ประกอบด้วย 3.1) โดยมีตำแหน่ง หรือบทบาทหน้าที่ คือเป็นผู้ที่มีตำแหน่งหน้าที่ ได้แก่ ตำแหน่งอาสาสมัครที่ได้รับการจัดตั้งจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรบริหารส่วนตำบล หรือองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ได้แก่ อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้พิการ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) 3.2) ทำด้วยใจมีใจอาสา ได้แก่ จิตอาสา หรือจิตสาธารณะสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในพื้นที่โดยอยากช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นจากปัญหา ความเจ็บป่วย บรรเทาความเดือดร้อน หรือความทุกข์ที่ประสบอยู่ 3.3) ผู้ที่มีโอกาสหรือความพร้อม ผู้ที่มีความรู้มีทักษะความชำนาญเฉพาะด้าน เมื่อมีเหตุการณ์เฝ้าอำนวยความสะดวก เช่น มีเพื่อนมาชวน มีเหตุการณ์จำเป็นที่ต้องการ มีความรู้เฉพาะด้านและตนเองมีความรู้ และทักษะประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ มีความพร้อมจึงมาทำงาน

4) การมีองค์ความรู้มีการจัดการองค์ความรู้ และการทำวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ควบคู่กับความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น สนับสนุนบทบาทของนักวิจัยชุมชน ท้องถิ่นร่วมกับนักวิจัยของสถาบันการศึกษา โดยรวบรวมความรู้ต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เผยแพร่สู่ชุมชน และมีกระบวนการพัฒนาต่อยอด

5) ความเป็นปึกแผ่นชุมชนเกิดจากการรวมตัวของผู้คนในหมู่บ้าน ระหว่างหมู่บ้าน การประกอบอาชีพมีการรวมกลุ่มกัน มีการสร้างกฎกติกาการอยู่ร่วมกันการหนุนเสริมให้ชุมชนมีการกัน เป็นหนึ่งเดียวคือตำบลของเรา มีการร่วมคิดร่วมเรียนรู้ร่วมปฏิบัติ มีการเรียนรู้ มีการจัดกระบวนการเรียนรู้

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างศักยภาพ คือ การพัฒนาความรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแล ทั้งสร้างเสริมศักยภาพภายในตนเอง และการได้รับการสร้างเสริมจากองค์กรภายนอก เพื่อให้เป็นแนวทางไปสู่การพัฒนาทั้งความคิด และแนวทางการปฏิบัติที่มุ่งเน้นให้ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้ทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน และการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป โดยอาศัยการมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนในการทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นในลักษณะของเครือข่าย เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การมีเครือข่าย จิตอาสา การมีองค์ความรู้ มีการจัดการองค์ความรู้ และความเป็นปึกแผ่นชุมชน

2.4 แนวคิดทฤษฎีนโยบายทางสังคม บริการทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.4.1 แนวคิดทฤษฎีนโยบายทางสังคม

นโยบายสังคมเป็นคำที่กำหนดให้กับนโยบายการกระทำหรือความคิดริเริ่มของรัฐบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาสังคม ถูกออกแบบมาเพื่อสวัสดิการของมนุษย์ และจัดการกับพื้นที่ที่หลากหลายตั้งแต่การศึกษาสุขภาพ และการจ้างงานไปจนถึงอาชญากรรมและความยุติธรรม นโยบายทางสังคมเป็นแนวทางกว้าง ๆ ที่รัฐบาลของแต่ละประเทศได้กำหนดขึ้นเป็นโครงการ แผนการ หรือกำหนดการเอาไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นหนทางขึ้นให้มีการปฏิบัติตามนโยบายนั้น โดยบุคคลผู้มีอำนาจสั่งการลู่วงโดยนโยบายทางสังคมนั้น มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นในรูปแบบแผน แผนงาน โครงการ และกิจกรรม โดยมีการระดมทรัพยากรการบริหาร เพื่อให้นโยบายประสบความสำเร็จ ซึ่งนโยบายทางสังคมมีความสำคัญอย่างมาก ทั้งต่อผู้กำหนดนโยบาย และประชาชน นโยบายทางสังคมเป็นผลผลิตทางการเมืองเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนเมื่อมีการนำนโยบายไปปฏิบัติและได้ผลตามเป้าประสงค์ก็จะทำให้ประชาชนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น นอกจากนี้นโยบายทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นเครื่องมือในการบริหารประเทศด้วย (ธัญวรรณ์ แจ่มใส, 2564) พฤติกรรมทางสังคมที่นำไปสู่ความขัดแย้งสาธารณะหรือความทุกข์ยากรวมถึงความยากจน พฤติกรรมต่อต้านสังคมหรือการศึกษาที่ไม่ดี ปัญหาดังกล่าวอาจดึงดูดรัฐบาลให้สร้างนโยบายทางสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น

แนวคิดสำหรับนโยบายทางสังคมถูกสร้างขึ้นตลอดเวลา โดยปกติจะตอบสนองต่อปัญหาสังคมที่เพิ่มขึ้น กลุ่มหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างนโยบายสังคมใหม่รวมถึง หน่วยงานรัฐบาล พรรคการเมือง กลุ่มกดดันหรือที่เรียกว่ากลุ่มผลประโยชน์ องค์กรระดับโลก เช่น สหภาพยุโรป (EU), สหประชาชาติ (UN) หรือธนาคารโลก นโยบายทางสังคมสามารถอยู่ในรูปแบบของกฎหมายแนวทางหรือการควบคุม สามารถออกแบบให้มีผลทันทีหรือสามารถค่อย ๆ นำการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับนโยบายทางสังคมของแต่ละประเทศ

นักทฤษฎีหน้าทีเชื่อว่า นโยบายทางสังคมเป็นวิธีที่จะทำให้สังคมทำงานได้เนื่องจากแก้ไขปัญหาภายในสังคม และช่วยรักษาความเป็นปึกแผ่นทางสังคม รัฐทำหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ที่ดีที่สุดของสังคม และใช้นโยบายทางสังคม เพื่อประโยชน์โดยรวมของทุกคน และการแทรกแซงของรัฐน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของสวัสดิการ หากการแทรกแซงของรัฐมากเกินไปทำให้เกิดการพึ่งพารัฐ และทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเป็นอิสระน้อยลง (Thomas, 1984)

การกำหนดนโยบายทางสังคมของประเทศไทย มักมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ของรัฐบาลในแต่ละช่วงภายใต้บริบททางสังคม การเมือง เศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายการพัฒนาประเทศให้เป็น Thailand 4.0 เป็นสังคมที่มีความก้าวหน้า ซึ่งนโยบายทางสังคมได้ถูกบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี และมีการแถลง

นโยบายของรัฐบาลแต่ละชุดก่อนดำเนินการบริหารประเทศ (ธัญวรัตน์ แจ่มใส, 2564) จากการศึกษาพบว่า รัฐมีการกำหนดนโยบายในแต่ละด้านตามภารกิจที่สำคัญของรัฐ เช่น นโยบายป้องกันประเทศ นโยบายต่างประเทศ นโยบายการศึกษา นโยบายสวัสดิการ นโยบายรักษาความสงบภายใน นโยบายทางหลวง นโยบายภาษีอากร นโยบายที่อยู่อาศัย นโยบายประกันสังคม นโยบายสาธารณสุข นโยบายทางเศรษฐกิจ นโยบายพัฒนาชุมชนเมือง นโยบายด้านการพัฒนาภาคมหานครเป็นต้น จากนโยบายทางด้านประชากรเป็นหนึ่งในนโยบายที่รัฐบาลให้ความสนใจ เนื่องจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ในแต่ละปีส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยมีการปรับเปลี่ยนนโยบายทางด้านประชากร เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และมีความเหมาะสม เพื่อที่ว่ารัฐจะได้ดำเนินการที่จำเป็นให้แก่ประชากรได้โดยทั่วถึง ทั้งนี้ บางประเทศมีประชากรมากจนเกินไปส่งผลให้รัฐบาลไม่สามารถจัดสวัสดิการให้แก่ประชาชนได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ความยากจนตามมา ดังนั้นนโยบายประชากรจึงเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศไม่ว่าจะมีอัตราการเพิ่มหรือลดของจำนวนประชากร เพื่อที่จะได้มีจำนวนประชากรที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ และสังคม เพื่อความมั่นคงของประเทศ

2.4.2 บริการทางสังคม

แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมในประเทศไทยเป็นรูปแบบของงานสวัสดิการสังคมของภาครัฐที่มีแนวคิดด้านป้องกัน พิ้นฟู แก้ไข และพัฒนาในรูปแบบของกิจกรรม โครงการ นโยบาย และกฎหมาย ซึ่งการจัดสวัสดิการสังคมตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม ปี พ.ศ. 2546 หมายถึง การจัดบริการสวัสดิการตามมาตรฐานที่พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 กำหนด โดยต้องครอบคลุมถึงผู้รับบริการสวัสดิการสังคม ซึ่งก็คือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งอยู่ในสภาวะยากลำบากหรือที่จำต้องได้รับความช่วยเหลือ เช่น เด็ก เยาวชน คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือ ทูพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกละเมิดทางเพศ หรือกลุ่มบุคคลอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยรูปแบบของการจัดสวัสดิการของภาครัฐจำเป็นต้องอาศัยผู้มีความรู้แบบสหวิชาชีพ จากหลากหลายสาขา เพื่อความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งประชาชนในฐานะที่เป็นผู้รับผลประโยชน์ เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึง เหมาะสม แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน และการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับ และมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ (ธัญวรัตน์ แจ่มใส, 2564) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ด้านการศึกษา คือ บริการด้านการให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนทุนเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เกิดทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพ

2) ด้านสุขภาพอนามัย คือ บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน โดยญาติผู้ดูแลไม่ว่าเพศใด อายุวัยใด เชื้อชาติใด ศาสนาใด อยู่ในภูมิภาคใด หรืออยู่ในวัฒนธรรมใด มีความสนใจในทางการเมือง มีแบบแผนการดำรงชีวิตเช่นใด หรือมีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมในระดับชั้นใดก็ตาม ต้องได้รับการสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพอนามัยที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เสมอภาคเป็นธรรม สอดคล้องกับความต้องการ และสถานการณ์ปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) ด้านที่อยู่อาศัย คือ บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มีที่อยู่อาศัยตามควรแก่อัตภาพช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ในทำนองเดียวกันญาติผู้ดูแลทุกคนควรจะได้มีที่อยู่อาศัยตามแต่กำลังความสามารถของญาติผู้ดูแลที่จะได้มาอย่างน้อยที่สุด ที่อยู่อาศัยต้องให้ความปลอดภัย ความมั่นคง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีสภาพเสื่อมโทรม แออัด สิ่งแวดล้อมมลพิษ หรือเสี่ยงต่อภัยพิบัติเสี่ยงต่อความเสื่อมเสียทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

4) ด้านการทำงาน และการมีรายได้ คือ บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มีงานทำที่ทำให้มีรายได้อย่างน้อยเพียงพอแก่การดำรงชีพ งานที่ทำมีสวัสดิการที่ดีหรืออย่างน้อยตามที่กฎหมายกำหนด งานที่ทำต้องไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ และอุบัติเหตุต่าง ๆ ไม่เป็นงานที่สร้างความเสื่อมเสียแก่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ผิดศีลธรรม หรือผิดกฎหมาย ประชาชนมีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ และมีโอกาสก้าวหน้าในการทำงานนั้น ๆ ญาติผู้ดูแลต้องได้รับรายได้ และสวัสดิการจากการทำงานอย่างเสมอภาค เท่าเทียม และยุติธรรม

5) ด้านนันทนาการ คือ บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มีกิจกรรมนันทนาการเพื่อการบันเทิง และการพักผ่อนใจอย่างมีคุณภาพ โดยกิจกรรมนันทนาการนั้น ๆ ไม่เป็นการทำให้เสื่อมเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ผิดศีลธรรม และไม่ผิดกฎหมาย ไม่เป็นการเอารัดเอาเปรียบ กดขี่ข่มเหง หรือละเมิดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในกลุ่มอื่น ๆ

6) ด้านกระบวนการยุติธรรม คือ บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการคุ้มครองในเรื่องความมั่นคง ในการดำเนินชีวิตของตน และครอบครัวในรูปของการประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมเรื่องผลประโยชน์จากการประกันสุขภาพ การสงเคราะห์บุตร การชดเชยการขาดรายได้จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีความพิการ ทุพพลภาพ ชราภาพ

7) ด้านบริการทางสังคมทั่วไป คือ บริการให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการช่วยเหลือ เพื่อสร้างเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขตามควรแก่อัตภาพ

การรับรู้ และการเข้าถึงบริการทางสังคม การรับรู้คือ ขบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่สิ่งเร้ากระตุ้นการรู้สึกและถูกตีความเป็นสิ่งที่มีความหมายโดยใช้ความรู้ ประสบการณ์ และความเข้าใจของบุคคล (Anthony, Wood, and Holmes, 2007) การรับรู้เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ (perception is learned) ดังนั้น ถ้าขาดการเรียนรู้หรือประสบการณ์จะมีเพียงการสัมผัสเท่านั้น พฤติกรรมการรับรู้ เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องจากการรู้สึกสัมผัสรับรู้ เป็นกระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในกระบวนการรู้สึก เมื่อเครื่องรับหรืออวัยวะสัมผัสสัมผัสสิ่งเร้า บุคคลจะเกิดความรู้สึกแล้วส่งความรู้สึกนั้นไปตีความ หรือแปลความหมาย กลายเป็นการรับรู้ การรับรู้จะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องประกอบไปด้วยกระบวนการที่สำคัญ คือ การสัมผัสชนิด และธรรมชาติของสิ่งเร้า การแปลความหมายจากการสัมผัส และการใช้ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิมเพื่อแปลความหมาย ดังนั้นการที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะรับรู้ถึงบริการสังคมได้ ก็จะต้องได้รับการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์เดิมหรือประสบการณ์จากผู้อื่น จึงจะทำให้มีการรับรู้ถึงสวัสดิการที่พึงมีพึงได้ เพื่อที่จะเข้าไปถึงสวัสดิการนั้น ๆ และการเข้าถึงบริการทางสังคม มีแนวคิดการเข้าถึงบริการของ เพ็นชานสกี และโทมัส ได้อธิบายการเข้าถึงบริการไว้ 5 ประการ ได้แก่ (Penchansky and Thomas, 1981)

1) ความพึงพอใจของบริการที่มีอยู่ (Availability) ความสัมพันธ์ของความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการทั้งปริมาณและชนิดของผู้ใช้บริการอันประกอบด้วย ความเพียงพอของผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งในทางการเข้าถึงสวัสดิการก็เช่นเดียวกัน ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องมีความพึงพอใจต่อสวัสดิการที่จัดให้ถึงจะเข้าไปใช้สวัสดิการนั้น ๆ

2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accesssibility) คือ ความสัมพันธ์ของสถานที่ตั้งของแหล่งบริการกับความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปถึงแหล่งได้สะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะสถานที่ตั้ง การเดินทาง ระยะเวลาและราคาค่าบริการ ซึ่งในทางการเข้าถึงสวัสดิการก็เช่นเดียวกัน ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องสามารถที่จะเดินทางไปขอรับสวัสดิการตามสถานที่บริการของรัฐ หรือหน่วยงานของรัฐ และเอกชน ก็สามารถลงพื้นที่เพื่อมาให้บริการแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้

3) ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวก เช่น ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจะมีเวลาที่ไม่ตรงกับเวลา

ของการปฏิบัติการ ดังนั้นอาจจะต้องมีการนัดหมาย ขั้นตอนการรับบริการความสะดวกในการเข้ารับบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อเข้าไปถึง

4) ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างราคาค่าบริการ และความสามารถในการจ่ายค่าบริการของผู้รับบริการ การรับรู้ในราคาค่าบริการนั้น มีความสัมพันธ์กับราคาค่าบริการทั้งหมด ความรู้เรื่องค่าบริการราคาที่สามารถจ่ายได้ แต่ในการบริการของสวัสดิการจะไม่มีค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะเป็นบริการให้เปล่าตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

5) การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะ และการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ทั้งหมดนี้ต้องเป็นระดับที่สมดุลระหว่างผู้รับบริการ และระบบ ซึ่งในทางการเข้าถึงสวัสดิการก็เช่นเดียวกัน ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหากยอมรับได้กับสวัสดิการที่จัดให้ก็สามารถที่จะรับเอาสวัสดิการนั้น ๆ ได้เช่นกัน

2.4.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

นโยบายด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุไทย มีการดำเนินงานด้านสวัสดิการผู้สูงอายุของประเทศไทย เริ่มในปี พ.ศ. 2496 เมื่อ จอมพล ป.พิบูล สงคราม ได้มีแนวคิดในการจัดสวัสดิการสังคม และประชาสงเคราะห์ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดีมีคุณภาพ และดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุข มีการสงเคราะห์คนชราที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือประสบปัญหาความทุกข์ยาก เดือดร้อนยากจนไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอาศัยอยู่กับครอบครัวได้ ต้องการบริการสงเคราะห์บางอย่าง เช่น การรักษาพยาบาล นันทนาการ เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวที่มีรายได้น้อย หรือยากจน จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุ ทั้งรูปแบบของกฎหมายโดยเฉพาะซึ่งนับได้เป็นนโยบายทางสังคมในรูปแบบพระราชบัญญัติ และนโยบายของรัฐบาลแต่ละสมัย ซึ่งมีการกำหนดออกมาเป็นแผนผู้สูงอายุระดับชาติ ระดับกระทรวง ระดับกรม รวมถึงแผนผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น ดังนี้

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 27 วรรคสาม การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำได้มาตรา 48 วรรคสอง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปี และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติและ มาตรา 71 วรรค 3 รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครอง

ป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความ รุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟู และเยียวยาผู้ถูกกระทำการดังกล่าว จากรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุด ได้กำหนดถึง แนวทางการปฏิบัติต่อบุคคลต่างๆตลอดจนสิทธิของอายุเกินหกสิบปี และไม่มีรายได้เพียงพอแก่ การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

2) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2556 จากมาตรา 54 ของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุให้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ และเพื่อให้ได้กฎหมายที่ครอบคลุมทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนต่อสิทธิ และประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ โดยบุคคลผู้มีสิทธิในพระราชบัญญัติ ฉบับนี้ กำหนดให้บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ถือเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสิทธิที่ผู้สูงอายุได้รับ ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (มาตรา11) เช่น การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวก และรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม การพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตราย จากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง การให้คำแนะนำปรึกษาดำเนินการอื่น ที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาคอขวด การจัดทำที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง นอกจากนี้พระราชบัญญัตินี้ ยังกำหนดองค์กรที่รับผิดชอบคือ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติที่หน้าที่ในการกำหนดนโยบาย เกี่ยวกับผู้สูงอายุและหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริม สวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และรับผิดชอบในงานธุรการ และงานวิชาการของ กผส. และให้มีอำนาจหน้าที่อื่น เช่น จัดทำแนวทางปฏิบัติตามนโยบาย และแผนหลักเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนสถานภาพ

3) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 เป็นแผนการพัฒนาประเทศ ที่กำหนดกรอบ และแนวทางการพัฒนาให้หน่วยงานของรัฐทุกภาคส่วน ต้องทำตาม เพื่อให้บรรลุ วิสัยทัศน์ประเทศไทยที่ว่า ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาด้านหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสนองต่อผลประโยชน์แห่งชาติ ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง ด้านการสร้างความสามารถ ในการแข่งขัน ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาส

และความเสมอภาคทางสังคม ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และด้านการปรับสมดุล และพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ทั้งนี้งานด้านผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาส และความเสมอภาคทางสังคม

4) นโยบายของรัฐบาลด้านผู้สูงอายุคณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557 ได้กำหนดนโยบาย การบริหารราชการแผ่นดิน 11 ด้าน โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยจะพัฒนาระบบ การคุ้มครองทางสังคม ระบบการออม และระบบสวัสดิการชุมชนให้มีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน มากยิ่งขึ้น รวมทั้งการดูแลให้มีระบบการกักขังที่เป็นธรรม และการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ตามอัตภาพ พัฒนาศักยภาพ คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ จัดสวัสดิการช่วยเหลือ และพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรี และเด็ก เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริม คุณภาพชีวิต และการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์ และไม่ก่อภาระต่อสังคม ในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือ ของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการ ดูแลผู้สูงอายุ นโยบายในการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต มอบให้ 4 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข บูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยผู้บริหารระดับสูงของทั้ง 4 กระทรวง ได้มีการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อวางแผนการทำงานให้ครอบคลุมทุกมิติอย่างใกล้ชิด

5) แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 – 2580) ดำเนินการ ภายใต้วิสัยทัศน์ "ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม" โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 2) เพื่อเพิ่มคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ 4) เพื่อรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 25 – 59 ปี ในปัจจุบัน ซึ่งจะ เป็นผู้สูงอายุในอีก 1 - 35 ปีข้างหน้า ให้ได้ตระหนักและเตรียมพร้อมการใช้ชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ สำหรับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุฯ ฉบับนี้ จะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ แผนปฏิบัติการ ระยะเร่งด่วนใน 5 ปีแรก (พ.ศ.2566-2570) และแผนปฏิบัติการระยะ 15 ปี (พ.ศ.2566-2580) ซึ่งประกอบด้วยแผนปฏิบัติการย่อย 4 แผน ดังนี้

แผนปฏิบัติการย่อยที่ 1 เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนสูงวัย ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) ส่งเสริมให้ประชากรอายุ 25 - 59 ปี เตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุในมิติ ทางเศรษฐกิจ เช่น ส่งเสริมการออมเพื่อยามชราภาพ พัฒนาระบบบำนาญแห่งชาติแบบหลายชั้น

เป็นต้น 2) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการชราภาพ ตระหนักถึงคุณค่า ศักดิ์ศรี และมีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ 3) ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง รู้เท่าทันและสามารถเลือกใช้ประโยชน์จากสื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล 4) เร่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ

แผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม ประกอบด้วย 4 มาตรการ ดังนี้ 1) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ เช่น ปฏิรูปหลักประกันยามชราภาพ เป็นต้น 2) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เช่น พัฒนาระบบสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เป็นต้น 3) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสังคม 4) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสภาพแวดล้อม เช่น ปรับสภาพที่อยู่อาศัยทั้งภายในและภายนอก

แผนปฏิบัติการย่อยที่ 3 ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย 8 มาตรการ ดังนี้ 1) แปลงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ และผลักดันให้ทุกภาคส่วนขับเคลื่อนแผนอย่างมีบูรณาการตั้งแต่ระดับชาติสู่ระดับท้องถิ่น 2) ติดตาม และประเมินผลนโยบาย และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ 3) ปฏิรูประบบกฎหมาย เพื่อรองรับการดำเนินงานของทุกภาคส่วน 4) วางระบบกำลังคนด้านผู้สูงอายุทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพในระดับชาติ และระดับพื้นที่ 5) เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนา และการจัดการงานด้านผู้สูงอายุ 6) พัฒนาระบบพิทักษ์ และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 7) พัฒนาระบบปกป้อง และฟื้นฟูผู้สูงอายุ และครอบครัว ในยามเกิดวิกฤต และ 8) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

แผนปฏิบัติการย่อยที่ 4 เพิ่มศักยภาพการวิจัยการพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย 2 มาตรการ ดังนี้ 1) ส่งเสริมการผลิตงานวิจัย และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมการพัฒนา ระบบข้อมูลงานวิจัย และนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และเป็นประโยชน์ต่อภาครัฐในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

รัฐบาลได้เตรียมแผนรองรับสังคมสูงวัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสังคมสูงวัยไม่ใช่เพียงเรื่องของคนสูงวัย แต่เป็นเรื่องของคนทุกวัย โดยต้องสร้างความตระหนักในกลุ่มคนวัยทำงานถึงความสำคัญของการออมเงิน และการเตรียมตัวเองสู่การเป็นผู้สูงอายุ และอยู่ในสังคมสูงวัย อีกทั้งสร้างทัศนคติใหม่ให้มองผู้สูงอายุเป็นทุนทางสังคม และเป็นผู้มีศักยภาพหากได้รับการส่งเสริมโอกาส

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Suriyanrattakorn and Chang (2021) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนของภาครัฐยังทำได้จำกัด ปัจจุบันเน้นการดูแลระยะยาวที่บ้าน และในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว มีระบบสนับสนุนผู้ดูแลที่พัฒนาอย่างดี และพบว่ามีหลายประเทศที่ใช้ระบบการดูแลระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักร เยอรมนี สวีเดน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดูแล มีแผนการช่วยเหลือหรือชดเชยผู้ดูแล เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวไม่รู้สึกรับภาระหรือเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

มะลิวรรณ พรหมสาขา ณ สกลนคร และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2560) พบว่า ระบบการดูแลระยะยาว คือการจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน พบว่ามีการดูแลทั้งที่เป็นรูปแบบทางการ และรูปแบบไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, สุมัธนา กลางคาร และรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2562) พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนงบประมาณและร่วมในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การจัดระบบการดูแลตามการประเมินศักยภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง 3) การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 4) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ 5) การมอบรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคลังปัญญาของผู้สูงอายุ

Wagner et al (2001) พบว่า แนวทางในการจัดระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ด้วย ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) คือ การสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้สูงอายุ 2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ Team based approach, Planned care visit, Case management 3) Decision support คือ วิธีการช่วยสนับสนุนให้ทีมสหสาขาสามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจให้การดูแลผู้สูงอายุ 4) Clinical information system คือ คุณสมบัติของระบบฐานข้อมูลที่ดี 5) Health Systems organization คือ วิสัยทัศน์ พันธกิจ

หรือแผนในการดูแลผู้สูงอายุ และ 6) Community resource linkages คือ การร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด

กฤตวรรณ สาหร่าย, ภูซงค์ เสนานุช และ ชัตติยา กรรณสูตร (2562) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนการบริการผู้สูงอายุระยะยาว มีอยู่ 4 ประเภท ได้แก่ การบริการดูแลที่บ้าน (Home care) บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential care) สถานบริการผู้สูงอายุ (Nursing homes) และสถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน ซึ่งมีระบบการให้บริการเป็นการดูแลแบบผสมผสาน โดยประเทศสิงคโปร์ มีการจัดการบริหารทางการเงินในระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นแบบผสมผสาน มีการบริหารทางการเงินในระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นแบบผสมผสาน มี 3 รูปแบบ คือ ภาครัฐจ่าย การร่วมกันจ่าย และการประกัน นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของต่างประเทศ จะมีการออกกฎหมายที่เรียกว่าพระราชบัญญัติการประกันดูแลระยะยาว ซึ่งกฎหมายนี้จะเป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย ประกอบด้วย การบริการการดูแลในศูนย์ (Center-Based care) การบริการการดูแลระยะสั้น (Respite care) และการบริการการดูแลที่บ้าน (Home-Based care) บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential care) สถานบริการผู้สูงอายุ (Nursing homes) สถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน ซึ่งเป็นระบบร่วมจ่าย และรัฐบาลจะสนับสนุนให้ภาคธุรกิจเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการและเน้นการบริการดูแลที่บ้าน การดูแลและเน้นระบบการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่การดูแลระดับปฐมภูมิ ดูแลระยะกลาง การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และในชุมชน และการดูแลระยะประคับประคอง

สุดา มงคลสิทธิ์ (2562) พบว่า การสร้างเครือข่ายเป็นการเริ่มต้นของการสร้างเป้าหมายร่วมกันของภาคีสมาชิก ถึงแม้ว่าสมาชิกที่เกี่ยวข้องจะมีบทบาทหน้าที่ความถนัดต่าง ๆ กัน แต่เมื่อทุกคนได้เข้ามารู้ในเป้าหมาย หรือปัญหาร่วมกัน สมาชิกแต่ละส่วนจะได้ปรับและแสดงบทบาทตามศักยภาพหรือความถนัดของตน เพื่อตอบสนองเป้าหมายของเครือข่ายได้ ดังนั้นเครือข่ายจึงเป็นรูปแบบการทำงานในลักษณะสร้างความร่วมมือประสานงานกันในแนวราบระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางที่ตรงกันกับแนวคิดของการพัฒนาในปัจจุบัน และหน่วยงานภาครัฐควรเปิดโอกาสให้ภาคส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรชุมชน และประชาชน ได้เกิดความตระหนัก รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมติดตามและประเมินผล ซึ่งเป็นการก่อให้เกิดการเป็นประชาคม เป็นกลุ่มคนที่เข้ามาสร้างทำให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ธิตีรัตน์ ราศิริ และ อาจินต์ สงทับ (2561) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจของการพัฒนา และเป็นยุทธศาสตร์ของการพัฒนาที่ยั่งยืน เนื่องจากเป็นการผนึกกำลังร่วมระหว่างภาครัฐ และประชาชนตลอดจนมุ่งพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความเชื่อมั่น

ในการพึ่งพาตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขกระจายผลประโยชน์ของการพัฒนาอย่างยุติธรรม และเท่าเทียมกัน

สุธาทิพย์ จันทรักษ์ (2560) พบว่า ภาควิชาการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย กลุ่มแกนนำชุมชนหรือผู้นำชุมชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยกลุ่มแกนนำชุมชนหรือผู้นำชุมชน และ อสม. จะได้รับความรู้ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากแนวคิดในปัจจุบันที่ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มองสุขภาพในเชิงสุขภาพคือ สุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับทุกปัจจัยการพัฒนาสุขภาพต้องพัฒนาไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาด้านอื่น ๆ ด้วย

Bincy, Logaraj, and Anantharaman (2022) พบว่า เครือข่ายทางสังคม เป็นโครงสร้างทางสังคมที่สร้างขึ้นจากกลุ่มของผู้กระทำ เช่นปัจเจกบุคคลหรือองค์การ และความสัมพันธ์ทวิภาคระหว่างผู้กระทำด้วยกัน สมาชิกในเครือข่ายจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมมากขึ้นในชุมชน การติดต่อทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคมมีหน้าที่หลายอย่างรวมถึงการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ เครื่องมือ การประเมิน และการสนับสนุนทางการเงิน สิ่งสำคัญคือต้องรับทราบว่าเครือข่ายสังคมอาจเกี่ยวข้องกับการโต้ตอบทั้งทางลบและทางบวกกับสุขภาพ ประชากรสูงอายุของอินเดีย จะพึ่งพาครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม แนวคิดเครือข่ายทางสังคม (Social Network Concept) มีพัฒนาการมาจากพื้นฐานของทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) โดยมีหลักการที่ว่า ในเครือข่ายสังคมจะประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตามบทบาทหรือหน้าที่ของแต่ละคนหรือคู่ความสัมพันธ์มีอยู่ ซึ่งแต่ละคนนั้นมีได้มีเพียงบทบาทเดียว หากแต่มีหลายบทบาทที่จะต้องสวมในชีวิตประจำวัน บุคคลไม่เพียงแต่ทำตามบทบาทหน้าที่ที่คาดหวังในสังคม หรือตามบรรทัดฐานที่ได้รับการถ่ายทอดมาเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการรับรู้ และการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านวัตถุและทางด้านจิตใจ ในปัจจุบันสถานภาพองค์ความรู้ของแนวคิดนี้ได้ถูกใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคม การสร้างตัวตนของเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเชิงบูรณาการ

Kusmaul, Bern-Klug, Smith, and Cheek (2023) พบว่า เครือข่ายทางสุขภาพ คือการที่คนมาพบปะมาประชุมกัน และทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อกัน เพราะมีสิ่งยึดโยงใจระหว่างสมาชิกเข้าด้วยกัน คือ สัมพันธภาพของสมาชิกในเครือข่าย โดยบุคคลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านโอกาสในการสื่อสาร การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการตัดสินใจในเรื่องต่างๆร่วมกัน มีเป้าหมาย

มีวิธีการทำงาน และมีกลุ่มเป้าหมายของตนเอง บุคคลหรือกลุ่มเหล่านี้ได้เข้ามาประสานงานกันอย่าง มีระยะเวลายาวนานพอสมควร แม้อาจจะไม่มีการร่วมมือกันอย่างสม่ำเสมอก็ตาม แต่ก็จะมี การวางรากฐานเอาไว้เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือ จากกลุ่มอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สามารถติดต่อไปได้ ในการเข้าร่วมเป็นองค์กรเครือข่าย แม้ว่าองค์กร เหล่านี้จะมีบางสิ่งบางอย่างร่วมกัน เช่น มีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน มีผลประโยชน์ร่วมกัน องค์กรเหล่านี้ ก็ยังคงความเป็นเอกเทศ เพราะการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเป็นการเข้าร่วมเพียงบางส่วน ขององค์กรเท่านั้น

นิลภา จิระรัตนวรรณ, สุคนธ์ วรรณระอมร และ ศรีสุตา รัศมีพงศ (2562) พบว่า การจัดการกับปัญหาสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องทำงานร่วมกัน ในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกของการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงนับได้เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริม ให้เกิดการพัฒนาย่างยั่งยืน

ประเสริฐ คุ้มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และ วิไลพร คลีกร (2565) พบว่า คณะดำเนินงานเครือข่ายทางสังคมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการพัฒนา สุขภาพของประชาชนในชุมชน เครือข่ายที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมที่สำคัญที่จะทำให้ ประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วย 1) เครือข่ายภาคประชาชน 2) เครือข่ายภาครัฐ เป็นเครือข่าย ที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสถาน บริการสุขภาพ (รพ.สต./รพช./รพท/รพศ./สสอ./สสจ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน เกษตร พัฒนาชุมชน อบต. เทศบาล เป็นต้น

วิยะดา รัตนสุวรรณ และ ประราลี โอภาสนันท์ (2561) พบว่า ศักยภาพของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นความสามารถสูงสุดที่เป็นไปได้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการบำรุงส่งเสริมอย่างเต็มที่และถูกทางทั้งทางกายและทางจิต คือ ความสามารถที่ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอยู่ในขณะนี้จึงยังไม่ใช่ศักยภาพ จึงต้อง "พัฒนาความสามารถ" หรือ "พัฒนา สมรรถนะ" เพื่อที่จะเข้าไปใกล้ศักยภาพได้อย่างเต็มที่ เพื่อสนองความต้องการและเป้าหมาย ของตนเอง หรือเพื่อให้สอดคล้องกับ สิ่งที่สังคมคาดหวัง

จำรัส พรหมบุตร (2565) พบว่า การพัฒนาศักยภาพของตนเองของญาติผู้ดูแล มีความสำคัญมากต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรู้ความสามารถ มีสติปัญญา แสวงหาความจริงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ มีความเจริญก้าวหน้า และความสำเร็จบรรลุเป้าหมายในชีวิตและหน้าที่การทำงาน และสังคม สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองและอยู่ร่วมกับสังคมที่มีความเหมือนและความแตกต่างกันได้ เป็นคนดี

มีประโยชน์ และคุณค่าต่อตนเอง ผู้อื่น ชุมชน สังคม และบ้านเมือง โดยมีแนวคิดที่สำคัญ เพื่อการพัฒนาศักยภาพของตนเอง คือ 1) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนมีศักยภาพที่มีคุณค่าอยู่ในตัวเอง ทำให้สามารถฝึกหัดและพัฒนาตนได้ในเกือบทุกเรื่อง 2) ไม่มีบุคคลใดที่มีความสมบูรณ์พร้อมทุกด้าน จนไม่จำเป็นต้องพัฒนาในเรื่องใด ๆ อีก 3) แม้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเป็นผู้ที่รู้จักตนเองได้ดีที่สุด แต่ก็ไม่สามารถปรับเปลี่ยนตนเองได้ในบางเรื่อง ยังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการพัฒนาตน การควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง มีความสำคัญเท่ากับการควบคุมสิ่งแวดล้อมภายนอก 4) อุปสรรคสำคัญของการปรับปรุงและพัฒนาตนเอง คือ การที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความคิดติดยึด ไม่ยอมปรับเปลี่ยนวิธีคิด และการกระทำ จึงไม่ยอมสร้างนิสัยใหม่ หรือฝึกทักษะใหม่ๆที่จำเป็นต่อตนเอง และ 5) การปรับปรุงและพัฒนาตนเองสามารถดำเนินการได้ตลอดเวลาและอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหาหรือข้อบกพร่องเกี่ยวกับตนเอง โดยมีการพัฒนาและเรียนรู้ด้วยตนเอง

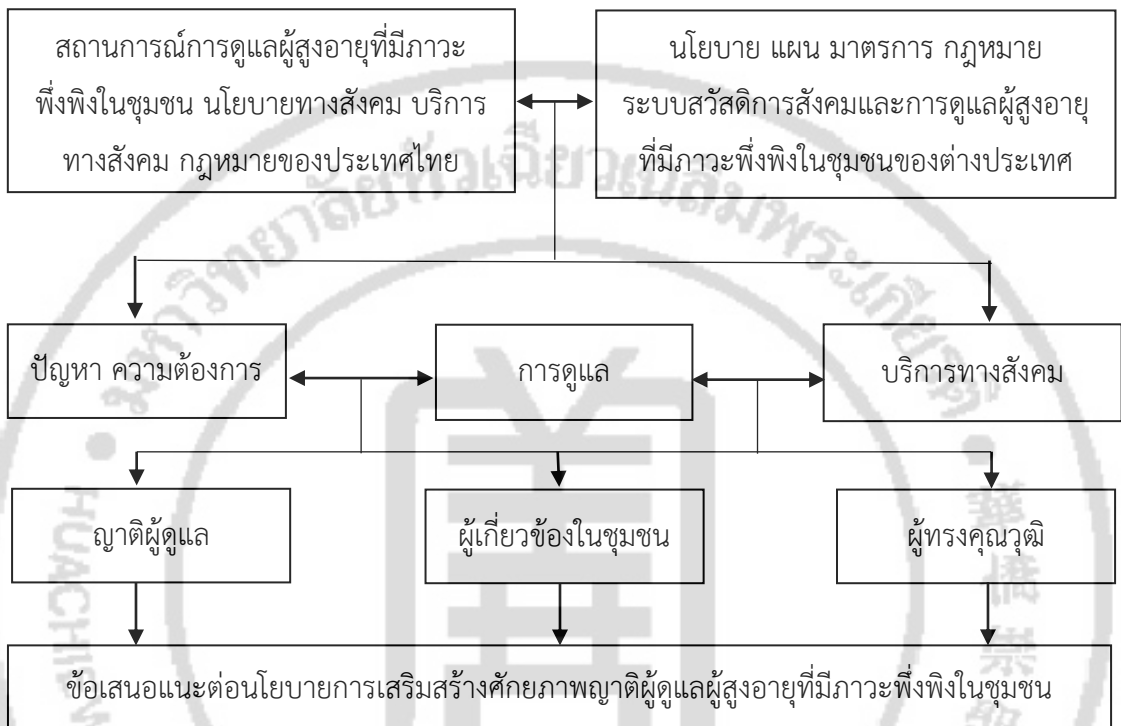
นัทธมน หรืออินทร์ (2564) พบว่า การได้มาซึ่งความรู้ และการพัฒนาตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การอ่านหนังสือ คนที่ต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเอง 2) การเข้าฟังสัมมนาติ ๆ การอบรมติ ๆ ถือว่าเป็นทางลัดในการเรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ 3) การฟังเทป 4) หาทางเข้าสังคมหรือการสร้างเครือข่ายในอาชีพ 5) การดูแบบอย่าง การหาแบบอย่าง การดูต้นแบบ 6) หาเวลาว่างให้กับตนเอง 7) ฝึกจดบันทึกส่วนตัว 8) ต้องฝึกปฏิบัติหรือพัฒนาตนเองตลอดเวลา

ชลวิทย์ เจียรจิตต์ (2565) พบว่า เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุต้นแบบ สามารถแบ่งรูปแบบที่สำคัญ 3 รูปแบบ คือ 1) เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีองค์กรพระพุทธศาสนาเป็นแกนกลาง 2) เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนกลาง 3) เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาครัฐส่วนกลางเป็นแกนกลาง

อัมราภรณ์ ภูระย้า และ ขนิษฐา นันทบุตร (2562) พบว่า หลักการพัฒนาศักยภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน คือการพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ชุมชนไทยมีศักยภาพ และความเข้มแข็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเกื้อกูลกันในชุมชน เป็นเงื่อนไขและปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการมีสุขภาวะที่ดีของคนที่ย้ายในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุได้รับความสำคัญ และมีการพัฒนาอย่างยาวนานโดยมีการออกกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ จัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ไว้ชัดเจนว่าให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีส่วนดูแลผู้สูงอายุ มีการถ่ายโอนภารกิจให้้องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีบทบาทในการรับผิดชอบด้านสวัสดิการผู้สูงอายุในพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพชุมชนต้องมีสิ่งสนับสนุน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) โครงสร้างทางสังคม ได้แก่ กลุ่มทางสังคม องค์กร

หน่วยงานทั้งในและนอกพื้นที่ และ 2) โครงสร้างด้านกายภาพเป็นโครงสร้างทางกายภาพของตำบล ที่เหลือ และสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การประกาศทางหอกระจายข่าว ประจำหมู่บ้าน การจัดประชุมประจำที่ห้องประชุมขององค์การบริหารส่วนตำบล การจัดเวที ประชุมประจำเดือนของผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Recommendations for The Policy on Potential Support of Family Caregivers of The Dependent Elderly In Community) เป็นการศึกษาที่ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (Mixed method) ประกอบด้วย

3.1 การศึกษาเอกสาร (Documentary research)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยศึกษาจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายได้แก่ ห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลบรมมราชชนนี ชลบุรี ศูนย์บรรณสาร มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ห้องสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา ฐานข้อมูล TCI ฐานข้อมูล CINAHL Complete ฐานข้อมูล SCOPUS ฐานข้อมูล ScienceDirect และฐานข้อมูล Scimago

3.2 การศึกษาภาคสนาม

โดยมีการศึกษาในเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพดังนี้

3.2.1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เป็นการศึกษาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ

- 1) สถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 2) สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแล ปัญหา ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 3) การเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้การสนทนากลุ่มในการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ศึกษาภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ปัญหาและผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 9 ท่าน เพื่อให้ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.3 พื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาตามเขตการปกครองของประเทศ เป็น 5 ภาค

3.3.1 พื้นที่ศึกษาเชิงปริมาณ

พื้นที่ศึกษาพิจารณาจากการแบ่งตามเขตการปกครองของประเทศไทย โดยแบ่งออกเป็น 5 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ ทำการคัดเลือกจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนประชากรของแต่ละภาคโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 1 จังหวัดเป็นตัวแทนภาค รวมทั้งการคัดเลือกอำเภอ ตำบล และชุมชน ที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือกให้ได้พื้นที่ศึกษา ดังนี้ 1) ภาคเหนือ คือ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 3) ภาคกลาง คือ ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 4) ภาคตะวันออก คือ ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี และ 5) ภาคใต้ คือ ตำบลท่าไร่ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.3.2 พื้นที่ศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในชุมชนสำหรับในการจัดทำสนทนากลุ่ม (Focus group) ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษาโดยเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจำนวนมากที่สุด เพื่อทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 2) ภาคตะวันออก คือ ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 3) ภาคกลาง คือ ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 4) ภาคเหนือ คือ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และ 5) ภาคใต้ คือ ตำบลท่าไร่ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.4 ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

3.4.1 ประชากร (Population) ในการศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย จำนวน 414,121 คน ซึ่งมีค่าคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL อยู่ระหว่าง 0 – 11 คะแนน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

3.4.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling) คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์การเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพื้นที่โดยเลือกจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดของแต่ละภาคมาเป็นตัวแทนระดับภาคทั้ง 5 ภาค เลือกตัวแทนระดับอำเภอจากจังหวัดที่เป็นตัวแทนของภาคโดยเลือกจากอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด และเลือกตัวแทนระดับตำบลที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 277 คน ดังนี้ 1) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 55 คน 2) ภาคตะวันออก จำนวน 55 คน 3) ภาคกลาง จำนวน 56 คน 4) ภาคเหนือ จำนวน 52 คน และ 5) ภาคใต้ จำนวน 54 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นญาติที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
- 3) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ ญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน และทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่เคยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เสียชีวิตไปแล้ว

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ดูแลป่วยกะทันหันในระหว่างตอบแบบสอบถามและไม่สามารถให้ข้อมูลต่อได้
- 2) ญาติผู้ดูแลขอลอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
- 3) ระหว่างการสอบข้อมูลจากแบบสอบถามแล้วสื่อสารภาษาไทยกันไม่เข้าใจ

3.4.3 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ

1) กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ญาติผู้ดูแล จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน คือ ตำบลจอหอ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 คน ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 10 คน ตำบลสระแก้ว อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10 คน ตำบลช้างเผือก อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน และตำบลท่าไร่ อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลคือ เป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนปัจจุบัน และเคยเป็นมาก่อนภายหลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิตแล้ว

ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งเพศหญิง และเพศผู้ชาย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีความสนใจในการให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่ม

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ด้วยการดำเนินการโดย ค้นหาผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการประสานกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษาเชิงปริมาณ แจ็งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย สอบถามความสมัครใจ และขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล

2) กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (CG) พยาบาลหรือผู้จัดการผู้ป่วยติดเตียง (CM) บุคลากรทางสุขภาพ พัฒนาชุมชน รวมทั้งสิ้น จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน คือ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 คน ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 10 คน ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10 คน ตำบลข้างเือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน และตำบลท่าไร่ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลคือ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (CG) พยาบาลหรือผู้จัดการผู้ป่วยติดเตียง (CM) บุคลากรทางสุขภาพ พัฒนาชุมชน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีความสนใจในการให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่ม

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ด้วยการดำเนินการโดย ค้นหาผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการประสานกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษาเชิงปริมาณ แจ็งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย สอบถามความสมัครใจ และขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล

3) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้บริหารนโยบายเพื่อผู้สูงอายุ เป็นนักวิชาการด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ปฏิบัติตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นผู้ที่ให้ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่อยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 9 ท่าน ดังนี้

(1) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการพัฒนานโยบายสาธารณสุข

(2) พัฒนาชุมชนจังหวัด เป็นนักวิชาการทางสวัสดิการสังคม

(3) อาจารย์พยาบาล เป็นนักวิชาการทางการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการพยาบาลสุขภาพชุมชน

(4) แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นนักวิชาการทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุ

(5) นายกเทศมนตรีเทศบาล เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความรู้ความชำนาญในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแล สวัสดิการกับผู้สูงอายุในชุมชน

(6) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานตามนโยบายด้านการบริหารโครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

(7) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานตามนโยบายด้านการพยาบาลซึ่งเป็นผู้จัดทำโครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

(8) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ปฏิบัติงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความใกล้ชิดผู้สูงอายุในชุมชน

(9) ประธานชมรมผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเข้าใจในบริบทของผู้สูงอายุ และสามารถแสดงทัศนะความต้องการของผู้สูงอายุได้โดยแท้

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.5.1 เครื่องมือสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ

แบบสอบถามการวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วยคำถามเชิงปริมาณ จำนวน 127 ข้อ แบ่งเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาชีพก่อนเจ็บป่วย รายได้ที่เคยได้รับก่อนเจ็บป่วย มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไปของญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับเพื่อให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จากเครื่องมือมาตรฐาน General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ 28) (กรมสุขภาพจิต, 2554) จำนวน 28 ข้อ ซึ่งเป็น Sub-scaled GHQ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม 1 ข้อ 1 – 7 เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms)

กลุ่ม 2 ข้อ 8 – 14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)

กลุ่ม 3 ข้อ 15 – 21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)

กลุ่ม 4 ข้อ 22 – 28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) มีการกำหนดเกณฑ์คำตอบให้เลือก คือ ไม่จริง จริงเล็กน้อย จริงปานกลาง จริงมาก จริงมากที่สุด โดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การแปลความหมายของระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่

5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง จริงมาก

3 คะแนน หมายถึง จริงปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย

1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง

การแปลผลความหมายของระดับภาวะสุขภาพทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ภาวะสุขภาพทั่วไปดีมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ภาวะสุขภาพทั่วไปดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ภาวะสุขภาพทั่วไปปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดีมาก

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดีมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับเพื่อให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จากเครื่องมือมาตรฐานแบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ของกรมอนามัย (กรมอนามัย, 2559) มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

2) ผลการตรวจโรคเบาหวาน 3) ผลการตรวจโรคความดันโลหิตสูง 4) มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ มีฟันหลัง 4 คู่สบ 5) ผลการคัดกรองสายตา 6) การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) 7) การประเมินภาวะสมองเสื่อม 8) การประเมินคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้ม 9) การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ 10) การประเมินปัญหาการนอน 11) การประเมินข้อเข่าเสื่อม และ 12) ดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ) การประเมินผลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนสามารถแปลผลได้ดังนี้

0 - 4 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

5 - 8 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพารุนแรง

9 - 11 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพาปานกลาง

12 - 20 คะแนน คือ ไม่เป็นการพึ่งพิง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาและผลกระทบ และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและผลกระทบ และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ โดยมีการกำหนดเกณฑ์คำตอบให้เลือก คือ ไม่จริง จริงเล็กน้อย จริงปานกลาง จริงมาก จริงมากที่สุด โดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การแปลความหมายของระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่

5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง จริงมาก

3 คะแนน หมายถึง จริงปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย

1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง

การแปลผลความหมายของระดับค่าเฉลี่ยของปัญหา ผลกระทบ และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4.21 - 5.00 หมายถึง มีปัญหา/ผลกระทบ/ความต้องการมากที่สุด

3.41 - 4.20 หมายถึง มีปัญหา/ผลกระทบ/ความต้องการมาก

2.61 - 3.40 หมายถึง มีปัญหา/ผลกระทบ/ความต้องการปานกลาง

1.81 - 2.60 หมายถึง มีปัญหา/ผลกระทบ/ความต้องการน้อย

1.00 - 1.80 หมายถึง มีปัญหา/ผลกระทบ/ความต้องการน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดบริการทางสังคม และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล จำนวน 4 ข้อ

ด้านรายได้ จำนวน 4 ข้อ ด้านที่พักอาศัย จำนวน 4 ข้อ ด้านนันทนาการ จำนวน 4 ข้อ ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง จำนวน 4 ข้อ และด้านการสร้างบริการทางสังคม จำนวน 4 ข้อ โดยมีการกำหนดเกณฑ์คำตอบให้เลือก คือ เข้าถึงบริการทางสังคม ได้รับบริการทางสังคม

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาศักยภาพตนเอง จำนวน 9 ข้อ และด้านการพัฒนาศักยภาพจากภายนอก จำนวน 11 ข้อ โดยมีการกำหนดเกณฑ์คำตอบให้เลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การแปลความหมายของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 5 ระดับ ได้แก่

5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก

3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

การแปลผลความหมายของระดับค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

4.21 – 5.00 หมายถึง มีการเสริมสร้างศักยภาพมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง มีการเสริมสร้างศักยภาพมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง มีการเสริมสร้างศักยภาพปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง มีการเสริมสร้างศักยภาพน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง มีการเสริมสร้างศักยภาพน้อยที่สุด

ตอนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับจากเครื่องมือมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) (กรมสุขภาพจิต, 2554) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินเหตุการณ์ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มี 5 ตัวเลือก ประกอบด้วย

ไม่เลย = 1 คะแนน

เล็กน้อย = 2 คะแนน

ปานกลาง = 3 คะแนน

มาก = 4 คะแนน

มากที่สุด = 5 คะแนน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน

26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.5.2 เครื่องมือสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ

1) กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 8 ข้อคำถามนำ ดังต่อไปนี้

(1) ในแต่ละวันท่านมีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอะไรบ้าง และอย่างไร

(2) ท่านมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอะไรบ้าง และอย่างไร ปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบต่อท่านและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านดูแลอย่างไรบ้าง ที่ผ่านมามีการจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างไรบ้าง

(3) ท่านต้องการการสนับสนุนและช่วยเหลือท่านและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านเป็นผู้ดูแลอะไรบ้าง และอย่างไร

(4) ชุมชนของท่านมีแหล่งทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ภูมิปัญญา กิจกรรมบริการฯลฯ) หน่วยงานที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อะไรบ้าง และให้การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร

(5) ท่านมีโอกาพัฒนาตนเองเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอะไรบ้าง และอย่างไร

(6) ชุมชนของท่านมีทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ภูมิปัญญา กิจกรรมบริการ) หรือหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนในการเสริมสร้างศักยภาพของท่านอะไรบ้าง และอย่างไร

(7) ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านเป็นผู้ดูแลได้เสียชีวิตไปแล้ว การดำเนินชีวิตของท่านมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างไร และท่านได้นำความรู้และประสบการณ์จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาต่อยอดอย่างไรบ้าง

(8) ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างไรบ้าง 1) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร 2) ความคิดเห็นต่อการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างไรบ้าง และ 3) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเรื่องอะไรบ้าง และอย่างไร

2) กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 ข้อ คำถามนำ ดังต่อไปนี้

(1) ชุมชนของท่านมีทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ภูมิปัญญา กิจกรรม บริการ) แหล่งบริการที่ให้การสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอะไรบ้าง และอย่างไร

(2) ท่านบอกถึงสถานการณ์ (ปัญหาความรุนแรง ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิต) ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของท่านอย่างไร

(3) ชุมชนของท่านมีการรวมตัวช่วยเหลือซึ่งกันและกันหรือไม่ อย่างไร

(4) ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของท่านในเรื่องอะไรบ้าง และอย่างไร

(5) ชุมชนของท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร

(6) ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างไรบ้าง 1) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของท่านให้ดีขึ้นอย่างไร 2) ความคิดเห็นต่อการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างไร 3) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเรื่องอะไรบ้าง และอย่างไร

3) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 6 ข้อ มีคำถามนำ ดังต่อไปนี้

(1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสถานการณ์ (ปัญหาความรุนแรง ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิต) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันของประเทศไทย

(2) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสวัสดิการของญาติผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของประเทศไทย

(3) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการสนับสนุนเพื่อการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยในปัจจุบัน

(4) ท่านคิดว่าควรมีองค์กรใดบ้างที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของประเทศไทยเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยองค์กรนั้นต้องมีบทบาทอย่างไร และมีส่วนร่วมอย่างไร

(5) ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อะไรบ้าง และอย่างไร 1) ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้าง ศักยภาพของญาติผู้ดูแลที่อยู่ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ความคิดเห็นต่อนโยบาย การเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลหลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เสียชีวิตไปแล้ว

(6) ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อะไรบ้าง และอย่างไร 1) ความคิดเห็นต่อนโยบายการจัดสวัสดิการ ที่เหมาะสมสำหรับญาติผู้ดูแลที่อยู่ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) ความคิดเห็น ต่อนโยบายการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับญาติผู้ดูแลหลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้เสียชีวิตไปแล้ว

3.6 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งในการศึกษาเอกสาร และศึกษาภาคสนาม โดยใช้เครื่องมือเชิงปริมาณ เครื่องมือเชิงคุณภาพ และนำเครื่องมือวิจัย ไปทดลองใช้ในชุมชน ซึ่งจะมีการทดสอบเครื่องมือดังนี้

3.6.1 ทดสอบจากการศึกษาเอกสาร

- 1) พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาจากการศึกษาเอกสารกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา
- 2) มีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล ความเหมาะสม และความน่าเชื่อถือในเรื่องของ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล

3.6.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity)

เป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามเชิงปริมาณ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม และประเด็นข้อคำถามเพื่อขอรับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีวิธีการดังนี้

- 1) นำเครื่องมือการวิจัย แบบสนทนากลุ่ม และประเด็นข้อคำถามเพื่อขอรับข้อเสนอแนะ จากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือ และนำไปแก้ไข
- 2) นำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรง ของเนื้อหาในข้อคำถาม และนำข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จำนวน 3 ท่าน ดังนี้

- (1) อาจารย์ ดร.ทิพากรณ์ โพธิ์ถวิล
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- (3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณปพร ลีวิโรจน์
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

3) ผู้วิจัยได้ประเมินหาค่า (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ตรวจสอบด้านเนื้อหาภาษาที่ใช้ และความครอบคลุม โดยคำนึงถึงดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ และนำผลการทดสอบมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ แบบสนทนากลุ่มก่อนนำไปใช้ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ใช้สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้สูตร IOC (ปราณี หล้าเบญจนะ, 2559)

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

เมื่อ IOC คือ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

R คือ คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

4) ผลการทดสอบ โดยมีผลการประเมินหาค่า (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) พบว่า ซึ่งจะต้องได้ค่าความเชื่อมั่น 0.60 ขึ้นไป ซึ่งหมายถึง แนวคำถามการสนทนากลุ่มมีความเหมาะสม ผลการทดสอบของเครื่องมือวิจัยชุดนี้พบว่า มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.86 - 1

3.6.3 ทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability)

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่สร้างขึ้น จากผลการทบทวนวรรณกรรม และนำมากำหนดขอบเขต และเนื้อหาของแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

- 1) นำเครื่องมือวิจัยไปดำเนินการทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

2) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2548)

$$\alpha = \frac{k \left[\frac{\text{covariance}}{\text{variance}} \right]}{1 + \left[\frac{(k-1)\text{covariance}}{\text{variance}} \right]}$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

k แทน จำนวนข้อคำถาม

covariance แทน ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนร่วมระหว่างคำถาม

variance แทน ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนของคำถาม

โดยหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสามารถวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ของแบบสอบถามเท่ากับได้ค่าทดสอบ ต้องไม่ต่ำกว่า 0.70 หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแบบสอบถาม และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป ซึ่งผลการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัยชุดนี้พบว่า มีค่า Cronbach's Alpha อยู่ระหว่าง 0.721 – 0.792 ดังนี้

- (1) แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.746
- (2) แบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.783
- (3) แบบสอบถามปัญหาและผลกระทบ มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.721
- (4) แบบสอบถามความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.753
- (5) แบบสอบถามการเข้าถึง และการได้รับบริการทางสังคมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.792
- (6) แบบสอบถามการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.733
- (7) แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.749

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 277 คน จากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ทั้ง 5 ภาค ของประเทศไทยที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผู้วิจัยนำหนังสือจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ไปยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดในแต่ละภาค เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย ติดต่อกับงานจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอจริยธรรมการวิจัย โดยจะต้องเสนอโครงร่างคหุฎินิพนธ์แก่คณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคตะวันออก ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในส่วนของภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักวิจัยและเป็นอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่อยู่ตามภูมิภาคเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ ซึ่งก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประชุมกับผู้ช่วยวิจัยทุกท่านผ่านระบบ Google Meet เพื่อชี้แจง ทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความเข้าใจตรงกันก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีในการสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกตการณ์บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง หรือจดบันทึกทุกครั้งในระหว่างการสนทนาจนกระทั่งได้ข้อมูลครบถ้วนโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลการสนทนากลุ่มในภาคตะวันออก ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยในการบันทึกเทป และจดบันทึก และสังเกตการณ์ในส่วนของภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักวิจัย และเป็นอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่อยู่ตามภูมิภาค เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และมีผู้ช่วยในการบันทึกเทป และจดบันทึก และสังเกตการณ์แทนผู้วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยจะค้นหาทีมสำหรับการจดบันทึกและสังเกตการณ์ พร้อมทั้งถอดเทปการสนทนากลุ่ม ซึ่งก่อนทำการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ประชุมกับผู้ช่วยวิจัยทุกท่านผ่านระบบ Google Meet เพื่อชี้แจง ทำความเข้าใจกับแนวคำถาม ขั้นตอนการสัมภาษณ์ให้มีความเข้าใจตรงกันก่อนดำเนินการสนทนากลุ่ม ในการสนทนากลุ่มมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนภาคละ 2 กลุ่มประกอบด้วย

1) กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน คือ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 คน ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 10 คน ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10 คน ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน และตำบลท่าไร่ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน

2) กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (CG) พยาบาลหรือผู้จัดการผู้ป่วยติดเตียง (CM) บุคลากรทางสุขภาพ พัฒนาชุมชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 คน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน คือ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 คน ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 10 คน ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10 คน ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน และตำบลท่าไร่ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน

3) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วยซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย 1) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 2) พัฒนาชุมชนจังหวัด 3) อาจารย์พยาบาล 4) แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 5) นายกเทศมนตรีเทศบาล 6) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 9) ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเอง และขอบันทึกการสนทนา

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

หลังจากที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปข้อเท็จจริง จากผลการศึกษามาสรุปผลการกำหนดประเด็นปัญหาข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แล้วนำประเด็นปัญหาทำการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แล้วนำมาเสนอแนะเป็นข้อเสนอต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งในการศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร มีการวิเคราะห์เนื้อหาโดยอิงตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ในการหาค่าร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำข้อมูลที่ได้ มาสรุปและจำแนกข้อมูล (Typological analysis) และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามแต่ละประเภท ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Methodological triangulation) ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง โดยการกำหนดรหัสข้อมูล จัดหมวดหมู่ข้อมูล และเชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นแนวเรื่อง ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไลซี (Colaizzi's method) (Colaizzi, 1978) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

(1) อ่านทบทวนข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดคำจากเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตามข้อมูลนั้น ๆ ผู้วิจัยใช้ปากกาสีเน้นข้อความระบายทับตัวหนังสือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการถอดความมากำหนดรหัสเบื้องต้น ซึ่งเป็นรหัสข้อมูล

(2) จัดการกับรหัสข้อมูลที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่ โดยนำรหัสที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกัน มารวมเป็นหมวดหมู่เดียวกัน และสร้างข้อสรุปย่อยชั่วคราว โดยได้นำไปให้ผู้แทนจากผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ และผู้อ่านผลจากการวิจัย สามารถตรวจสอบความตรงของรหัสกับข้อมูลดิบได้

(3) เขียนบันทึกเชิงปฏิบัติการเพื่อช่วยให้การสะท้อนคิดของผู้วิจัย ชี้นำทิศทางการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไปว่าจะเก็บอะไร จากใคร ด้วยแนวคำถามอะไร

(4) นำผลการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล มาสรุปรวบรวมอีกครั้ง เพื่อนำมาสร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราว พร้อมกับทำการบันทึกเชิงปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นฐานในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสร้างแนวคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

(5) ดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจนหรือยังไม่ลึกซึ้ง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง

(6) สร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราว ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นจนกระทั่งมีความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturated) คือ ไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก

(7) เขียนและขัดเกลาผลการวิเคราะห์ข้อมูล

3.9 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยที่ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ซึ่งผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง อ.944/2563 วันที่รับรอง 5 มีนาคม 2563 ผู้วิจัยเห็นความสำคัญมากในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเป็นเครื่องมือของการวิจัยต้องเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจทำให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด จะเห็นได้ว่าตลอดกระบวนการวิจัยมีทั้งการสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่มเข้าไปในเรื่องส่วนตัว ความรู้สึกนึกคิด และการสังเกต ซึ่งบางครั้งอาจละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการเก็บรักษาความลับ ความปลอดภัย คำถามที่ใช้ต้องไม่คุกคามอารมณ์ ความรู้สึก และเคารพสิทธิของผู้ให้ ผู้วิจัยจึงทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

- 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอน และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปไว้ เพื่อความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลและให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายชื่อให้ยินยอมด้วยทุกคนเป็นหลักฐาน
- 2) อธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ และถ้าหากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด
- 3) เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล
- 4) ตลอดการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ได้
- 5) ในระหว่างการสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย
- 6) ขณะที่สัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่มหากผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น สะเทือนใจ คับข้องใจจนไม่สามารถพูดคุยต่อไปได้ ผู้วิจัยยุติการสนทนาและอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ โดยการสัมผัสจับมือผู้ให้ข้อมูล โอบไหล่ด้วยความสำรวม และรองานกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะพูดคุย ต่อถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมหรือประสงค์ที่จะยุติการสนทนา ผู้วิจัยจะให้ผู้ให้ข้อมูลทำนั้นยุติการสนทนาและสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายในครั้งต่อไป
- 7) ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ ที่จะรับรู้ข้อมูลตลอดจนสามารถตรวจสอบข้อมูล ของตัวเองได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย
- 8) ในการนำเสนอข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้นามสมมติ เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เฉพาะเจาะจงผู้ใด

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหาผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) ศึกษาการเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และ 4) ศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผลการวิจัยอธิบายโดยการบรรยายประกอบตารางจำแนกได้ ดังนี้

4.1 สถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 277 คน มีทั้งเพศชาย และเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.30 และเพศหญิง ร้อยละ 47.70 มีอายุเฉลี่ย 72.75 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 51.60 รองลงมาคืออายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 32.50 และน้อยที่สุดคืออายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.90 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.40 รองลงมาเป็นหม้าย ร้อยละ 19.90 และเป็นโสดน้อยที่สุดร้อยละ 0.40 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 95.30 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ร้อยละ 2.50 และมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) น้อยที่สุดร้อยละ 2.20 และมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือดสมอง มากที่สุด ร้อยละ 63.90 รองลงมาโรคเบาหวาน และโรคไต ร้อยละ 19.10 และโรคมะเร็ง น้อยที่สุด ร้อยละ 17.00 ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.54 ปี โดยมีระยะเวลา ระหว่าง 1 – 5 ปี มากที่สุดร้อยละ 72.20 รองลงมา 6 – 10 ปี ร้อยละ 27.10 และน้อยที่สุดมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.70 มีอาชีพก่อนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 71.10 รองลงมาว่างงาน ร้อยละ 26.40 และรับราชการน้อยที่สุด ร้อยละ 0.40 รายได้ที่เคยได้ก่อนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 69.70 รองลงมา 5,001 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 28.20 และน้อยที่สุด 15,001 – 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 0.40 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	145	52.30
หญิง	132	47.70
อายุ (Mean=72.75, SD=6.91)		
60 - 69 ปี	90	32.50
70 - 79 ปี	143	51.60
80 ปีขึ้นไป	44	15.90
สถานภาพ		
โสด	1	0.40
สมรส	184	66.40
หม้าย	55	19.90
หย่า/แยก	37	13.40
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	264	95.30
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	6	2.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	7	2.50
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน และโรคไต	53	19.10
โรคความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือดสมอง	117	63.90
โรคมะเร็ง	47	17.00
ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Mean=4.54, SD=1.72)		
1 - 5 ปี	200	72.20
6 - 10 ปี	75	27.10
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	2	0.70

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพก่อนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
รับจ้าง	197	71.10
รับราชการ	1	0.40
ธุรกิจส่วนตัว	6	2.20
ว่างงาน	73	26.40
รายได้ที่เคยได้ก่อนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	193	69.70
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	78	28.20
10,001 – 15,000 บาท/เดือน	5	1.80
15,001 – 20,000 บาท/เดือน	1	0.40

2) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพึ่งพิงสมบูรณ์ (คะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน) ร้อยละ 56.70 รองลงมาคือ กลุ่มพึ่งพิงรุนแรง (คะแนน ADL อยู่ระหว่าง 5 – 8 คะแนน) ร้อยละ 39.70 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มพึ่งพิงปานกลาง หรือกลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL อยู่ระหว่าง 9 – 11 คะแนน) ดัชนีมวลกาย (BMI) (\bar{X} =18.11, SD=2.90) เมื่อพิจารณาตามสัดส่วนของเกณฑ์มาตรฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีรูปร่างผอมต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 78.70 รองลงมาคือ มีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 17.70 และน้อยที่สุดคือ มีรูปร่างอ้วน ร้อยละ 1.40 ผลการตรวจโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลในเลือด) ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 98.90 ผลการตรวจโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 92.70 มีแผลกดทับ ร้อยละ 60.65 และมีข้อติดแข็ง ร้อยละ 52.35 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกตามรายชื่อ (n=277)

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) (\bar{X} =4.66, SD=1.81)		
0 - 4 คะแนน กลุ่มพึ่งพิงสมบูรณ์	157	56.70
5 - 8 คะแนน กลุ่มพึ่งพิงรุนแรง	110	39.70
9 - 11 คะแนน กลุ่มพึ่งพิงปานกลาง หรือกลุ่มติดบ้าน	10	3.60
2) ดัชนีมวลกาย (BMI) (\bar{X}=18.11, SD=2.90)		
ผอม	218	78.70
สมส่วน	49	17.70
ท้วม	6	2.20
อ้วน	4	1.40
3) ผลการตรวจโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลในเลือด)		
ปกติ	274	98.90
ไม่ปกติ	3	1.10
4) ผลการตรวจโรคความดันโลหิตสูง		
ปกติ	257	92.70
ไม่ปกติ	20	7.30
5) มีแผลกดทับ		
มี	168	60.65
ไม่มี	109	39.35
6) ข้อติดแข็ง		
มี	145	52.35
ไม่มี	132	47.65

4.1.2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 277 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.00 มีอายุเฉลี่ย 45.76 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 43.70 รองลงมาอายุน้อยกว่าเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 34.30 และน้อยที่สุดอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 87.70 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.00 รองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 24.50 และน้อยที่สุดประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช) ร้อยละ 2.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.00 รองลงมาธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 24.50 และว่างงานน้อยที่สุดร้อยละ 6.10 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 66.10 รองลงมา น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 13.70 และน้อยที่สุด 20,001 – 25,000 บาท/เดือน ร้อยละ 1.80 มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 67.90 ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.54 ปี โดยมีระยะเวลาในการดูแลระหว่าง 1 – 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 72.20 รองลงมา 6 – 10 ปี ร้อยละ 27.10 และน้อยที่สุด มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.70 ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นบุตร ร้อยละ 58.80 รองลงมาเป็นหลาน ร้อยละ 18.40 และน้อยที่สุดคือเป็นบุตรสะใภ้ และญาติสนิท ร้อยละ 0.40 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในชุมชน

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	86	31.00
หญิง	191	69.00
อายุ (Mean=45.76, SD=9.41)		
น้อยกว่าเท่ากับ 40 ปี	95	34.30
41 – 50 ปี	121	43.70
51 – 60 ปี	43	15.50
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	18	6.50
สถานภาพ		
โสด	34	12.30
สมรส	243	87.70
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	68	24.50
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	43	15.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	86	31.00
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช)	6	2.20
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส)	46	16.60
ปริญญาตรีขึ้นไป	28	10.10
อาชีพ		
รับจ้าง	169	61.00
รับราชการ	23	8.30
ธุรกิจส่วนตัว	68	24.50
ว่างงาน	17	6.10

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	38	13.70
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	183	66.10
10,001 – 15,000 บาท/เดือน	16	5.80
15,001 – 20,000 บาท/เดือน	35	12.60
20,001 – 25,000 บาท/เดือน	5	1.80
ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
เพียงพอ	89	32.10
ไม่เพียงพอ	188	67.90
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Mean=4.54, SD=1.72)		
1 – 5 ปี	200	72.20
6 – 10 ปี	75	27.10
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	2	0.70
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ไม่เคย	139	50.20
เคย	138	49.80
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
บุตร	163	58.80
ภรรยา	46	16.60
สามี	15	5.40
หลาน	51	18.40
บุตรสะใภ้	1	0.40
ญาติสนิท	1	0.40

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้ทำงานประจำ และกลุ่มที่ทำงานประจำ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) กลุ่มที่ไม่ได้ทำงานประจำ ข้อค้นพบ คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนกลุ่มนี้ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือออกจากงานมาเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเดียว จึงทำให้ไม่มีรายได้ ใช้เงินจากเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ และญาติพี่น้องให้ใช้จ่ายรายเดือนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหาการเงินและเศรษฐกิจ 2) มีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่เพียงลำพัง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เราไม่มีงานทำ รายได้ก็ไม่มี ค่าใช้จ่ายก็เยอะ รอแต่ญาติพี่น้องเขาส่งให้ใช้แต่ละเดือน บางเดือนก็พอบางเดือนก็ไม่พอ...” (FCG 504)

“...รายจ่ายเยอะ มีแต่ของสิ้นเปลือง รายรับก็ไม่ค่อยมี ต้องประหยัดใช้เงินเท่าที่จำเป็น รายได้เสริมก็ไม่มี เงินจากหลวงก็ไม่ได้ ไม่รู้เขาไปขอกันยังไงเรามันทำไม่เป็นไม่รู้จะไปหาใครช่วย...” (FCG 410)

“...นี่ก็ดูแลไปยังนั้นแหละเราก็ไม่มีความรู้เยอะ รู้บ้างไม่รู้บ้าง อันไหนไม่รู้ก็ถามหมอที่อนามัยเอา ไม่ได้อบรม อาศัยทำบ่อยๆเรียนรู้เอาจดจำเอา...” (FCG 107)

“...เหมือนว่าเรายังไม่มีความรู้พอ บางที่อาการแปลกๆ เราก็ไม่รู้ว่ามันเกิดจากอะไร และจะต้องทำยังไง ก็ตกใจเหมือนกันนะ โทรหาคนโน้นคนนี้ให้เขามาช่วย หมอเขาให้เบอร์โทรไว้ เราก็โทรหาเขาและเล่าอาการให้เขาฟัง...” (FCG 308)

“...พี่ก็ทำทั้งวันเหมือนกันนะแทบจะไม่ได้หยุดเลย เขาก็ต้องอาบน้ำให้เช็ดตัวเปลี่ยนผ้าให้เค้า ทำความสะอาดเตียงนอนเค้า เสร็จแล้วเราก็มามหุงหาอาหารเราก็ต้องเตรียมให้ก่อนนะ เหลือจากเค้าแล้วเราค่อยทำกินเอง เตรียมข้าวเสร็จก็ต้องมาป้อนข้าวป้อนน้ำ ป้อนยา สารพัดกว่าจะเสร็จตอนเช้า เราถึงจะได้ไปอาบน้ำหาข้าวหาปลาที่สายแล้วห่มอ พอเราทำธุระส่วนตัวเราเสร็จแล้วก็มาทำกายภาพให้เค้า ทำกายภาพเสร็จถึงป้อนข้าวเที่ยงเค้า ช่วงบ่ายๆพอค่านอนเราถึงจะได้ทำงานบ้าน ซักผ้า ล้างจาน กวาดบ้านถูบ้าน ถ้าเค้ายังไม่ตื่นเราก็แอบจับหลับได้ ถ้าเขาเหยียว ชี้ เราก็ต้องเปลี่ยนผ้าล้างกันให้ เย็นก็หาข้าวให้กิน วันๆอยู่แต่อย่างงี้ ไม่ได้ไปไหนเลย ทั้งไปไหนไม่ได้ กลางคืนก็ต้องนอนเฝ้ากันตรงนี่แหละ...” (FCG 502)

(2) กลุ่มที่ทำงานประจำ ข้อค้นพบ คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนกลุ่มนี้ยังประกอบอาชีพหลักของตนเองอยู่ เพื่อหารายได้สำหรับไว้ใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ฉะนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงไม่มีความต่อเนื่อง หรือเป็นการทิ้งผู้สูงอายุไว้ที่บ้านเพียงลำพังและจะหาเวลากลับมาดูแลเป็นช่วงๆ หรือกลับมาตอนเลิกงานเลยทีเดียว ซึ่งญาติผู้ดูแลจะมีปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และ 2) ไม่มีญาติคนอื่นมาผลัดเปลี่ยนการดูแลดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เราต้องตื่นแต่เช้ามาดูแลเขาเปลี่ยนผ้าอาบน้ำเช็ดตัวให้ และก็ต้องรีบทำอาหารสำหรับเขาด้วยสำหรับเราด้วย เตรียมให้พร้อมเลย เราก็ค่อยไปอาบน้ำเตรียมตัวไปทำงาน ป้อนข้าวเช้าแกก่อน ทำอะไรให้แกเสร็จเราก็ค่อยออกไป

ทำงาน ก็ทำงานใกล้ๆ แถวนี่แหละค่ะเที่ยงเราก็กิน
จะได้กลับมาดูแลได้มาป้อนข้าวป้อนน้ำดูแล
เปลี่ยนผ้าให้ก่อนไปทำงานต่อช่วงบ่าย ตกเย็นก็
ค่อยกลับมาดูแลอีกที ก็ทำแบบนี้ทุกวัน ยกเว้น
วันหยุดเราถึงจะได้อยู่กับแกทั้งวัน...” (FCG
103)

“...เวลาไปทำงานก็ต้องทิ้งเค้าไว้คนเดียวที่บ้าน
แกพอที่จะหยิบจับข้าวกินเองได้ เราก็กวางข้าวไว้
ข้างๆ เองเลยแก เลิกงานตอนเย็นค่อยได้มาดูแล
แกต่อ มันไม่มีคนเปลี่ยนจริงๆ ก็ต้องทำแบบนี้
แหละ...” (FCG 510)

“...ญาติคนอื่นไม่มาช่วยหรอก เขาทำงานกัน
นานๆ มาดูที เขาก็ส่งแต่เงินมาให้เฉพาะที่ใช้จ่าย
ดูแลเค้า เราก็กต้องทำงานช่วยตัวเองหาเงินใช้
ของเราทำไม่ได้...” (FCG 409)

2) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
มีกิจกรรมหลัก ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวันมีหลากหลายกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ
ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทำตัวเอง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นพยาบาล
ประจำครอบครัวของตนเอง โดยมีข้อค้นพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมอาหารสำหรับผู้
สูงอายุ 2) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย 3) การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การดูแลรักษา
สุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ จากการศึกษพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ วัน คือการเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
เป็นกิจกรรมหลักที่ผู้ดูแลปฏิบัติทุกเช้า หลังจากตื่นนอน เป็นกิจกรรมที่ขาดไม่ได้ เพราะกลัวว่า
ผู้สูงอายุจะหิวและได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ตื่นตั้งแต่เช้ามีดมาหุงข้าว ทำกับข้าว เตรียมไว้ให้เค้า(ผู้สูงอายุ) เค้าตื่นมาจะได้มีอะไรกิน กลัวเค้าจะหิวคนแก่มั่นหิวง่าย ต้องให้เค้ากินตรงเวลา...” (FCG 108)

“...เตรียมอาหารให้แม่ก่อนเลยอันดับแรก เพราะเราต้องทำให้สะอาด และต้องปั่นเตรียมไว้ให้พร้อม ทำไว้ที่เดียวเลยทั้งมือเช้า กลางวัน เย็น ของที่จะต้องให้ตอนเที่ยงกับตอนเย็นก็จะเอาเข้าตู้เย็นไว้แล้วเราค่อยเอาออกมาอุ่นใหม่...” (FCG 206)

“...ต้องทำกับข้าวกับปลาให้ทุกคนในบ้านและก็แบ่งไว้ให้แก แกกินได้ไม่เยอะแต่ก็ต้องทำไว้ให้แกกินเพื่อหิว...” (FCG 310)

“...เราเห็นแม่แกกินได้เราก็ดีใจนะ เราก็ต้องลูก(ตื่นและลุกออกจากที่นอน) มาทำกับข้าว เดี่ยวแม่ตื่นมาหิวจะได้กิน ไม่ต้องรอนาน คนแก่เวลาหิวแล้วไม่ได้กินเค้าจะเป็นลมได้ง่ายกว่าพวกเรา...” (FCG 404)

“...ทำอาหารให้พร้อมตั้งแต่เช้าเลย สายๆ มาจะได้ทำอย่างอื่น บ้อนข้าวบ้อนน้ำให้แกอึมนอนพักสักหน่อยแล้วค่อยอาบน้ำให้แก แล้วเราค่อยกินข้าวทีหลัง...” (FCG 506)

(2) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย จากการศึกษาพบว่า สิ่งที่ญาติผู้ดูแลจะต้องทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ การทำความสะอาดร่างกายให้ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการอาบน้ำได้ ญาติผู้ดูแล

จึงต้องช่วยเหลือในการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ไม่ให้สกปรกเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุ ติดเชื้อได้ง่าย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...จะอาบน้ำให้ตอนสายๆ เพราะแก่จะหนาว คนแก่ขี้หนาว ต้องรอสายๆ เลยค่อยอาบน้ำ ประมาณ 10 โมงเข้าไปแล้ว ถ้าถ่ายก็ค่อยเช็ด ทำความสะอาดเอา และก็อาบน้ำอีกทีตอนบ่าย 3 แยกๆ...” (FCG 106)

“...ตื่นมาก็ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าเช็ดตาก่อนแล้ว ให้กินข้าว นั่งพักสักหน่อยสาย 8,9 โมงค่อยอาบน้ำ คนแก่อาบน้ำแต่เช้าเค้าหนาว สั่นมาก เลยนะ ก็เลยเปลี่ยนไปอาบน้ำตอนสายๆ ถ้าวันไหนอากาศหนาวก็ไม่อาบน้ำเช็ดตัวให้ก็พอ และก็ห่มผ้าให้แกหนาวๆ...” (FCG 207)

“...อาบน้ำให้วันละครั้งเดียวตอนเที่ยงๆ อาบน้ำเข้าอาบเย็นไม่ได้ เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทำความสะอาดเตียงให้เค้าสะอาดๆ หมออนามัยเค้าบอกว่าถ้าเตียงสกปรกมันหมักหมมเชื้อโรค คนไข้จะติดเชื้อยังเป็นคนแก่มีแผลติดเชื้อง่าย...” (FCG 308)

“...เช้าก็ให้กินข้าวก่อนหลังจากนั้นก็อาบน้ำ อาบน้ำทำให้เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทำความสะอาดรอบๆเตียงเพราะให้กินข้าวบนเตียงเผื่อมีเศษอาหารกับคงกับข้าวหล่นบนที่นอนมดจะขึ้นเอามดมันขึ้นจริงๆนะเวลามันกัดคนแก่เค้าจะเป็นแผลง่าย...” (FCG 401)

“...ความสะอาดของร่างกายและเตียงนอน คนไข้เป็นสิ่งสำคัญ ป้าจะคอยดูแลทำความสะอาดอยู่ตลอดเวลาถ้าว่างนะ อาบน้ำให้พอ

เข้าเย็น ให้เค้าได้สดชื่น ใจเขาใจเราลองนึกดูตัว
เราถ้าไม่ได้อาบน้ำก็เหนียวตัวไม่สบายตัว...”
(FCG 510)

(3) การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ จากการศึกษพบว่า การฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ ก็เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลคอยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะจะเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดแข็งได้ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงต้องมีการฝึกและหาความรู้สำหรับการทำกายภาพบำบัดให้ผู้สูงอายุเองที่บ้าน หากเกิดความพิการที่รุนแรงขึ้นกว่านี้จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความลำบากในการดูแลเพิ่มมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...กล้ามเนื้อแกลึบไม่มีแรงแล้วเราก็ต้องคอย
บีบนวด จับยกแขนยกขา ทำกายภาพให้แก...”
(FCG 110)

“...แกข้อติดยึดเหยียดยากมาก หมอบอกว่าอยู่
ว่างๆก็ต้องทำกายภาพให้บ่อยๆ เราก็ทำเท่าที่
ทำได้ ใ้อื่เราก็กลัวเหมือนกัน ทำที่เจ็บทีแกก็ร้อง
ลั่น เราก็ไม่กล้าทำต่อละ...” (FCG 205)

“...ออกกำลังกายให้แม่เค้าทุกวัน ยึดเหยียด งอ
เข่า ตามข้อต่างๆ ก็งอเข่างอออกให้มันยึดได้
กลิ้งแม่แกเกิดข้อติด เห็นบ้านอื่นเขาเป็นนะ
สงสาร และก็ดูแลยากด้วย...” (FCG 501)

(4) การดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ จากการศึกษพบว่า ญาติผู้ดูแลจะปฏิบัติหน้าที่ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวัน โดยจัดเตรียมยาที่รักษาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ยังต้องดูแลในยามป่วยไข้ เช่น เช็ดตัวลดไข้ จัดหาอาหารสำหรับบรรเทาอาการป่วยไข้ในเบื้องต้น ตลอดจนการพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...แกมีโรคประจำตัวด้วย ก็ต้องรักษากับหมอตลอด ตัวแกไม่ได้ไปหรอก เราไปเอายาแทนก็ไปบอกหมอเค้าว่าอาการเหมือนเดิม หมอก็จัดยาให้มา 3 เดือน ก็จัดให้แกกินทุกวัน...” (FCG 202)

“...เวลามีไข้ก็ใช้ปรอทที่ อสม.เค้าแจกมาวัดไข้ให้ก่อน ให้กินยาพารา และก็เช็ดตัว ทำในเบื้องต้นก่อนเพราะเราพาเค้าไปโรงพยาบาลลำบากจะไปทีนี่ก็ต้องเดือนร้อนคนหลายคนช่วยกัน...” (FCG 301)

“...เวลาเป็นเยอะมีไข้สูงตัวร้อนเราจะรู้เลยพาไปโรงพยาบาล หมอเขาก็บอกว่าติดเชื้อต้องนอนให้ยาฆ่าเชื้อที่โรงพยาบาลก่อน พออาการดีขึ้นเขาก็ให้กลับบ้าน...” (FCG 409)

4.2 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหา ผลกระทบความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

4.2.1 ปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ด้านปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แบ่งออกเป็น 2 ปัญหาหลัก ๆ คือ ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล และปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.31, SD=.47) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่เป็นปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ปัญหาด้านความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) (\bar{X} =3.46, SD=.68) รองลงมา ปัญหาด้านอาการทางกาย (Somatic Symptoms) (\bar{X} =3.29, SD=.55) และด้านที่มีปัญหาน้อยที่สุด ปัญหาด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) (\bar{X} =3.21, SD=.63) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำแนกรายด้าน และภาพรวม (n=277)

ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ด้านความบกพร่องทางสังคม	3.46	.68	ไม่ตีมาก
2. ด้านอาการทางกาย	3.29	.55	ปานกลาง
3. ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ	3.26	.59	ปานกลาง
4. ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง	3.21	.63	ปานกลาง
ภาพรวม	3.31	.47	ปานกลาง

จากผลการศึกษาในตารางที่ 4 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ระดับของปัญหารายด้านในแต่ละข้อ ซึ่งพบว่าผลการศึกษามีดังนี้

(1) ปัญหาด้านความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านความบกพร่องทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ระดับ 3 อันดับ คือ รู้สึกว่าตนเองสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ไม่ดี อยู่ในระดับไม่ตีมากที่สุด ($\bar{X}=4.74$, $SD=.73$) รองลงมา รู้สึกว่าไม่มีเวลาออกไปพบปะเพื่อน ๆ / เพื่อนบ้านหรือคนอื่น ๆ มากขึ้น อยู่ในระดับไม่ตีมาก ($\bar{X}=3.65$, $SD=1.35$) และรู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในครอบครัว และชุมชนลดลง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38$, $SD=1.55$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านความบกพร่องทางสังคม จำแนกตามรายข้อ และภาพรวม (n=277)

ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)	\bar{X}	SD	แปลผล
1. รู้สึกว่าตนเองสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ไม่ดี	4.74	.73	ไม่ตีมากที่สุด
2. รู้สึกว่าไม่มีเวลาออกไปพบปะเพื่อน ๆ หรือคนอื่น ๆ มากขึ้น	3.65	1.35	ไม่ตีมาก
3. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในครอบครัว	3.38	1.55	ปานกลาง
4. รู้สึกว่าตนเองทำอะไรซ้ำกว่าปกติ	3.30	1.18	ปานกลาง
5. หาอะไรทำตลอดเวลาเพื่อให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	3.24	1.19	ปานกลาง
6. มีความพอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไปได้ด้วยดี	3.03	1.44	ปานกลาง
7. มีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้	2.87	1.26	ปานกลาง
ภาพรวม	3.46	.68	ไม่ตีมาก

(2) ปัญหาด้านอาการทางกาย (Somatic Symptoms)

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านอาการทางกายที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับ คือ ปวดเมื่อยตามร่างกายอยู่เสมอ ๆ มีค่าเฉลี่ย สูงที่สุดอยู่ในระดับไม่ดีมาก ($\bar{X}=3.60$, $SD=1.48$) รองลงมา รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ท้ายทอย หัวไหล่ และสะบัก อยู่ในระดับไม่ดีมาก ($\bar{X}=3.42$, $SD=1.26$) และ รู้สึกว่าร่างกายเริ่มทรุดโทรม และสุขภาพแย่กว่าเดิมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.32$, $SD=1.18$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านอาการทางกาย จำแนกตามรายชื่อ และภาพรวม (n=277)

อาการทางกาย (Somatic Symptoms)	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ปวดเมื่อยตามร่างกายอยู่เสมอ ๆ	3.60	1.48	ไม่ดีมาก
2. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ท้ายทอย หัวไหล่ฯ	3.42	1.26	ไม่ดีมาก
3. รู้สึกว่าร่างกายเริ่มทรุดโทรมและสุขภาพแย่กว่าเดิม	3.32	1.18	ปานกลาง
4. มีอาการวูบร้อน ๆ หรือหนาว ๆ บ่อยครั้ง	3.31	1.25	ปานกลาง
5. มีความต้องการยาบำรุงร่างกายเพื่อให้มีพลังกำลัง ๆ	3.29	1.19	ปานกลาง
6. ปวดศีรษะและเวียนศีรษะเป็นประจำ	3.10	1.06	ปานกลาง
7. รู้สึกว่าตนเองไม่สบายบ่อยขึ้น	3.06	1.08	ปานกลาง
ภาพรวม	3.29	.55	ปานกลาง

(3) ปัญหาด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านอาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ ที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับ คือ นอนหลับไม่สนิท จนต้องตื่นขึ้นมากลางดึกบ่อย ๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดีมาก ($\bar{X}=3.61$, $SD=1.36$) รองลงมา รู้สึกว่าช่วงนั้นนอนไม่หลับเพราะมีความกังวลใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดีมาก ($\bar{X}=3.48$, $SD=1.12$) และรู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, $SD=1.15$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ จำแนกตามรายข้อ และภาพรวม (n=277)

อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)	\bar{x}	SD	แปลผล
1. นอนหลับไม่สนิทจนต้องตื่นขึ้นมากกลางดึกบ่อย ๆ	3.61	1.36	ไม่ดีมาก
2. รู้สึกว่าช่วงนั้นนอนไม่หลับเพราะมีความกังวลใจ	3.48	1.12	ไม่ดีมาก
3. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	3.26	1.15	ปานกลาง
4. รู้สึกหงุดหงิด และอารมณ์ไม่ดีบ่อยครั้ง	3.19	1.29	ปานกลาง
5. รู้สึกกังวล กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	3.16	1.26	ปานกลาง
6. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา	3.13	1.19	ปานกลาง
7. รู้สึกว่ามีเรื่องราวต่าง ๆ ทับถมจนรับไม่ไหว	3.05	1.27	ปานกลาง
ภาพรวมรายด้าน	3.26	.59	ปานกลาง

(4) ปัญหาด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับ คือ มีความคิดที่จะทำร้ายร่างกายตนเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดีมาก ($\bar{x}=3.87$, $SD=.45$) รองลงมา คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดีมาก ($\bar{x}=3.44$, $SD=1.49$) และรู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง ท้อแท้ และสิ้นหวัง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.07$, $SD=1.22$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง จำแนกตามรายชื่อ และภาพรวม (n=277)

อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)	\bar{X}	SD	แปลผล
1. มีความคิดที่จะทำร้ายร่างกายตนเอง	3.87	.45	ไม่ดีมาก
2. คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า	3.44	1.49	ไม่ดีมาก
3. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง ท้อแท้ และสิ้นหวัง	3.07	1.22	ปานกลาง
4. มักจะนั่งอยู่ในมุมมืดคนเดียว	3.06	1.25	ปานกลาง
5. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลย ๓	3.05	1.23	ปานกลาง
6. มักจะร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุอยู่บ่อยครั้ง	3.03	1.27	ปานกลาง
7. รู้สึกว่าตนเองทำอะไรไม่คุ้มค่าเท่าที่ควรจะเป็น	3.02	1.24	ปานกลาง
ภาพรวมรายด้าน	3.21	.63	ปานกลาง

จากการศึกษาเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณในหลายประเด็น พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาอยู่ 3 ประเด็น คือ 1) ปัญหาสุขภาพทางกาย ดังนี้ 1.1) ปวดเมื่อยตามเนื้อตามร่างกาย ได้แก่ ปวดแขน ปวดมือ มือชา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง 1.2) การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ได้แก่ หลังเสื่อม 2) ปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวล การนอนไม่หลับ เครียด และซึมเศร้า ซึ่งมีสาเหตุมาจาก 2.1) ภาระในการดูแล 2.2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2.3) ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และ 3) ปัญหาความบกพร่องทางสังคม ข้อค้นพบคือการถดถอยออกห่างจากสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) ปัญหาสุขภาพทางกาย

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพทางกายของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ได้แก่ ปวดแขน ปวดมือ มือชา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง และมีการเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ได้แก่ หลังเสื่อม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ปวดเมื่อยไปหมด เพราะว่าเราต้องออกแรงยกพ่อคนเดียว เขาเป็นผู้ชายตัวใหญ่หนักก็มาก ปวดแขนมากกับปวดหลังนี้แหละ...” (FCG 102)

“...ปวดแขนมาก ๆ บางที่เราขณะยกตัวแกนจะ
แขนเราดันไปโดนกับเหล็กข้างเตียงเจ็บมาก
จะทิ้งก็ไม่ได้ต้องทนเอา บางที่เราก็ยกผิดท่า
หลังนี่ยกไปหมด...” (FCG 303)

“...มือไม้ชานะตอนนี้ที่เริ่มมีอาการชาแล้วนะ
ปวดร้าวลงไปที่แขน เวลาที่เรายกตัวเค้าเปลี่ยน
ผ้าเปลี่ยนแพมเพิร์สอะไรอย่างนี้ และส่วนมาก
นะจะปวดช่วงหลังและแขนเพราะเราต้องออก
แรงเกร็งใจ...” (FCG 508)

“...เหนื่อย เหนื่อยจริง ๆ คนแก่เนาะแก่ทั้ง
น้ำหนักตัวมาหาเราทั้งหมดแกไม่สามารถช่วย
เบาแรงให้เราได้เลย เราออกแรงดีก็ออกแรงยก
พอทำเสร็จนะที่นี้แขนเราก็ปวด ปวดมากมันจะ
ไม่ไหวเอา ยิ่งวันไหนออกแรงมาก ๆ นะ
หลังยกได้...” (FCG 401)

“...ตอนที่เราเช็ดตัวอาบน้ำให้แม่ พอเช็ดได้
ลึกลับกะเวลาเราต้องเกร็งตัวมันรู้สึกแปล๊บ ๆ
ที่สันหลัง มันปวด บางทีไม่ไหวก็นั่งมันลงข้าง ๆ
เตียงแม่นั้นแหละต้องหยุดพักทันที มันทำต่อ
ไม่ไหว พอหายปวดก็ค่อยเช็ดตัวให้ใหม่ หลังเรา
มันเสื่อมขึ้นทุก ๆ วัน เหมือนกันนะ เริ่มไม่ค่อย
จะดีแล้ว...” (FCG 204)

สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพทางกายของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในภาพรวมแล้วพบว่า มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ที่เห็นได้ชัดคือ ปวดแขน ปวดมือ ปวดหลัง
นอกจากอาการปวดเมื่อยแล้วยังพบว่า สภาพร่างกายของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
มีการเสื่อมไปในทางที่แย่ลงโดยเฉพาะปัญหาของกระดูกสันหลัง ซึ่งอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
กับสุขภาพทางกายของญาติผู้ดูแลเหล่านี้เป็นผลมาจากการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เนื่องจากต้องออกแรงในการทำกิจกรรมการดูแลคนเดียว เช่น การยกตัวผู้สูงอายุเพื่อไปอาบน้ำ

การเปลี่ยนผ้าปูเตียง การทำกายภาพบำบัดให้กับผู้สูงอายุ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องออกแรงมาก ๆ โดยไม่มีการป้องกันการบาดเจ็บ จึงเป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นได้ และการเจ็บป่วยนี้หากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องญาติผู้ดูแลจะกลายเป็นผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

(2) ปัญหาสุขภาพจิต

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาสุขภาพจิต คือ ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ เครียด และซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตนั้นมี 3 ประเด็น คือ ภาระในการดูแล ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ภาระในการดูแล ข้อค้นพบคือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้แบกรับภาระทุกอย่างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาทิเช่น การทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลเรื่องงานบ้านต่าง ๆ และการดูแลเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาระอันหนักเหล่านี้ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสมเรื่อยมา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...บางทีก็เหมือนเราแบกรับภาระไว้คนเดียว มันก็เครียดนะ คือเราอยู่ห่างแกไม่ได้เลยต้องคอยดูอย่างใกล้ชิด กั้นห้องกระจกไว้สำหรับมองดูแกได้ เราจะได้เห็นถ้าแกมีอาการเปลี่ยนแปลง เคยมีนะแกเกือบตายเลยเรามองไปเห็นเหมือนแกหายใจไม่ออก แกทำอึกอึกอึกอึก แบบคนกระสับกระส่าย ตันมาเป็นตอน 2 ทุ่ม ไอ้เราก็กำลังจะนอนพอดีก็เลยมองผ่านกระจกเข้าไปเลยเห็นเราก็ตกใจทำไม่ว่าแต่ตาเหลือก ก็เลยรีบเข้าไปดูเอายามาพ่นเข้าจมูกให้แก สักพักอาการก็ดีขึ้น ถ้านอนกันคนละห้องแบบห้องที่บนะป่านนี้ตายไปแล้วนะ...” (FCG 409)

“...การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแบบนี้ มันก็หนักอยู่นะ เครียดด้วย เราไม่ใช่หมอพยาบาลไม่ได้เรียนมาทางนี้ก็รู้อ่างไม่รู้บ้าง อะไรไม่รู้”

ก็ถามหมอเอา ก็ต้องดูแลให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้
 กลัวอยู่อย่างเดียวคือ กลัวแกติดเชื้อ แกจะคอ
 ก็ต้องเช็ดทำความสะอาดไม่ให้มันติดเชื้อ
 ทำอย่างดีทุกอย่างต้องสะอาด ใส่ถุงมือทุกครั้ง
 กลัวเชื้อโรคเข้าไป ต้องทำตาม หมอ
 ที่โรงพยาบาลเขาแนะนำมา อะไรที่ไม่รู้
 ก็ต้องถามหมอก็ได้ความรู้จากหมอนี้แหละ...”
 (FCG 303)

“...ต้องอยู่ใกล้ชิดกับเค้าตลอดเวลา จะได้เห็น
 อาการเปลี่ยนแปลง บางทีก็เหมือนเป็น
 ประสาทต้องคอยดูตลอดขนาดนอนหลับแล้ว
 ก็ยังต้องลุกขึ้นมาดูใกล้ ๆ เราก็กังวล จนเรา
 จะเป็นโรคประสาท เครียดนะ อยู่กับเค้า
 ดูแลเค้า วัน ๆ มีแต่กิจกรรมที่ต้องทำกับเค้า
 ทั้งนั้น...” (FCG 104)

“...ท้อ.....เหนื่อย เหมือนเราต้องมารับกรรม
 มันอาจเป็นกรรมที่ทำไว้ชาติก่อนก็ได้นะชาตินี้
 เลยต้องมาใช้กรรม...” (FCG 504)

ห่วง กังวลกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อค้นพบคือ ญาติผู้ดูแล
 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีความห่วงใยสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีความกังวลใจ
 กับอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่มาก
 ญาติผู้ดูแลก็มีความกังวลมากจนทำให้เกิดความกลัว และเครียดในที่สุด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เครียดค่ะคุณ หมอ ไม่ได้ไปไหนเลย
 คอยดูแลพ่ออย่างเดียวเลย แกเป็นหนัก
 เป็นเยอะอาการก็ตีบ้างไม่ตีบ้าง นี่ก็กังวลใจ
 ไม่อยากออกไปไหนถ้าเราออกไปแล้ว
 จังหวะนั้นแกเป็นอะไรขึ้นมาเราก็ไม่รู้อีก

เราจะรู้สึกผิด แยกตายอยู่กับเราซะยังดีกว่านะ
ยอมรับว่ากังวลอยู่..." (FCG 206)

"...เค้ามีเสลดเยอะ ต้องคอยดูดออกให้
วันไหนที่มีเสลดเยอะผิดปกติ วันนั้นแกจะมีไข้
ตัวร้อน ไม่อยากให้แกมีไข้ มันเครียด กังวล
กลัวเกิดเหตุการณ์ไม่ดีขึ้น เลยต้องดูแลอย่างดี
สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด..." (FCG 306)

"...เป็นห่วงแกเหมือนกันนะ เวลาที่เรา
ออกไปทำงาน ก็ทิ้งคนแก่วัยอยู่คนเดียว
เป็นอะไรขึ้นมาก็ไม่มีคนเห็น พี่ถึงได้รับกลับ
ไม่ไปต่อที่ไหนกับใคร มันก็เครียดมากขึ้น
บางวันที่ไปทำงานก็เป็นห่วง พักเที่ยง
ก็รีบกลับมาดูแลแม่ที่บ้าน ตอนที่แกยังไม่ป่วย
นะเราไปทำงานตอนเที่ยงนี่ก็จะนอนพักผ่อน
ที่ทำงานแต่ตอนนี้ไม่ได้พักเลย..." (FCG 505)

"...แกใส่สายสวนฉี และมันเคยตกตะกอน
จนติดเชื้อ มีไข้ เราก็กังวลว่าแกจะเป็นอะไรมัย
ต้องพาไปโรงพยาบาล หมอฉีดยาฆ่าเชื้อให้
และให้นอนโรงพยาบาล อยู่โรงพยาบาล
เราก็กลั้วนะมันมีแต่เชื้อโรคอยู่บ้านเราสะอาด
กว่า ..." (FCG 407)

"...ไม่มีเวลาไปไหนมาไหนเลย มีภาระ
ที่ต้องดูแล ก่อนที่แกจะป่วยเราก็มีเวลา
ไปไหนมาไหนได้ พอแกป่วยติดเตียง ทุกอย่าง
ต้องหยุดเราต้องเฝ้าตลอด แกมีสายยาง
ให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ต้องดูแลเป็นพิเศษ

“เพราะกลัวติดเชื่อเดี๋ยวมันจะเป็นเรื่องใหญ่...”

(FCG 110)

“...บางทีก็นั่งคิดคนเดียวนะ ว่าถ้าตายไปสักคน คงจะดีจะได้หมดปัญหาไป ญาติพี่น้องคนอื่น เขาจะได้มาดูแลแทน มันเหนื่อยมากเหลือเกิน...”

(FCG 205)

ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงมาก อาทิเช่น ไม่มีรายได้ประจำ หรือทำงานประจำไม่เต็มที ค่าใช้จ่ายสูงไม่เพียงพอต่อการดูแล ได้แก่ ค่าซื้ออุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน สายยางดูดเสมหะ แพนมเพิร์ส เป็นต้น ค่าใช้จ่ายสูงมาก จนเกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ของที่เขาแจกให้ก็มีบ้างบางส่วน แต่ส่วนใหญ่แล้วไม่พอหรอก ค่าใช้จ่ายเยอะ รายได้ก็น้อย เงินผู้สูงอายุก็ไม่พอหรอก แค่นั้นเอง ซื้อไอ้นั้นไอ้นี้ก็หมดแล้ว ที่จำเป็นต้องใช้หลัก ๆ ก็คือแพนเพิร์ส วันหนึ่งใช้เยอะมาก เดือนหนึ่งไม่ใช้ก็ต้องยอมซักผ้าบ่อยขึ้น มันก็เครียดแหละ เวลาที่มันไม่พอ ก็ไม่รู้จะทำยังไง...” (FCG 204)

“...ไม่คิดว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะมีค่าใช้จ่ายเยอะมากขนาดนี้ เครียดอยู่คะ รายได้ก็น้อยค่าใช้จ่ายก็สูง แต่เราก็ประหยัด มีอะไรที่เราทำได้เองก็ทำใช้ อะไรที่หลง เขาสนับสนุนให้มากก็ใช้อย่างประหยัด ...” (FCG 404)

“...เครื่องดูแลผมก็มีแล้ว แต่หนักไปกว่านั้นคือ ต้องซื้อสายยางดูดผมด้วยใช้เยอะมาก ของพวกนี้ใช้ซ้ำก็ไม่ได้นะ เขาจะติดเชื้อ หมดเงินเยอะกับของพวกนี้แหละ...” (FCG 303)

“...ไม่มีเงินใช้จ่าย ในบางวันมันเหมือนชีวิตนี้ มันไม่เหลืออะไรแล้ว บางทีก็คิดอยากตายนะ ใครไม่จนไม่มีวันรู้หรอกว่าความรู้สึก มันเป็นอย่างไง มันหมดหวังสิ้นหวัง รอคอย แต่ความช่วยเหลือจากคนอื่น ดูแลกันไปถึงวัน ก็ตายจากกันไป...” (FCG 406)

สรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ เครียด และซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตนั้นมี 3 ประเด็น คือ ภาวะในการดูแล ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ญาติผู้ดูแลจะมีความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุ ทำให้ญาติผู้ดูแลนั้นแสดงออกถึงการนอนหลับไม่สนิทจนต้องตื่นขึ้นมากลางดึกบ่อย ๆ รู้สึกว่า ช่วงนั้นนอนไม่หลับ และรู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร ในส่วนของการซึมเศร้า ญาติผู้ดูแลจะมีความท้อแท้และสิ้นหวังในชีวิตเนื่องมาจากปัญหาหลายอย่าง เช่น การเงิน เศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมองว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า คือ ไม่มีงาน ไม่มีรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และมีบางความคิดที่นำไปสู่การคิดที่จะทำร้ายตนเอง เพื่อหนีปัญหาซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเหล่านี้หรือความเครียดมี 3 ประเด็น คือ 1) ภาวะในการดูแลที่มากเกินไปต้องดูแลอย่างต่อเนื่องทุกวันไม่มีวันหยุด 2) ความเป็นห่วงและกังวลกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแล สูงกว่ารายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือน ทำงานประจำไม่เต็มที และไม่มีรายได้เสริม รายได้หลักน้อยเกินไป

(3) ปัญหาความบกพร่องทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการถดถอยออกห่างจากสังคม เนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งวันไม่สามารถออกไปพบปะผู้คนได้เหมือนเมื่อก่อน ไม่สามารถทิ้งผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงไว้ตามลำพังได้เพราะมีความกังวลใจและกลัวว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดีขึ้นกับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน บางรายถึงกับมีปัญหาเรื่องการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาเรื่องส่วนตัว และปัญหาครอบครัวของตนเองเพราะหมกมุ่นอยู่กับเรื่องของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จนทำให้สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลลดลง รวมทั้งยังไม่มีส่วนร่วมกับชุมชน ในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมเหมือนในอดีต ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ข้าไม่ได้ออกไปเที่ยวไหนเลย ตั้งแต่ดูแลแม่ มาเนี้ ไอ้เราเป็นคนชอบสนุก มีเพื่อนเยอะ ชอบไปกับเพื่อน ๆ ทำกิจกรรมกันสนุกสนาน แต่ตอนนี้นะ อยู่แต่บ้าน เฝ้าแต่แม่ ดูแลตั้งแต่ เข้ายันเย็น ยันมืดค่ำเลยก็ว่าได้ พอแม่แก่หลับ ตอนกลางคืนเราก็หมดแรงแล้ว อยากนอน อย่างเดียว...” (FCG 102)

“...ไม่มีกิจกรรมร่วมกับคนในหมู่บ้านเลย เขามีงานมีการกันสนุกสนาน เราก็ได้แต่ ฟังเสียงเขากัน ก็เรามันไปร่วมไม่ได้ จะทิ้งแก ไว้ที่บ้านคนเดียวก็กลัวเป็นอันตราย ก็ต้องตัดใจ อยู่กับบ้านดีกว่า...” (FCG 301)

“...คิดแต่กับพ่อวัน ๆ คิดแต่กับว่าจะต้อง ดูแลพ่อ บางทีเรื่องของเราเอง เรื่อง ในครอบครัวของเราเอง บางอย่างเราตัดสินใจ ไม่ได้ ต้องให้คนอื่นตัดสินใจ บางทีก็ให้ลูก ตัดสินใจแทนเราไปเลย บางทีก็ส่งสารลูกนะ เราไม่ค่อยมีเวลาให้เค้าเลย แค่นคนในครอบครัว ของเรา เรายังไม่มีเวลาให้เลย แล้วเราจะมีเวลา ไปร่วมกิจกรรมกับคนในหมู่บ้านหรือ...เลิกคิด ไปเลย...” (FCG 405)

“...เมื่อก่อนผมไปเตะบอลทุกวัน มีเพื่อนฝูง เยอะเลยครับ เเตะบอลเสร็จก็นั่งสังสรรค์กัน สนุกสนานครับ โดยเฉพาะช่วงที่มีแข่งกีฬา อบรม. สนุกมาก ๆ ครับ ผมไปร่วมทุกครั้งเลย ครับ แต่มา 2 ปีนี้ผมไม่ได้ไปร่วมกับเขาเลย เพื่อน ๆ ก็ชวนแต่ไปไม่ได้ครับ ต้องอยู่ดูแลพ่อ แกตลอดเวลาเลยครับ มันเป็นงานหนักนะครับ แรก ๆ เพื่อน ๆ ก็แวะมาถามข่าวคราวอยู่ แต่พอนานไปเพื่อน ๆ ก็ค่อย ๆ หายไปที่ละคน สองคน ตอนนี้เหมือนเราอยู่ในโลกส่วนตัว เราคนเดียว...” (FCG 210)

“...พี่ทำงานบริษัทตื่นเช้ามาก็รีบหุงหาอาหาร ดูแลท่านให้เสร็จภารกิจและค่อยไปทำงาน ที่ทำงานก็อยู่ใกล้บ้านนี่ละ กังวลนะเวลาที่เรามาทำงานก็กลัวเกิดเรื่องไม่ดีขึ้นกับแคนะ แต่ทำใจได้ละถ้าเราไม่ไปทำงานเราก็ไม่มีเงินมา ดูแลครอบครัว เรามีกันแค่สองคนแม่ลูก พักเที่ยงก็รีบกลับมาดูท่าน ป้อนข้าวเที่ยง เปลี่ยนผ้า ป้อนยาเสร็จ บ่ายโมงก็รีบกลับไปทำงาน เลิกงานก็รีบกลับมา ไม่มีเวลาได้อยู่ กินเที่ยวกับเพื่อน ๆ ที่บริษัทเลย อย่างที่แต่ ที่บริษัทเลยในชุมชนที่พี่อยู่นี้ พี่แทบจะไม่รู้จักใครเลยเพราะเราไม่ได้ออกไปมีส่วนร่วมทำงาน กับชุมชนเขา...” (FCG 508)

สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านความบกพร่องทางสังคมมีปัญหาหลัก ๆ อยู่ 2 ประเด็น คือ การถดถอยออกจากสังคม ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุเนื่องจากจะต้องให้การดูแล อย่างใกล้ชิด เพราะผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือดูแล ตลอดเวลา จึงไม่สามารถไปพบปะกับคนอื่นในสังคมได้เหมือนเดิม หรือไปได้แต่ต้องรีบกลับมา เพื่อดูแลผู้สูงอายุต่อจึงเป็นสาเหตุให้มีการถดถอยออกจากสังคมลงไปเรื่อย ๆ และสัมพันธ์ภาพ

ระหว่างระบบย่อยของครอบครัวลดลงเนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงค่อนข้างสูงทำให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เกิดความไม่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัว เกิดปัญหาความขัดแย้งกัน ภาระหนักจึงตกอยู่ที่ญาติผู้ดูแลหลักแต่เพียงผู้เดียว

2) ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.27$, $SD=.72$) เมื่อพิจารณาปัญหาเป็นรายข้อคำถามพบว่า ปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล 3 อันดับแรก คือ 1) มีความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.36$, $SD=1.08$) 2) ไม่มีเวลาที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, $SD=1.29$) และ 3) ไม่สามารถที่จะหาญาติคนอื่น ๆ มาช่วยผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.23$, $SD=1.12$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล (n=277)

ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	\bar{X}	SD	แปลผล
1. มีความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ ๆ	3.36	1.08	ปานกลาง
2. ไม่มีเวลาที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.25	1.29	ปานกลาง
3. ไม่สามารถที่จะหาญาติคนอื่น ๆ มาช่วยผลัดเปลี่ยน ๆ	3.23	1.12	ปานกลาง
4. มีปัญหาด้านเศรษฐกิจในการดูแลผู้สูงอายุ ๆ	3.21	1.10	ปานกลาง
5. รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นภาระ ๆ	3.13	1.14	ปานกลาง
ภาพรวม	3.23	.72	ปานกลาง

4.2.2 ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.16$, $SD=.66$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านจิตใจได้รับผลกระทบมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.19$, $SD=.93$) รองลงมา ด้านด้านสังคมและเศรษฐกิจมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.16$, $SD=.85$)

และสุดท้าย ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.14$, $SD=.69$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล (n=277)

ข้อความ	\bar{X}	SD	แปลผล
ด้านจิตใจ	3.19	.93	ปานกลาง
1. ทะเลาะกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ	3.21	1.17	ปานกลาง
2. รู้สึกโกรธและโมโหผู้สูงอายุฯ	3.20	1.20	ปานกลาง
3. รู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุฯ	3.18	1.32	ปานกลาง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	3.16	.85	ปานกลาง
1. ทุ่มเทเวลาให้กับงานประจำน้อยลง	3.30	1.51	ปานกลาง
2. เพื่อน ๆ สนทนาเริ่มห่างหายไปมากขึ้น	3.16	1.33	ปานกลาง
3. มีผลกระทบต่องานประจำ	3.02	1.42	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	3.14	.69	ปานกลาง
1. ไม่มีเวลาออกกำลังกาย	3.26	1.09	ปานกลาง
2. การดูแลผู้สูงอายุฯ มีผลกระทบต่อสุขภาพ	3.18	1.27	ปานกลาง
3. เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.12	1.13	ปานกลาง
4. รับประทานอาหารได้น้อยและไม่ตรงเวลา	3.01	1.20	ปานกลาง
ภาพรวม	3.16	.66	ปานกลาง

4.2.3 ความต้องการการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.19$, $SD=.69$) เมื่อพิจารณาความต้องการการช่วยเหลือดูแลเป็นรายข้อคำถามพบว่า ความต้องการการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3 อันดับแรก คือ 1) ต้องการความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพภายหลังที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิตไปแล้ว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.31$, $SD=1.53$) 2) ต้องการทราบข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, $SD=1.25$) และ 3) ต้องการที่จะนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล (Care Giver) โดยไม่ต้องไปอบรม

ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, $SD=1.25$)
ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความต้องการการช่วยเหลือดูแล
ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

ข้อความ	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ต้องการความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพฯ	3.31	1.53	ปานกลาง
2. ต้องการทราบข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุฯ	3.26	1.25	ปานกลาง
3. ต้องการที่จะนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล ฯ	3.25	1.25	ปานกลาง
4. ต้องการให้เพื่อนฝูงมาเยี่ยมเป็นประจำ	3.25	1.27	ปานกลาง
5. ต้องการผู้ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.23	1.17	ปานกลาง
6. ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาดูแลถึงที่บ้าน	3.21	1.01	ปานกลาง
7. ต้องการให้ญาติ/คนในครอบครัวมาช่วยแบ่งเบาภาระฯ	3.21	1.25	ปานกลาง
8. ต้องการเวลาในการพักผ่อนมากขึ้นกว่าเดิม	3.19	1.05	ปานกลาง
9. ต้องการให้มีคนมารับฟังปัญหา ความรู้สึกฯ	3.18	1.23	ปานกลาง
10. ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนฯ	3.15	1.14	ปานกลาง
11. ต้องการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยฯ	3.10	1.37	ปานกลาง
12. ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุฯ	3.05	1.19	ปานกลาง
ภาพรวม	3.19	.69	ปานกลาง

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่ามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณ
ในหลายประเด็น พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการสนับสนุน
และช่วยเหลือ 4 ประเด็น คือ 1) ต้องการความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพ ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการที่แบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลาคือ 1.1) ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้น
เพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1.2) ต้องการมีอาชีพที่มั่นคงภายหลังจากที่ผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิตไปแล้ว 2) ต้องการที่จะนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล (Care Giver) โดยไม่ต้องไปอบรมตามหลักสูตร
ของกระทรวงสาธารณสุข 3) ต้องการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และ 4) ต้องการได้รับเงินสวัสดิการในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) **ต้องการความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพ** พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการที่แบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลาคือ ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องการมีอาชีพที่มั่นคงภายหลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิตไปแล้ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีงานประจำ และกลุ่มที่ไม่มีงานประจำ มีความต้องการรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งกลุ่มที่ทำงานประจำมีการทำงานที่ไม่เต็มที่ ไม่มีค่าทำงานล่วงเวลหรือรายได้เสริม และกลุ่มที่ไม่มีงานประจำไม่มีรายได้ มีแต่ส่วนเงินเดือนของผู้สูงอายุและเงินจากที่ญาติพี่น้องส่งให้ไว้ใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เงินไม่พอใช้ ก็อยู่ตามสภาพ ประหยัดเอา ก็มีพี่น้องส่งให้ใช้บ้าง แต่ก็ต้องเอาไว้ใช้จ่ายกับการดูแลเค้า เราไม่มีรายได้อะไร เงินเดือนก็ไม่มี...” (FCG 102)

“...ทำงานโรงงาน เขาทำโอกันเราก็ต้องออกโอเพื่อมาดูแลแม่ ได้แต่ค่าแรงประจำมันก็น้อยไม่พอใช้จ่ายหรอก แต่ถ้าจะต้องทำโอก็กว่าจะได้กลับบ้านก็ดึก...” (FCG 304)

“...ก็มีเงินผู้สูงอายุที่หลวงเขาให้ทุกเดือน โอ้ย...มันน้อยเหลือเกิน อยากจะได้มากกว่านี้อีกมันไม่พอใช้ เราก็ไม่มีเงินเดือน ลูกให้มาก็เอามาใช้จ่ายดูแลเขาแน่แหละ...” (FCG 405)

“...ว่างจากดูแลก็หารับจ้างคนอื่นเค้า เอาใกล้ ๆ บ้านเพื่อที่จะดูแลเค้าได้ ไปไกลเกินก็ไม่ได้จะทิ้งเค้าไว้คนเดียวก็ไม่ได้หรอก เป็นห่วงก็หาทำงานแถว ๆ นี้แหละ ได้น้อยแต่ก็ยังดีกว่าไม่ได้เลยนะ...” (FCG 106)

ต้องการมีอาชีพที่มั่นคงภายหลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิตไปแล้ว จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยแรงงาน ต้องการมีงานทำ หลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นเสียชีวิตไปแล้ว เพราะญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลมานาน พอผู้สูงอายุเสียชีวิตลงต้องการทำงานก็ไม่สามารถหางานทำได้ หรือหาได้ยากมากเพราะว่า อายุเกิน 35 ปี ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อายุมากพอคนแก่ตายเราก็กงานทำยาก
ไม่มีใครเขารับเข้าทำงาน โดยเฉพาะโรงงานนี้
ไม่รับเลย...” (FCG 305)

“...ก็ไม่รู้จำไปทำอะไร ทุกวันนี้ทำงานทำยาก
แก่ขึ้นทุกวัน เขาก็อยากได้แต่หนุ่มสาว
ทำงาน...” (FCG 107)

“...ไปปรับจ้างดูแลคนแก่ที่เป็นแบบนี้ก็ดีนะ
แต่เราไม่มีใบว่าเรียนมาก็จะโดนกดราคา
เขาก็จะจ้างเราถูกกว่าคนที่มีวุฒิ แต่ก็ทำงาน
เหมือนกัน...” (FCG 505)

“...อยากมีงานทำที่มีรายได้มั่นคง หลังจาก
เขาตายแล้ว เราก็กมหาระ ก็อยากทำงาน
หาเงินไว้ดูแลตัวเอง...” (FCG 402)

(2) ต้องการที่จะนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล (Care Giver) โดยไม่ต้องไปอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในช่วงวัยกลางคน หรือ ช่วงอายุ 40 – 55 ปี มีความต้องการที่จะเป็นผู้ดูแล (Care Giver) ต่อโดยไม่ต้องไปอบรมอีก ซึ่งสามารถใช้ประสบการณ์ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นไปเทียบกับหลักสูตรของทางกระทรวงสาธารณสุขได้เลย เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้มีอายุมากแล้วไปหางานทำก็ลำบาก

เพราะอายุเกิน 35 ปี หากต้องทำงานรับจ้างในจังหวัดของตนเองก็อยากจะมีรายได้เสริมจากการเป็นผู้ดูแล (Care Giver) ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เอาความรู้นี้ไปใช้ต่อยอดดูแลคนอื่นแล้วได้
ตั้งค้มนก็ดีนะ อย่างน้อย ๆ มันก็ยังเป็นรายได้
เสริม เราก็หารับจ้างแถว ๆ บ้านได้...” (FCG
109)

“...สำหรับเราคนอายุเยอะแล้วจะไปทำงาน
ที่ไหนทำมันก็ยาก ทำตรงนี้มันก็ทำได้
เพราะมันไม่ได้อยู่ดูแลเขาทั้งวันทั้งคืน ไปดู 2-3
ชั่วโมงก็กลับ...” (FCG 201)

“...มันก็เป็นอีกทางเลือกนะที่จะทำให้
มีรายได้เสริมจากงานประจำที่ต้องไปทำ
ได้เพื่อน ได้เงิน มันก็ดีนะถ้ามันมีได้จริง ๆ...”
(FCG 308)

“...ไม่ได้ไปไหนอยู่บ้านเฉย ๆ ถ้าได้ออกไป
ช่วยดูแลคนอื่นในหมู่บ้านของเรา มันก็ดี
มีเพื่อน ได้บุญ และแถมได้ตั้งค้ด้วย ดีกว่า
อยู่เฉย ๆ...” (FCG 402)

“...ดี ดี ดี เลย หากทำได้นะมันก็ทำให้เราได้
มีอาชีพเพิ่มเติมเสริมกันไปกับอาชีพหลักที่จะทำ
...” (FCG 510)

(3) ต้องการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาช่วยในการสอน และให้ความรู้เกี่ยวกับวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ๆ หรือมีการต่อยอดจากความรู้เดิมที่เคยมี ดังตัวอย่าง คำพูดต่อไปนี้

“...อยากให้หมอมาสอนวิธีการดูแล บางทีเราก็อ้างความมั่นใจ ทำตามความเคยชินที่เคยทำแต่ไม่รู้ว่าหลักการที่มันถูกต้องมันเป็นยังไง...” (FCG 104)

“...ก็ ๆ ๆ อยากเรียนรู้อุปกรณ์ที่ช่วยเหลือผู้ป่วย มันก็มีของใหม่ ๆ มาไอ้เราก็ใช้ไม่เป็น อยากให้หมอมาสอน...” (FCG 210)

“...บางทีเขามีอาการเปลี่ยนแปลง ก็ไม่รู้ว่าเขาเป็นอะไร ก็อยากได้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เขาเป็น...” (FCG 309)

“...ทุกวันนี้เชื้อโรคมันเยอะ โรคแทรกซ้อนก็เยอะ ไม่รู้อะไรเป็นอะไร ไม่มีความรู้ ไม่รู้จะดูแล ป้องกันยังไง ถ้ามีคนมาสอนความรู้ที่ดี...” (FCG 407)

“...ความรู้เรามันก็น้อยนะ ไม่รู้ทำถูกทำผิดยังไง ก็ทำไปตามที่รู้ คนโน้นบอกบางคนนี่บอกบ้าง หมออนามัยมาเยี่ยมที่เขาก็บอกที่ ก็อยากให้มาบ่อย ๆ เราก็จะได้รู้เรื่องด้วย...” (FCG 502)

(4) ต้องการได้รับเงินสวัสดิการในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องได้รับค่าตอบแทนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเหมือนกับผู้ดูแลผู้พิการ เพราะที่ปัจจุบันนี้ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับค่าตอบแทนแต่อย่างใด ยกเว้นญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ ซึ่งก็ปฏิบัติการดูแลไม่แตกต่างกันเลย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ไม่ได้เงินจากหลวงเลยซักบาท ทุกสิ่งอย่าง
ใช้เงินตัวเองซื้อข้าวของเครื่องใช้ที่มากดูแลเค้า
ถ้าหลวงมีให้ทุกเดือนก็ดีเหมือนกันนะ...” (FCG
106)

“...ก็อยากได้นะ ถ้ารัฐบาลมีเงินเดือนให้ผู้ดูแล
ก็มีกำลังใจ มันก็ช่วยได้นะ เงินเล็ก ๆ น้อย ๆ
ก็ยังดีกว่าไม่ได้อะไรเลย...” (FCG 201)

“...ดีมากเลยถ้าเป็นไปได้จริง ๆ ทุกวันนี้เราดูแล
ฟรี ๆ เพราะเราคือครอบครัวเดียวกัน ดูแลกัน
ไปตามหน้าที่จะได้เงินไม่ได้เงินก็ต้องดูแล
แต่ถ้ามีเงินเดือนให้ก็ยิ่งดีใหญ่...” (FCG 307)

“...นอกจากเงินที่จะดูแลแล้วก็อยากได้
สวัสดิการอื่น ๆ ที่เขาสามารถให้เราได้ด้วย
พวกค่ารถโดยสาร ค่าเช่าบ้าน ถ้ามีบัตร
ประจำตัวผู้ดูแลแล้วจ่ายค่าบริการของรัฐครึ่ง
ราคา ค่าน้ำ ค่าไฟ พวกนี้ จะช่วยประหยัดได้
เยอะเลย...” (FCG 410)

“...ควรจัดสวัสดิการให้พวกเราบ้าง
ค่าตอบแทนก็ดี ส่วนลดต่าง ๆ ของหลวงก็ดี
เพราะเราไปทำงานหาเงินอย่างอื่นไม่ได้ต้อง
ดูแลผู้ป่วยตลอด ถ้าหลวงช่วยเราได้
เราก็จะดีขึ้นบ้างนะ...” (FCG 505)

สรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการสนับสนุนและช่วยเหลือจากชุมชน
และสังคม ในเรื่องของความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และอาชีพ โดยต้องการให้หน่วยงาน องค์กรภาครัฐ
และเอกชน เข้ามาช่วยเหลือเกี่ยวกับการสร้างอาชีพให้มีรายได้เพิ่มขึ้นขณะดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อนำมาใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และเมื่อผู้สูงอายุต้องจากไปอย่างสงบแล้ว
ญาติผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในการจัดหาอาชีพที่มั่นคงภายหลังจากที่ผู้สูงอายุเสียชีวิตไปแล้ว

นอกจากนี้ยังมีญาติผู้ดูแลอีกบางส่วนที่มีอายุมากแล้ว ต้องการที่จะนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล โดยไม่ต้องไปอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข ต้องการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องการได้รับเงินสวัสดิการในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4.2.4 คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =87.22, SD= 9.16) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (\bar{X} =13.11, SD= 2.89) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (\bar{X} =22.37, SD= 4.58) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (\bar{X} =30.55, SD= 2.71) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (\bar{X} =21.17, SD= 2.25) ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล	ช่วงคะแนน	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ด้านร่างกาย	4 - 20	12.25	1.80	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	7 - 35	22.37	4.58	ปานกลาง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ	9 - 45	30.55	2.71	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	6 - 30	21.17	2.25	ปานกลาง
ภาพรวม	26 - 130	86.36	8.35	ปานกลาง

จากผลการศึกษาในตารางที่ 12 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นรายด้าน และจำแนกเป็นรายข้อ ซึ่งพบว่าผลการศึกษา มีดังนี้

1) ด้านร่างกาย

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =13.11, SD= 2.89) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ญาติผู้ดูแลมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ เช่น การทำงานประจำ การดำเนินชีวิตประจำวัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.38, SD= 1.06) รองลงมาคือ พอใจกับสุขภาพที่เป็นอยู่ในตอนนี้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.24, SD= 1.02) และน้อยที่สุดคือ การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.57, SD= .88) ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านร่างกาย (n=277)

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลด้านร่างกาย	\bar{X}	SD	แปลผล
1. มีพลังกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ	3.38	1.06	ปานกลาง
2. พอใจกับสุขภาพที่เป็นอยู่ในตอนนี้	3.24	1.02	ปานกลาง
3. พอใจกับการนอนหลับพักผ่อนเป็นอยู่ในตอนนี้	3.07	1.19	ปานกลาง
4. การเจ็บปวดตามร่างกาย	2.57	.88	ปานกลาง
ภาพรวม	13.11	2.89	ปานกลาง

2) ด้านจิตใจ

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =22.37, SD= 4.58) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกพอใจในตนเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.55, SD= 1.09) รองลงมาคือ มีความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.52, SD= 1.26) และน้อยที่สุดคือ มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.43, SD= .67) ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านจิตใจ (n=277)

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลด้านจิตใจ	\bar{X}	SD	แปลผล
1. รู้สึกพอใจในตนเอง	3.55	1.09	ปานกลาง
2. มีความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ฯ	3.52	1.26	ปานกลาง
3. รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.41	1.28	ปานกลาง
4. มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ	3.20	.77	ปานกลาง
5. ยอมรับศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุฯ	3.19	1.13	ปานกลาง
6. รู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ ฯ	3.09	1.14	ปานกลาง
7. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	2.43	.67	ปานกลาง
ภาพรวม	22.37	4.58	ปานกลาง

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=30.55$, $SD= 2.71$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.13$, $SD= .47$) รองลงมา ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.10$, $SD= .59$) และน้อยที่สุด พอใจกับความสามารถในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.24$, $SD= .69$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ (n=277)

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล	\bar{X}	SD	แปลผล
ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ			
1. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน	4.13	.47	สูง
2. ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ๆ	4.10	.59	สูง
3. พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	3.99	.48	สูง
4. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ๆ	3.43	.69	ปานกลาง
5. จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล ๆ	3.37	.70	ปานกลาง
6. พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ๆ	3.29	.49	ปานกลาง
7. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	3.24	.51	ปานกลาง
8. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	2.59	.79	ปานกลาง
9. พอใจกับความสามารถในการทำงาน	2.24	.69	ต่ำ
ภาพรวม	30.55	2.71	ปานกลาง

4) ด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =21.17, SD= 2.25) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนรู้สึกที่ชีวิตมีความหมาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =4.25, SD= .54) รองลงมา สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =4.01, SD= .49) และน้อยที่สุด พอใจในชีวิตครอบครัว และการมีกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.55, SD= .70) ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม (n=277)

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	\bar{x}	SD	แปลผล
1. รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	4.25	.54	สูง
2. สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	4.01	.49	สูง
3. มีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.66	.82	ปานกลาง
4. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.49	.71	ปานกลาง
5. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน ๓	3.21	.51	ปานกลาง
6. พอใจในชีวิตครอบครัว และการมีกิจกรรมร่วมกัน๓	2.55	.70	ปานกลาง
ภาพรวมรายด้าน	21.17	2.25	ปานกลาง

4.3 การเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

4.3.1 การเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแล

1) บริการทางสังคมด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 98.35 และเข้าไม่ถึงบริการทางสังคมด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 1.65 ในที่นี้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับบริการทางสังคมด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 97.65 และไม่ได้รับบริการทางสังคมด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 2.35 เมื่อพิจารณาแยกตามรายข้อคำถามพบว่า มีทั้งหมด 4 ข้อคำถาม ที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการและได้รับบริการทางสังคมด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล อยู่ระหว่างร้อยละ 97.50 – 98.90 นั้นแสดงว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการและได้รับบริการทางสังคมด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม ด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาล สำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

ด้านสุขภาพและการ รักษาพยาบาล	การเข้าถึงบริการ				การได้รับบริการ			
	เข้าถึง		เข้าไม่ถึง		ได้รับบริการ		ไม่ได้รับบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การบริการสุขภาพ เคลื่อนที่ของหน่วยงาน ภาครัฐที่ออกไปให้บริการ ในชุมชน	274	98.90	3	1.10	270	97.50	7	2.50
2. การบริการด้าน กายภาพบำบัด/การแพทย์ แผนไทย ที่หน่วยงาน ภาครัฐจัดไว้ให้บริการ	274	98.90	3	1.10	270	97.50	7	2.50
3. การบริการตรวจ สุขภาพประจำปีที่ หน่วยงานภาครัฐจัดไว้ให้ สำหรับประชาชน	271	97.80	6	2.20	271	97.80	6	2.20
4. การบริการให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแล สุขภาพตนเองและ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ ถูกวิธี จากหน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน	271	97.80	6	2.20	271	97.80	6	2.20
เฉลี่ยรายด้าน	272.50	98.35	4.50	1.65	270.50	97.65	6.50	2.35

2) บริการสังคมด้านรายได้

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการสังคมด้านรายได้ เฉลี่ยร้อยละ 98.47 และเข้าไม่ถึงบริการสังคมด้านรายได้ เฉลี่ยร้อยละ 1.52 ในที่นี้ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้รับบริการสังคมด้านรายได้ เฉลี่ยร้อยละ 97.12 และไม่ได้รับบริการสังคมด้านรายได้ เฉลี่ยร้อยละ 2.87 เมื่อพิจารณา แยกตามรายข้อคำถามพบว่า มีทั้งหมด 4 ข้อคำถามที่ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

สามารถเข้าถึงบริการสังคมด้านรายได้ และได้รับบริการสังคมด้านรายได้ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 96.40 – 100.00 นั้นแสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเข้าถึง บริการสังคมด้านรายได้ และได้รับบริการสังคมด้านรายได้ อยู่ในระดับดีมาก ดังรายละเอียด ในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม ด้านรายได้สำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

ด้านรายได้	การเข้าถึงบริการ				การได้รับบริการ			
	เข้าถึง		เข้าไม่ถึง		เข้าถึง		เข้าไม่ถึง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การส่งเสริมในด้าน อาชีพที่เหมาะสมกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงให้ปฏิบัติงานที่บ้าน	267	96.40	10	3.60	267	96.40	10	3.60
2. การบริการจาก กองทุนชุมชนเพื่อให้การ ช่วยเหลือประชาชน	270	97.50	7	2.50	270	97.50	7	2.50
3. การจัดสรรเงินทุน เพื่อการประกอบอาชีพที่ เหมาะสม	277	100	-	-	271	97.80	6	2.20
4. การบริการส่วนลด พิเศษในการใช้บริการ สาธารณูปโภคและ สาธารณูปการต่าง ๆ ของรัฐ	277	100	-	-	268	96.80	9	3.20
เฉลี่ยรายด้าน	272.75	98.47	4.25	1.52	269	97.12	8	2.87

3) บริการสังคมด้านที่พักอาศัย

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการสังคมด้านที่พักอาศัย เฉลี่ยร้อยละ 94.93 และเข้าไม่ถึงบริการสังคม ด้านที่พักอาศัย ร้อยละ 5.06 ในที่นี้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้รับบริการทางสังคม

ด้านที่พักอาศัย เฉลี่ยร้อยละ 92.9 และไม่ได้รับบริการทางสังคมด้านที่พักอาศัย เฉลี่ยร้อยละ 7.10 เมื่อพิจารณาแยกตามรายข้อคำถามพบว่า มีทั้งหมด 3 ข้อคำถามที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และได้รับบริการทางสังคมด้านที่พักอาศัยอยู่ระหว่างร้อยละ 82.30 – 100.00 นั้นแสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการ และได้รับบริการทางสังคมด้านที่พักอาศัย อยู่ในระดับดีมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคมด้านที่พักอาศัยสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

ด้านที่พักอาศัย	การเข้าถึงบริการ				การได้รับบริการ			
	เข้าถึง		เข้าไม่ถึง		เข้าถึง		เข้าไม่ถึง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. บริการทางสังคมจาก อปท. ใน การจัดที่พักรักษา ใจให้แก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล	277	100	-	-	270	97.50	7	2.50
2. บริการครอบครัวอุปการะ ผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแล	274	98.9	3	1.10	274	98.9	3	1.10
3. บริการประสานงานเพื่อ ช่วยเหลือด้านที่พัก อาศัย และการ ปรับปรุงที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสม	238	85.90	39	14.10	228	82.30	49	17.70
เฉลี่ยรายด้าน	263	94.93	14	5.06	257.33	92.9	19.66	7.10

4) บริการสังคมด้านนันทนาการ

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการสังคมด้านนันทนาการเฉลี่ยร้อยละ 91.50 และเข้าไม่ถึงบริการเฉลี่ยร้อยละ 8.50 ในที่นี้ญาติผู้ดูแลได้รับบริการทางสังคมด้านนันทนาการเฉลี่ยร้อยละ 89.25 และไม่ได้รับบริการเฉลี่ยร้อยละ 10.75 เมื่อพิจารณาแยกตามรายข้อคำถามพบว่า มีทั้งหมด 4 ข้อคำถาม ที่ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึง และได้รับบริการด้านนันทนาการ ร้อยละ 83.00 – 100.00 นั้นแสดงว่าญาติผู้ดูแล สามารถเข้าถึงบริการ และได้รับบริการด้านนันทนาการ อยู่ในระดับดีมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคมด้านนันทนาการสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

ด้าน นันทนาการ	การเข้าถึงบริการ				การได้รับบริการ			
	เข้าถึง		เข้าไม่ถึง		เข้าถึง		เข้าไม่ถึง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. บริการ สถานที่ออกกำลังกายและ พักผ่อนที่ปลอดภัย	277	100	-	-	249	89.90	28	10.10
2. จัด กิจกรรมในวันสำคัญทาง ศาสนา	277	100	-	-	274	98.9	3	1.10
3. จัด กิจกรรมทัศนศึกษาและดูงาน	230	83.00	47	17.00	236	85.20	41	14.80
4. จัด กิจกรรมชมรมกีฬา และดนตรี สำหรับประชาชน	230	83.00	47	17.00	230	83.00	47	17.00
เฉลี่ยรายด้าน	253.50	91.50	23.50	8.50	247.25	89.25	29.75	10.75

5) บริการทางสังคมด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง เฉลี่ยร้อยละ 86.82 และเข้าไม่ถึงบริการทางสังคมด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง เฉลี่ยร้อยละ 13.17 ในที่นี้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้รับบริการทางสังคมด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง เฉลี่ยร้อยละ 86.82 และไม่ได้รับบริการทางสังคมด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง เฉลี่ยร้อยละ 13.17 เมื่อพิจารณาแยกตามรายข้อคำถามพบว่ามีทั้งหมด 4 ข้อคำถาม ที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เข้าถึงบริการทางสังคม และได้รับบริการทางสังคมด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง อยู่ระหว่าง ร้อยละ 80.50 – 90.30 นั้นแสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เข้าถึงบริการทางสังคม และได้รับบริการทางสังคมด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง อยู่ในระดับดีมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคมด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครองสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง	การเข้าถึงบริการ				การได้รับบริการ			
	เข้าถึง		เข้าไม่ถึง		เข้าถึง		เข้าไม่ถึง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จัดสิ่งอำนวยความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุและญาติในสถานี่ราชการ	233	84.10	44	15.90	229	82.70	48	17.30
2. จัดกิจกรรมส่งเสริมครอบครัวอบอุ่น	240	86.60	37	13.40	223	80.50	54	19.50

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ด้านความ มั่นคงทางสังคม	การเข้าถึงบริการ				การได้รับบริการ			
	เข้าถึง		เข้าไม่ถึง		เข้าถึง		เข้าไม่ถึง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัว								
ผู้ดูแล และการ คุ้มครอง								
3. อบรมให้ ความรู้เกี่ยวกับ การดูแล ผู้สูงอายุจาก หน่วยงาน ภาครัฐและ เอกชนอย่าง ต่อเนื่อง	239	86.30	38	13.70	263	94.90	14	5.10
4. ให้ คำแนะนำ ปรึกษาหรือ บริการ ด้าน กฎหมาย เพื่อ ป้องกันและ รักษาความ ปลอดภัยในสิทธิ และสวัสดิการ	250	90.30	27	9.70	247	89.20	30	10.80
เฉลี่ยรายด้าน	240.50	86.82	36.50	13.17	240.5	86.82	36.50	13.17

6) บริการทางสังคมด้านการสร้างบริการทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมด้านการสร้างบริการทางสังคม เฉลี่ยร้อยละ 90.80 และเข้าไม่ถึงบริการทางสังคมด้านการสร้างบริการทางสังคม เฉลี่ยร้อยละ 9.20 ในที่นี้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับบริการทางสังคมด้านการสร้างบริการทางสังคม เฉลี่ยร้อยละ 90.55 และไม่ได้รับบริการ

ทางสังคมด้านการสร้างบริการทางสังคม เฉลี่ยร้อยละ 9.45 เมื่อพิจารณาแยกตามรายข้อคำถาม พบว่ามีทั้งหมด 4 ข้อคำถาม ที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และได้รับบริการทางสังคมด้านการสร้างบริการทางสังคม อยู่ระหว่าง ร้อยละ 82.70 – 97.80 นั้นแสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และได้รับบริการทางสังคมด้านการสร้างบริการทางสังคม อยู่ในระดับดีมาก ดังรายละเอียด ในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวน และร้อยละของการเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม ด้านการสร้างบริการทางสังคมสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

ด้านการสร้าง บริการทางสังคม	การเข้าถึงบริการ				การได้รับบริการ			
	เข้าถึง		เข้าไม่ถึง		เข้าถึง		เข้าไม่ถึง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. บริการจาก ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ของเขตเทศบาล	250	90.30	27	9.70	247	89.20	30	10.80
2. บริการรถ รับส่งในกรณี ผู้สูงอายุฯ และ ผู้ดูแลต้องเดินทาง ไปโรงพยาบาล	250	90.30	27	9.70	259	93.50	18	6.50
3. การดูแลจาก อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุของชุมชน	235	84.80	42	15.20	229	82.70	48	17.30
4. การดูแล ช่วยเหลือจาก เครือข่ายทางสังคม	271	97.80	6	2.20	268	96.80	9	3.20
เฉลี่ยรายด้าน	251.50	90.80	25.50	9.20	250.75	90.55	26.25	9.45

4.3.2 การจัดการบริการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.06, SD= .50) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเสริมสร้างศักยภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.33, SD= .66) และการพัฒนาศักยภาพจากภายนอกมีค่าเฉลี่ยรองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.84, SD= .47) ดังรายละเอียดในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

ข้อความ	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ด้านการเสริมสร้างศักยภาพตนเอง	3.33	.66	ปานกลาง
2. ด้านการพัฒนาศักยภาพจากภายนอก	2.84	.47	ปานกลาง
ภาพรวม	3.06	.50	ปานกลาง

จากผลการศึกษาในตารางที่ 23 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ระดับของปัญหารายด้านในแต่ละข้อ ซึ่งพบว่าผลการศึกษา มีดังนี้

1) ด้านการเสริมสร้างศักยภาพตนเอง

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีการเสริมสร้างศักยภาพตนเองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.33, SD= .66) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีการพยายามดูแลรักษาสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ ให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อให้พร้อมสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.71, SD= 1.32) รองลงมาคือ ทำงานเสริมเพื่อหารายได้เพิ่มเติมสำหรับไว้ใช้จ่ายในครอบครัว และเป็นการพัฒนาอาชีพให้กับตนเองด้วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.38, SD= 1.16) และน้อยที่สุดคือ ศึกษาค้นคว้าและคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกายบนเตียง ประดิษฐ์แพมเพิร์สเอง เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.16, SD= 1.24) ดังรายละเอียดในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การเสริมสร้างศักยภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

การเสริมสร้างศักยภาพตนเองของญาติผู้ดูแล	\bar{x}	SD	แปลผล
1. พยายามดูแลรักษาสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ ให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ	3.71	1.32	มาก
2. ทำงานเสริมเพื่อหารายได้เพิ่มเติม	3.38	1.16	ปานกลาง
3. พยายามปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐาน	3.35	1.12	ปานกลาง
4. สามารถสอนให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลคนอื่นๆในชุมชน	3.32	1.25	ปานกลาง
5. พยายามปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีที่สุด	3.32	1.27	ปานกลาง
6. ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง	3.31	1.20	ปานกลาง
7. แสวงหาความรู้จากทุกช่องทางเพื่อมาใช้ในการดูแล	3.23	1.18	ปานกลาง
8. ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยความเต็มใจ	3.20	1.44	ปานกลาง
9. ศึกษาค้นคว้าและคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.16	1.24	ปานกลาง
ภาพรวม	3.33	.66	ปานกลาง

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณหลายประเด็นที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพด้วยตนเอง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีการศึกษาค้นคว้าและคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกายบนเตียง ประดิษฐ์แพมเพิร์สเอง เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ดูจากโทรทัศน์เห็นเขาทำที่ออกกำลังกาย เราเห็นแล้ว เออมันดี ก็เอามาทำให้แกออกกำลังกายบนเตียง มันก็ช่วยได้นะ...” (FCG 108)

“...เปิดดูจากเน็ตเอา อยากรู้อะไรก็ดูเน็ต เรื่องโรคเรื่องการดูแลผู้ป่วยมันบอกหมดเลย เราก็ได้ความรู้ที่จะเอามาดูแลผู้ป่วยได้...” (FCG 210)

“...โทรศัพท์ทุกวันนี้มันดีสามารถดูได้หมด
ทุกอย่าง เรื่องการดูแลผู้ป่วยก็มีเยอะ เปิดดูเค้า
ก็สอนเราได้นะ เค้าเรียกอะไรนะ อะไร ทูป ทูป
นะ หลานมันเปิดให้ดู แล้วเราก็ตำตาม...” (FCG
506)

“...คิดเอง อยากประหยัดค่าแพมเพิร์ส มันแพง
แถวแพมเพิร์สมันแอบขึ้นทำให้เป็นแผลง่าย
ก็เลยหาผ้าที่มันนิ่ม ๆ มาตัดเย็บเป็นผ้าเตี่ยว
พอถ่ายเราก็เปลี่ยนทำความสะอาดให้เค้า
แล้วผ้านี้ก็เอาไปซักแล้วเอามาใช้ใหม่ได้...”
(FCG 302)

2) ด้านการพัฒนาศักยภาพจากภายนอก

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับการพัฒนา
ศักยภาพจากภายนอกโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.84, SD= .47) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า
ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จาก รพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.85, SD= .46) รองลงมา
คือ รพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชน สนับสนุนให้ท่านเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ และความรู้ให้กับ
บุคคลอื่นในฐานะที่ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก
(\bar{X} =3.54, SD= 1.47) และพบว่ามียู่จำนวน 4 ข้อที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากภายนอก
ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนด้านการเงิน
และวิชาการเพื่อให้ท่านมีศักยภาพในการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้
(\bar{X} =2.42, SD= .63) หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กร
หรือสถาบันการสื่อสารสังคมเพื่อสื่อสารเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสู่สาธารณะ
(\bar{X} =1.54, SD= .71) หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนให้นำ
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาเทียบโอนให้เป็นวุฒิบัตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงโดยไม่ต้องให้ท่านเข้าอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง (\bar{X} =1.51, SD= .90) และหน่วยงานภาครัฐ
เข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนให้มีบทบาทและมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
ในระดับชุมชน (\bar{X} =1.48, SD= .88) ดังรายละเอียดในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปล ผลการพัฒนาศักยภาพจากภายนอกของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (n=277)

การพัฒนาศักยภาพจากภายนอก	\bar{x}	SD	แปลผล
1. ได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากรพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชนของท่าน	4.85	.46	มากที่สุด
2. รพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชน สนับสนุนให้ท่านเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้ให้กับบุคคลอื่นในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.54	1.47	มาก
3. ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากรพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชน	3.50	1.54	มาก
4. รพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชน จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง	3.16	1.22	ปานกลาง
5. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.16	1.27	ปานกลาง
6. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมให้มีการรวมตัวจัดตั้งและสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.15	1.23	ปานกลาง
7. ได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากรพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	2.95	1.27	ปานกลาง
8. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนด้านการเงินและวิชาการ	2.42	.63	น้อย
9. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรสื่อสารสังคมเพื่อสื่อสารเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ	1.54	.71	น้อยที่สุด
10. หน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนให้นำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มาเทียบโอนให้เป็นวุฒิบัตรการดูแลผู้สูงอายุ	1.51	.90	น้อยที่สุด
11. หน่วยงานภาครัฐสนับสนุนให้มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน	1.48	.88	น้อยที่สุด
ภาพรวม	2.84	.47	ปานกลาง

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า มีความสอดคล้องกันกับผลการศึกษาเชิงปริมาณในหลายประเด็น เกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาศักยภาพจากภายนอก ซึ่งญาติผู้ดูแลได้รับการพัฒนาศักยภาพจากหลายหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนด้านความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สนับสนุนสวัสดิการอันพึงมีพึงได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ซ่อมแซมบ้านเรือน ทำทางลาดสำหรับเข็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้นบ้าน มอบถุงยังชีพ ชุดอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เบี้ยยังชีพสำหรับผู้เฒ่าเฒ่า เป็นต้น 3) การศึกษานอกระบบ (กศน) เข้ามาในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อสอนให้ผู้ดูแลได้ฝึกอาชีพที่บ้าน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เจ้าหน้าที่อนามัยมาสอนให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ตั้งแต่แรก ๆ ที่เป็น ก็สอนอาบน้ำ เช็ดตัว วัดไข้ วัดความดัน สอนทำอาหารของคนไข้ และฝึกให้ทำ มีอะไรก็โทรปรึกษา ได้ตลอด...” (FCG 110)

“...คุณหมอบอกอนามัยมาให้ความรู้ ฝึกให้ทำตาม ตอนแรกก็กลัว แต่พอฝึกทำไป ต่อมามันก็ทำได้ไม่กลัว...” (FCG 209)

“...อสม. เขาก็มาดูแลและก็เอาแผ่นความรู้มาให้ด้วย ไว้คอยทำตาม ใช้อุดูแลคนไข้ ...” (FCG 304)

“...เทศบาลมอบถุงยังชีพให้ มีอาหารการกิน ข้าวสาร มาม่า ปลากระป๋อง แอมเงินให้ด้วย...” (FCG 307)

“...อบต. มาสอนความรู้การดูแลผู้ป่วย มาติดตามเยี่ยมทุกเดือน ก็มากันเป็นทีมหลายคน...” (FCG 505)

“...เทศบาลเขาให้อุปกรณ์พวกเตียง น้ํายา แพมเพิร์ส และก็พวกเครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน ทำทางลาดขึ้นบ้าน และซ่อมแซมบ้านช่องให้...” (FCG 410)

“...ภคน.มาสอนอาชีพ ให้ทำที่บ้านได้ คุณคนป่วยไปด้วย ทำงานอาชีพไปด้วย ก็ดีนะ แต่เขาไม่ได้หาที่ขายให้เรา ต้องไปหาขายเอง...” (FCG 306)

4.3.3 การบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ได้รับการบริการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือดูแลจากหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนมานานมากกว่า 10 ปี 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ซึ่ง CG ทุกคนผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ 3) ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชมรมเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง มีจิตอาสา คอยพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและมีกิจกรรมจิตอาสาให้กับผู้ป่วยและผู้ด้อยโอกาสในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ 4) ผู้นำชุมชน เป็นผู้มีบทบาทในการประสานงาน รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์จากสมาชิกในชุมชนและดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ประสานงานในส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม 6) องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่ในการจัดสวัสดิการทางสังคม โดยนำนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเข้ามาจัดการและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และ 7) องค์กรเอกชน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตอุตสาหกรรม ผู้ประกอบการจะต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมจึงได้มีการบริจาคเงินสมทบกองทุนในชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...มีการตั้งกองทุนสวัสดิการของชุมชน
คอยช่วยเหลือมีให้เงินช่วยเหลือบ้างเล็ก ๆ
น้อย ๆ ไม่เยอะมาก นาน ๆ ครั้ง...” (FCG 302)

“...มี อสม.มาดูแล มาเยี่ยมบ่อยอยู่ เดือนหนึ่ง
ก็จะมีหมอนามัยมาดูแล คอยสอน ให้คำแนะนำ
การดูแลให้...” (FCG 403)

“...อบต. เขามาแจกผ้าอ้อม แจกอาหารพวกไข่
นม ข้าวสาร...” (FCG 501)

“...หมอที่อนามัย และหมอใหญ่จากโรงพยาบาล
เขาก็มาเยี่ยมมาช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยนะ
ก็จะมากับ อสม ...” (FCG 105)

“...คุณหมอที่อนามัยก็มาเยี่ยมค่ะ มาตรวจ
ประเมินนั่นนี่ให้แม่ บางทีถึงเวลาเปลี่ยนสายยาง
ให้อาหาร เปลี่ยนสายปัสสาวะ เรายังไม่ทันได้
โทรไปตามเลยเขาก็มาก่อนแล้ว คุณหมอ
จำวันครบกำหนดเปลี่ยนได้ก็มาโดยไม่ต้อง
ตามเลย...” (FCG 308)

“...พวกเราจัดตารางเวรกันในชมรม
เพื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ไปให้กำลังใจ
ไปพูดคุย ชวนพูดคุยเกี่ยวกับธรรมะ ใครชอบ
สนุก ๆ เราก็ไปทำกิจกรรมจำพวก..ร้องเพลง
บ้าง เข้าจะได้ไม่เศร้าและจะได้มีกำลังใจ
ที่จะสู้ต่อ...” (COM 410)

“...อสม.ก็ไปให้กำลังใจ มาเยี่ยม เขาแค่เห็น เราเขาก็ดีใจนะ ไปถึงก็จะหอม ๆ หอมมา อีกแล้วหรือ...” (COM 306)

“...ก็จะมีหน่วยงานมาดูแลในทาง ด้าน สุขภาพ นี้ก็จะมี อสม. ดูแล แต่ว่าถ้าขาดเหลืออะไรอย่างนี้ คนที่อยู่ในบ้าน เขาก็จะแจ้งมาหาผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขอเตียง ขอ อุปกรณ์ต่าง ๆ อะไรอย่างนี้ เราก็จะแจ้ง อบต. ให้ลงมาดูแลอีกทีหนึ่ง อบต. เขาก็จะให้ กลุ่ม อสม. ทีมหอมของ รพ.สต. ดูแลให้อีกที หนึ่ง เราแค่ประสานงานเฉย ๆ แต่ชาวบ้าน เขาจะมาหาชุมชนก่อน เขาจะมาหา ผู้ใหญ่บ้านของพื้นที่นี้ก่อน แล้วเราก็จะไป เสนอ อบต. แล้ว อบต. เขาก็จะลงดูแลต่อจาก เราอีกทีหนึ่ง...” (COM 509)

“...เขาจะส่งพยาบาลลงไปดูให้ก่อน แล้วต่อไปเขาก็จะดูแล ถ้าต้องการดูแลตลอด ก็จะมี อสม. ลงไป ไปบอกเขอีกทีหนึ่ง จริง ๆ ชุมชนเขาเป็นคนรับแจ้งประสานงานต่อ ส่วนมากเขาก็จะมาบอกชุมชน...” (COM 303)

“...อบต. จะมีส่วนในการสนับสนุนผ้าอ้อม สำเร็จรูป เดือนละ 1 ครั้ง ไข่ นม ข้าวสาร เวลาที่มีกิจกรรมผู้พิการ เราจะเอาบัตรเขาไป รับของที่แจกให้ บางบ้านที่เข้าบ้านอยู่ อบต. จะช่วยเป็นเงินเล็กน้อย แต่เขาไม่ได้นำเงิน ของ อบต. มาช่วยเหลือนะ เขาก็จะมีกองทุน มูลนิธิมาช่วยเหลือ...” (COM 301)

“...เห็นมีบริษัทใหญ่ ๆ ห้างต่าง ๆ ที่เขาอยู่
แถวชุมชนเขาก็จะนำสิ่งของมาแจกให้ผู้ป่วย
ติดเตียงด้วยนะ บริจาคเงินให้ช่วยเหลือด้วย
นะ แต่เขาก็ต้องประสานงานโดยผ่านมาทาง
อบต. และทีมจาก อบต. ผู้บริหาร และก็
บริษัทห้างร้านต่าง ๆ ก็จะมาลงพื้นที่มา
ด้วยกัน...” (COM 302)

สรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการ
ทางสังคม และได้รับบริการทางสังคมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ด้านรายได้
ด้านที่พักอาศัย ด้านนันทนาการ ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
และด้านการสร้างบริการทางสังคม ซึ่งการบริการทางสังคมนี้ เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคน
ควรได้รับ และเข้าถึงบริการได้โดยง่าย นอกจากการเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมแล้ว
ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ยังได้รับการบริการเพื่อการสร้างเสริมศักยภาพในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ได้รับการสร้างเสริมศักยภาพด้วยตนเอง และการสร้างเสริมศักยภาพ
จากภายนอก ซึ่งการสร้างเสริมศักยภาพด้วยตนเอง จะเป็นการแสวงหาความรู้ต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้
ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนการสร้างเสริมศักยภาพจากภายนอกนั้น ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งความรู้ทางวิชาการ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง พร้อมทั้งได้รับการบริการทางสังคมตามที่หน่วยงานจากภายนอกจัดบริการ
ให้ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดบริการการดูแลสุขภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล
แบบเชิงรุก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จัดบริการเพื่อตอบสนองต่อประชาชนด้านความเป็นอยู่
และความมั่นคงของมนุษย์ การศึกษานอกระบบ จัดบริการด้านความรู้ทางวิชาการและวิชาชีพ
ให้กับญาติผู้ดูแลถึงที่บ้าน และภาคเอกชน จัดบริการโดยการจัดตั้งกองทุนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

4.4 ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นในการเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยนำเสนอข้อมูลเป็นรายกลุ่ม และการสรุปภาพรวม ดังต่อไปนี้

4.4.1 ความคิดเห็นของญาติผู้ดูแลต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ข้อเสนอแนะไว้ 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) จัดระบบการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบครบวงจรถึงที่บ้าน 2) จัดหาบริการรับส่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อต้องไปโรงพยาบาล 3) สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับไว้ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) สนับสนุนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายรายเดือน และ 5) จัดตั้งหน่วยบริการช่วยเหลือยามฉุกเฉินในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ควรจะมีทีมหมอมารอตรวจที่บ้านเลย
ทุกเรื่อง มาเจาะเลือด จ่ายยา บริการถึงที่บ้าน
เลยโดยไม่ต้องพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล
มันไปยากลำบาก...” (FCG 103)

“...อยากให้มีดูแลคนป่วยที่บ้านเลย ไม่ต้องหาม
คนป่วยไปหาหมอ กว่าจะไปกว่าจะมา หมดวัน
ก็ต้องจ้างคนพาไป ที่บ้านไม่มีรถ ไปมาลำบาก...”
(FCG 205)

“...มีรถในหมู่บ้าน ชักคันไว้คอยรับส่งคนแก่
ไปหาหมอที่โรงบาล ไว้บริการจะได้สะดวก...”
(FCG 209)

“...จัดหางบประมาณ ไว้ซื้อของใช้คนไข้
ให้เพียงพอ อุปกรณ์ของหมอต่างๆที่ต้องใช้ที่บ้าน

น้ำยาต่างๆ แอลกอฮอล์ น้ำเกลือ คนไข้ใช้เยอะ
มากในแต่ละวัน...” (FCG 302)

“...อยากให้มีความช่วยเหลือคนแก่รายเดือน
ที่มีอยู่มันน้อยไม่พอใช้จ่าย อยากได้มากกว่านี้
ที่มีมันใช้เพียงพอต่อเดือน...” (FCG 508)

“...เงินช่วยเหลือคนแก่ถ้าได้มากกว่านี้ก็ดีนะ
ตอนนี้ไม่พอใช้ ต้องควักเงินเพิ่มทุกเดือน...”
(FCG 401)

“... ตั้งศูนย์ช่วยเหลือยามฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
บางที่เขาเป็นอะไรไปก็อยากหาคนช่วยเหลือ
บางที่ตึก ๆ ก็ติดต่อใครไม่ค่อยได้...” (FCG 502)

2) ความคิดเห็นต่อการเสริมสร้างศักยภาพของญาติดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ข้อเสนอแนะไว้ 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมการพัฒนาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ทันสมัย 2) พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) พัฒนาความรู้ความสามารถในการสร้างนวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อยากให้มีความรู้ที่มาสอนให้ความรู้การดูแล
บ่อย ๆ จะได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และที่สิ่งที่ยังไม่รู้ด้วย
มันเป็นประโยชน์ เพราะต้องใช้ดูแลคนป่วย...”
(FCG 107)

“...หมอมาสอน ความรู้ มันจะได้ทบทวนด้วยว่าที่
เคยทำไปมันถูกต้องมั้ย ต้องแก้ไขตรงไหนมัย ก็ ๆ
อยากได้ความรู้เพิ่มเติม มีความรู้ที่ถูกต้องเวลาทำ
ให้เค้าแล้วเราก็มั่นใจและสบายใจด้วยว่า
เค้าจะไม่เป็นอะไรไป...” (FCG 202)

“...ก็อยากให้เราสอนดูดเสมหะ ให้อาหาร กลัวแก
ล้าลักเข้าปอด ทำไปก็กลัวไปนะ เราไม่ใช่หมอ...”
(FCG 310)

“...ทำผลก็ทำไปงั้นๆไม่รู้ว่าถูกต้องมัย ก็อยากให้
หมอมาสอนที่มันถูกต้อง เพื่อผลมันจะหาย...”
(FCG 305)

“...อยากเรียนรู้วิธีการทำอุปกรณ์ไว้ใช้ดูแลผู้ป่วย
ที่ทำเองไว้ทำกายภาพให้เขา จะได้ประหยัดเงิน
ด้วย...” (FCG 501)

3) ความคิดเห็นต่อการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ข้อเสนอแนะไว้ 5 ข้อ
ประกอบด้วย 1) พัฒนาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) สนับสนุนค่าตอบแทน
การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) เพิ่มสวัสดิการการใช้บริการของรัฐโดยเสียค่าใช้จ่ายครึ่งราคา
4) สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และ 5) นำประสบการณ์ความรู้ที่ได้ไปเป็นผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (CG) ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อยากให้ช่วยดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพ
ความเป็นอยู่ บางทีมันเหนื่อย มันล้า นอนก็ไม่พอ
เครียดสะสม...” (FCG 103)

“...อยากให้ช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
กว่านี้ มันลำบาก...” (FCG 210)

“...อยากให้ช่วยเรื่องเงินช่วยเหลือ เราเป็นผู้ดูแล
ไม่มีงานทำที่ได้เงินเยอะ ก็อยากให้รัฐช่วยเหลือ
ตรงนี้ด้วย...” (FCG 401)

“...การสนับสนุนเงินรายเดือนให้คนดูแล
อยากได้ จะได้เอามาจุนเจือกัน...” (FCG 508)

“...อยากให้รัฐช่วยเหลือค่าใช้จ่ายอย่างอื่น
พวกค่ารถโดยสาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าบริการต่าง ๆ
คือว่าให้เราจ่ายครึ่งราคา...” (FCG 510)

“...อยากให้ช่วยเรื่องหางานให้ทำ ให้มีอาชีพ
ที่เลี้ยงครอบครัวได้...” (FCG 210)

“...ระหว่างที่คุณป่วยก็อยากมีงานเสริมทำให้พอ
ได้เงินเพิ่ม อยากให้ช่วยจัดหางานมาให้ทำที่บ้าน
และก็มีคนมารับงานไปแล้วจ่ายเงินเลย
ได้แบบนี้ก็ดี...” (FCG 303)

“...ก็คิดอยู่ว่าถ้าเค้าตายไปแล้วเราจะไปทำอะไร
ต่อ ทำงานอะไรได้บ้าง เราก็อายุมากแล้ว
ใครจะจ้างเรา อยากให้เขาเห็นใจเราตรงนี้
และที่จ้างงานเรา...” (FCG 109)

“...เห็น อสม. คนที่มาดูแลที่บ้านเขาได้ตั้งค์
ก็ว่าถ้าเขาตายไปเราก็ไปดูแลแบบเขาได้นะ
ก็อยากเป็นผู้ดูแลเหมือนเขา จะได้ไม่ต้อง
ไปทำงานไกลบ้าน...” (FCG 402)

“...พัฒนาให้เราเป็นผู้ดูแลคนป่วยคนอื่น
ในหมู่บ้านก็ดีนะไม่ต้องไปอบรม เราก็รู้เรื่อง
การดูแลดี ประสบการณ์เยอะอยู่...” (FCG 404)

4.4.2 ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้ข้อเสนอแนะไว้ 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) จัดระบบการบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลที่บ้าน 2) จัดระบบบริการสาธารณสุขไว้สำหรับบริการผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน 3) จัดหาอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เพียงพอ 4) ผลักดันให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน ให้ได้รับสิทธิผู้พิการ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับสวัสดิการจากรัฐ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...จัดทีมสุขภาพที่เป็นสหสาขาลงพื้นที่ในชุมชน เพื่อออกตรวจสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงและผู้ดูแลหลักที่บ้านทุกสัปดาห์ ให้บริการเชิงรุก ...”
(COM 109)

“...ประสานความร่วมมือกับบรมมุนิธิเพื่อบริการรถรับส่งผู้ป่วยและญาติไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลบาล...” (COM 206)

“...องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องจัดตั้งงบประมาณสำหรับบริการสิ่งสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น ของใช้สำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความจำเป็น และต้องใช้ในชีวิตประจำวัน...” (COM 402)

“...ประสานงานกันระหว่างสาธารณสุข เพื่อประเมิน ADL ให้ผู้ที่มีคะแนน 0-4 คะแนน ขึ้นทะเบียนผู้พิการ และประสานงานกับ พม. เพื่อช่วยเรื่องสวัสดิการตามสิทธิ...” (COM 501)

2) **ความคิดเห็นต่อการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้ข้อเสนอแนะไว้ 2 ข้อ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการสร้างนวัตกรรมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...รพ.สต. จัดหลักสูตรการสอนความรู้ทางวิชาการให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง...” (COM 307)

“...ประสานความร่วมมือกันระหว่างสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะร่วมกันพัฒนาความรู้ให้กับผู้ดูแล และสร้างให้ผู้ดูแลสามารถผลิตนวัตกรรมจากวัสดุเหลือใช้ในบ้านมาใช้ในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย...” (COM 104)

“...ประสานกับสถาบันการศึกษาทางสุขภาพให้มาสอนพัฒนาทักษะการสร้างนวัตกรรมทางสุขภาพให้กับผู้ดูแล...” (COM 505)

“...ทำแผลก็ทำไปงั้น ๆ ไม่รู้ว่าถูกต้องมัย ก็อยากให้หมอมาสอนที่มันถูกต้อง เพื่อแผลมันจะหาย...” (FCG 305)

3) **ความคิดเห็นต่อการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ข้อเสนอแนะไว้ 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าถึงสวัสดิการแห่งรัฐตามสิทธิ 3) ส่งเสริมการมีงานทำให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 4) พัฒนาหลักสูตรผู้ดูแลจากการต่อยอดประสบการณ์ของญาติผู้ดูแล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อบต. และพัฒนาสังคมจังหวัด จะต้องเข้ามา
มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยติดเตียงร่วมกัน...” (COM 402)

“...สาธารณสุขเข้ามาแก้ไขปัญหาสุขภาพ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างสม่ำเสมอ
และต่อเนื่อง...” (COM 207)

“...ทุกหน่วยงานต้องช่วยกันผลักดันให้ผู้ดูแลหลัก
ได้รับสวัสดิการและเข้าถึงสวัสดิการตามสิทธิ...”
(COM 509)

“...กรมแรงงานต้องช่วยในการจัดหางาน
ให้กับผู้ดูแลหลักและอำนวยความสะดวก
ในการเข้าถึงการทำงานได้ง่ายขึ้น...” (COM
309)

“...กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาหลักสูตร
ผู้ดูแลจากการต่อยอดประสบการณ์ของญาติผู้ดูแล
ให้ผู้ดูแลหลักสามารถนำความรู้และประสบการณ์
ที่ได้ไปขึ้นทะเบียนเป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ
เพื่อใช้ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
ในชุมชนต่อไปได้...” (COM 310)

4.4.3 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตอนนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1) กระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอสำหรับ
การดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล ให้บริการสุขภาพเชิงรุก
สอนให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับญาติผู้ดูแล เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง
ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเร่งพัฒนาหลักสูตรการต่อยอดประสบการณ์ของผู้ดูแล
ให้เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...สาธารณสุขเองก็ต้องพัฒนากำลังคนของตนให้เพียงพอต่อผู้รับบริการในชุมชน เน้นนโยบายการให้บริการเชิงรุกกับผู้ป่วยและญาติแบบบูรณาการ จัดบริการสุขภาพทั้งครอบครัวของผู้ป่วย...” (Exp 01)

“...เน้นการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก ให้บริการแบบดิลิฟเวอร์รี่ เบ็ดเสร็จ ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเดินทางไปหน่วยบริการสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ สอนให้ความรู้ ฝึกทักษะของผู้ดูแลให้มีความชำนาญ และสามารถพึ่งพาตนเองได้...” (Exp 07)

“...ผลักดันให้มีหลักสูตรการต่อยอดประสบการณ์ของผู้ดูแลให้เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ ต้องเป็นหลักสูตรที่เกิดจากประสบการณ์จริงของผู้ดูแล และการให้ความรู้ทางวิชาการแบบเชิงรุกถึงที่บ้าน โดยผู้ดูแลไม่ต้องเดินทางมาอบรมที่ รพ.สต. ...” (Exp 03)

“...มีการเก็บประสบการณ์ และมีการสอบวัดความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านเลย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเรื่องนี้ต้องเป็นผู้ติดตามประเมินผล และเก็บรวบรวมเป็นรายวิชาไว้สำหรับการขอเทียบกับเกณฑ์ของหลักสูตร...” (Exp 09)

2) กระทบวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ออกกฎหมายสวัสดิการสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...คุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และญาติ จะต้องได้รับการพัฒนาและแก้ไข ปัญหาจาก พม. จะได้ประเมินปัญหา และประสานความช่วยเหลือจาก หน่วยงานอื่น ๆ...” (Exp 05)

“...กระทบ พม. ต้องผลักดันให้มีกฎหมาย สวัสดิการสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อจะได้จัดสวัสดิการ ให้ผู้ดูแลได้อย่างถูกต้องไม่ผิดระเบียบ ราชการ...” (Exp 05)

“...ต้องพัฒนาระบบการขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ ของผู้สูงอายุที่มีค่า ADL 0-4 ค่ะ แนน เพื่อให้ได้รับสิทธิผู้พิการ และการขึ้นทะเบียน ผู้ดูแลผู้พิการด้วยเช่นกัน...” (Exp 01)

3) กระทบแรงงาน มีการจัดหางานให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งที่ยังให้การดูแลอยู่และหลังจากที่ผู้สูงอายุนั้นได้เสียชีวิตไปแล้ว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ปัญหาการมีงานทำของผู้ดูแลก็เป็นปัญหา สำคัญที่จะนำไปสู่ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ หากเขาไม่มีงานทำไม่มีรายได้ คุณภาพชีวิต ของเขาก็จะแย่ตามด้วย ดังนั้น กรมแรงงาน จะต้องมีส่วนช่วยในการหางานให้ญาติผู้ดูแล กลุ่มนี้ได้มีงานทำ...” (Exp 08)

“...กระทรวงแรงงาน ควรมีระบบ การขึ้นทะเบียนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ติดเตียงหรือมีความพิการ และจัดให้ได้รับ สิทธิการจัดให้มีงานทำโดยไม่มีข้อแม้ เรื่องของอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้เขา สามารถหางานทำได้ง่ายขึ้น...” (Exp 04)

4) สถาบันการศึกษา บูรณาการการเรียนการสอนกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยในชุมชน โดยการจัดให้มีการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ตามความต้องการของญาติผู้ดูแล และช่วยเหลือในการพัฒนานวัตกรรมบริการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...หน่วยงานทางการศึกษาในชุมชนนั้น ๆ หาก มาร่วมกันให้ความรู้ ส่งเสริมศักยภาพพัฒนา ความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วย ประดิษฐ์ คิดค้นนวัตกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยเพื่อไว้ใช้ เองก็จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้บ้าง...” (Exp 04)

5) กระทรวงมหาดไทย จัดบริการและอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล ในใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังตัวอย่าง คำพูดต่อไปนี้

“...องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พื้นที่ต้อง จัดทำแผนสำหรับการใช้งบประมาณในการ จัดบริการและอำนวยความสะดวกสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลอย่าง เพียงพอและเหมาะสม...” (Exp 06)

“...กระทรวงมหาดไทยจะต้องมีแผนระยะยาว สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และถ่ายทอดนโยบายลงสู่องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการดูแลช่วยเหลือ
ผู้สูงอายุและญาติ...” (Exp 01)

4.4.4 สรุปผลการกำหนดประเด็นปัญหาข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์สร้างศักยภาพ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์และพึ่งพิงรุนแรง มีคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0 – 11 คะแนน ส่วนญาติผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และปัญหาด้านอาการทางกาย (Somatic Symptoms) ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่คือ มีความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผลกระทบจากการดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่อจิตใจและสังคม เศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการเข้าถึงบริการทางสังคม และได้รับบริการทางสังคมด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลมากที่สุด แต่การเข้าถึงบริการทางสังคม และการได้รับบริการทางสังคมด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครองน้อยที่สุด การได้รับบริการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลของญาติ พบว่า ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพด้วยตนเองมากกว่าการได้รับการเสริมสร้างศักยภาพจากภายนอก โดยเฉพาะจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการช่วยเหลือด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพภายหลังที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิตไปแล้ว ต้องการทราบข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องการที่จะนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล (Care Giver) โดยไม่ต้องไปอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด

สรุปประเด็นปัญหาที่เป็นข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์สร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า สาเหตุปัญหาการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สังเคราะห์ประเด็นปัญหาได้ 4 ประเด็น คือ 1) ขาดความต่อเนื่องของกระบวนการในการส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ญาติผู้ดูแล 2) ระบบสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมในทุก ๆ ด้านของญาติผู้ดูแลยังไม่เหมาะสม 3) ระบบการเสริมสร้างศักยภาพจากภายนอก เช่น หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติผู้ดูแล และ 4) ระบบการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และอาชีพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 สรุปการกำหนดประเด็นปัญหาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัญหา	สภาพการณ์ปัจจุบัน	แนวทางการพัฒนา
1) ขาดความต่อเนื่องของกระบวนการในการส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ญาติผู้ดูแล	1.1) ขาดกำลังคนด้านสุขภาพ 1.2) การบริการสุขภาพเชิงรุกยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ 1.3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชนยังไม่เหมาะสมขาดความต่อเนื่อง 1.4) ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น	1) จัดระบบการเสริมสร้างศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
2) ระบบสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมในทุกๆด้านของญาติผู้ดูแลยังไม่เหมาะสม	2.1) สวัสดิการตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้และเข้าถึงสวัสดิการ 2.2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระบบการดูแลระยะยาวในการดูแลตามกฎหมาย 2.3) ญาติผู้ดูแลไม่มีระบบสวัสดิการในฐานะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งๆที่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 2.4) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (CG) ให้การดูแลผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินรายเดือน 2.5) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พิการ ได้รับสวัสดิการตามสิทธิการเป็นผู้ดูแลผู้พิการ	2) จัดระบบและกลไกการสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมในทุกๆด้านที่จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ปัญหา	สภาพการณ์ปัจจุบัน	แนวทางการพัฒนา
<p>3) ระบบการเสริมสร้างศักยภาพจากภายนอก เช่น หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติผู้ดูแล</p>	<p>3.1) ญาติผู้ดูแลแสวงหาความรู้ทางวิชาการ การสร้างนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองจากสื่อออนไลน์</p> <p>3.2) กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาผู้ดูแลที่เป็นทางการ (CG) จัดอบรมให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ให้ได้รับใบประกาศนียบัตรเป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ และสนับสนุนค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน</p> <p>3.3) ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ ไม่ได้รับการอบรมที่เป็นหลักสูตรเพื่อให้ได้รับใบประกาศนียบัตร</p> <p>3.4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากหน่วยงานสุขภาพ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล โรงพยาบาลชุมชน ได้เข้าไปเยี่ยมบ้าน คัดกรองและตรวจสุขภาพ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลือ จัดประชุมและอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน ด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>3.5) การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน มูลนิธิ เมื่อมีการร้องทุกข์จากสมาชิกภายในชุมชน ได้ทำการลงพื้นที่ เพื่อเข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้าน</p>	<p>3) จัดระบบการเสริมสร้างศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ปัญหา	สภาพการณ์ปัจจุบัน	แนวทางการพัฒนา
4) ระบบการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่เพียงพอ	<p>4.1) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงมาก</p> <p>4.2) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ประจำ หรือทำงานประจำไม่เต็มที่ ค่าใช้จ่ายสูงไม่เพียงพอต่อการดูแล ได้แก่ ค่าซื้ออุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน สายยางดูดเสมหะ แพนมเพิร์ส เป็นต้น</p> <p>4.3) มีการจัดตั้งกองทุน และรับบริจาคเงินจากหน่วยงานเอกชนเพื่อเข้ามาช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในชุมชน</p> <p>4.4) ไม่มีการส่งเสริมการประกอบอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<p>4) ส่งเสริมการสร้าง ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>

4.4.5 การสังเคราะห์ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผลการสังเคราะห์ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถสรุปได้จากผลการวิจัยนี้มี 3 ประเด็น คือ 1) จัดระบบ และกลไกการสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมในทุก ๆ ด้านที่จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) จัดระบบการสร้างเสริมศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และ 3) ส่งเสริมการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) จัดระบบและกลไกการสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมในทุกด้านที่จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมี 3 มาตรการ ดังนี้

(1) จัดระบบการบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลแบบครบวงจรถึงที่บ้าน

(2) จัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือยามฉุกเฉิน และบริการรับส่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อต้องไปโรงพยาบาล ในชุมชน

(3) สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับไว้ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) จัดระบบการสร้างเสริมศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน โดยมี 3 มาตรการ ดังนี้

(1) สนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอสำหรับการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล ให้บริการสุขภาพเชิงรุก พัฒนาความรู้ทางวิชาการทันสมัย ฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับญาติผู้ดูแล เป็นที่ปรึกษา และเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(2) สถาบันการศึกษา บูรณาการการเรียนการสอนกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน โดยการจัดให้มีการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆตามความต้องการของญาติผู้ดูแล และช่วยเหลือในการพัฒนานวัตกรรมบริการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(3) พัฒนาหลักสูตรผู้ดูแลจากการต่อยอดประสบการณ์ของญาติผู้ดูแล โดยนำประสบการณ์ความรู้อันได้ไปเทียบกับเกณฑ์ของหลักสูตรเพื่อให้ออกใบวุฒิบัตรเป็นผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (CG)

3) ส่งเสริมการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมี 3 มาตรการ ดังนี้

(1) สนับสนุนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายรายเดือน

(2) สนับสนุนค่าตอบแทนการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(3) สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยส่งเสริมการมีงานทำให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งกระทรวงแรงงานจะต้องมีการจัดหางานให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งที่ยังให้การดูแลอยู่ และหลังจากที่ผู้สูงอายุนั้นได้เสียชีวิตไปแล้ว

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหา ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) ศึกษาการเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และ 4) ศึกษาความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผลการวิจัยอธิบายโดยการบรรยายสรุป และการอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 สถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1) ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 277 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.30 และเพศหญิง ร้อยละ 47.70 มีอายุเฉลี่ย 72.75 ปี มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และหลอดเลือดสมอง มากที่สุด ร้อยละ 63.90 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาแล้วเฉลี่ย 4.54 ปี มีภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์ ร้อยละ 56.70 และพึ่งพิงรุนแรง ร้อยละ 39.70 มีแผลกดทับ ร้อยละ 60.65 และมีข้อติดแข็ง ร้อยละ 52.35

ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 277 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.00 มีอายุเฉลี่ย 45.76 ปี ญาติผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้ทำงานประจำ และกลุ่มที่ทำงานประจำ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.00 รองลงมาธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 24.50 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 66.10 มากกว่าครึ่งหนึ่งของญาติผู้ดูแลมีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 67.90 ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.54 ปี ให้การดูแลอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 72.20 และเป็นบุตรของผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 58.80

2) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีกิจกรรมหลัก ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวัน ซึ่งมีหลากหลายกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้เอง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นพยาบาลประจำครอบครัวของตนเอง โดยมีข้อค้นพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 2) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย 3) การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ

5.1.2 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหาผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีปัญหา 3 ประการ คือ 1) ปัญหาด้านความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) คือ รู้สึกว่าตนเองสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ไม่ดี รู้สึกว่าไม่มีเวลาออกไปพบปะเพื่อน ๆ หรือเพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ และรู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในครอบครัวและชุมชนลดลง 2) ปัญหาด้านอาการทางกาย (Somatic Symptoms) คือ มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ร่างกายเริ่มทรุดโทรมและสุขภาพแย่กว่าเดิม และ 3) ปัญหาด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) คือ มีความคิดที่จะทำร้ายร่างกายตนเอง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ท้อแท้และสิ้นหวัง ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สะสมมาเป็นเวลานาน และมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจาก ญาติผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่มีเวลาที่เพียงพอในการดูแลตนเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่มีคนผลัดเปลี่ยน ปัญหาและสาเหตุดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความต้องการการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และอาชีพ ต้องการทราบข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องการที่จะนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล (Care Giver) และต้องการได้รับเงินสวัสดิการในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากปัญหา ผลกระทบ และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าวมานั้น จะเห็นว่าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

5.1.3 การเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในชุมชน

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการทางสังคม และได้รับบริการทางสังคมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ด้านรายได้ ด้านที่พักอาศัย ด้านนันทนาการ ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และด้านการสร้างบริการทางสังคม ซึ่งการบริการทางสังคมนี้ เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ และเข้าถึงบริการได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยตนเอง ได้แก่ การศึกษาค้นคว้าและคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกายบนเตียง ประดิษฐ์แพมเพิร์สเอง โดยมีการศึกษาตัวอย่างจากสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ยูทูบ โทททัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น และได้รับบริการทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหลายหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนด้านความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สนับสนุนสวัสดิการอันพึงมีพึงได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ซ่อมแซมบ้านเรือน ทำทางลาดสำหรับเข็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขึ้นบ้าน มอบถุงยังชีพ ชุดอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เบี้ยยังชีพสำหรับผู้เฒ่าเฒ่า เป็นต้น 3) การศึกษานอกระบบ (กศน) เข้ามาในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อสอนให้ผู้ดูแลได้ฝึกอาชีพที่บ้าน และที่สำคัญพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลได้รับบริการทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม. เป็นผู้มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนมานานมากกว่า 10 ปี 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ซึ่ง CG ทุกคนผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ 3) ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชมรมเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง มีจิตอาสา คอยพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และมีกิจกรรมจิตอาสากับผู้ป่วยและผู้ด้อยโอกาสในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ 4) ผู้นำชุมชน เป็นผู้ที่มิบทบาทในการประสานงานรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์จากสมาชิกในชุมชนและดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ประสานงานในส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม 6) องค์กรบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่ในการจัดสวัสดิการทางสังคม โดยนำนโยบาย

ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเข้ามาจัดการและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และ 7) องค์กรเอกชน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตอุตสาหกรรม ผู้ประกอบการจะต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมจึงได้มีการบริจาคเงินสมทบกองทุนในชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

5.1.4 ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถสรุปได้จากผลการวิจัยนี้พบว่ามี 3 ประเด็น คือ

- 1) จัดระบบและกลไกการสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมในทุก ๆ ด้านที่จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) จัดระบบการสร้างเสริมศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
- 3) ส่งเสริมการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.2 การอภิปรายผล

5.2.1 สถานการณ์การได้รับการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพึ่งพิงสมบูรณ์ ซึ่งมีคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน ร้อยละ 56.70 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มนี้พึ่งตนเอง และ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีความพิการหรือทุพพลภาพ ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สูญเสียสมรรถภาพลงเรื่อยๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง เกิดภาวะการพึ่งพิง และต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จากผลการศึกษานี้พบว่า การดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติที่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวันที่มีความหลากหลายกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้เอง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นพยาบาลประจำครอบครัวของตนเอง โดยมีข้อค้นพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 2) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย 3) การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากสังคมไทยยังเป็นสังคมที่มีวัฒนธรรมของการตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น จึงเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัว โดยญาติผู้ดูแลจะทำหน้าที่

คอยดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องอาหาร ยา และการปรนนิบัติ ซึ่งความเป็นชุมชนท้องถิ่นของไทย จะยังคงมีวัฒนธรรมที่สืบต่อกันมาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุพการี เช่น พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ไม่ว่าจะเป็น การดูแลจาก สามี ภรรยา ลูกสาว ลูกชาย ลูกเขย สะใภ้ และหลาน ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติต่อ การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม อรรถากร และ สุเทพ เชื้อสมุทร (2564) ที่อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ผู้สูงอายุบางรายอาจ จะพอขยับแขน ขาได้บ้าง แต่ถึงอย่างไรก็ตามยังต้องมีคนช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทุก อย่างเช่นกัน ได้แก่ การป้อนอาหารและน้ำ การช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน และการอาบน้ำ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เฟ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และ วารี ศรีสุรพล (2560) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ ในแต่ละวัน ได้แก่ 1) การทำเช็ดตัว หรือการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า 2) การดูแลเกี่ยวกับอาหาร ตั้งแต่ การเตรียมอาหาร การป้อนอาหารและน้ำ 3) การรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีวิธีการดูแลให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในรักษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การดูแลรักษาด้วยตนเอง คือการซื้อยามาให้ผู้สูงอายุรับประทานเอง การจัด ยาตามที่โรงพยาบาลจัดให้มาสำหรับให้ผู้สูงอายุรับประทาน และการรักษาแบบทางเลือก คือ การพาผู้สูงอายุไปปรึกษากับหมอพื้นบ้าน สำนักสงฆ์ หมอคู่ที่เป็นความเชื่อของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวลิต สวัสดิ์ผล และ วารี ศรีสุรพล (2565) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบประเด็นที่สำคัญ คือ ระบบคุณค่าของชุมชน ความเชื่อของชุมชนท้องถิ่นเชิงบวก และค่านิยมที่ดีของสังคม มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน โดยอธิบายได้ว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการดูแลตอบแทนผู้ที่มีบุญคุณ เปรียบเสมือนเป็นบุพการี เป็นผู้มีคุณค่า ที่คนในชุมชนต้องปรนนิบัติ ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย รวมถึงการไปเยี่ยม พุดคุย ให้กำลังใจ และการช่วยเหลือการดูแลกิจวัตร ประจำวัน อันได้แก่ การจัดหาอาหาร การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย ทำกายภาพบำบัด และ การพาผู้สูงอายุไปรับการตรวจรักษาแพทย์ตามนัด เช่นเดียวกับการศึกษา ของ เกษม อรรถากร และ สุเทพ เชื้อสมุทร (2564) ศึกษาบทบาทประชาสังคมกับการดูแล ผู้ป่วยติดเตียง พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นภาระหน้าที่ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ผู้ดูแลต้องมีความอดทนสูง เพราะผู้ดูแลต้องใช้เวลาตลอดทั้งวันกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในการทำกิจวัตรต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร, เพชรรา ทองเฝ้า, มณีนรัตน์ ปัจจะวงษ์, สุกัลยาณี สิงห์สัตย์ และ จิรวารณ บรรณบดี (2565) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา

และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ของชุมชนจังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 82.5 ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงแต่เพียงผู้เดียว ไม่มีคนช่วย ทำหน้าที่หลายอย่างในแต่ละวัน ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการดูแลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลส่วนใหญ่มักจะเป็นกดทับที่ก้น การดูแลสายสวนปัสสาวะ การล้างอุจจาระ การให้ยารักษาโรค การพาไปตรวจตามนัด การพูดคุยเป็นเพื่อน และการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแผลกดทับ ร้อยละ 60.65 และมีข้อติดแข็ง ร้อยละ 52.35 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมน้อย การนอนนานๆทำให้เกิดแรงกดไปที่ผิวส่วนล่างของร่างกายอาจทำให้เกิดแผลเพราะเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงส่วนนั้นไม่เพียงพอ และการนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวทำให้เกิดพังผืดยึดตามข้อต่อต่างๆ อาจทำให้ข้อติดแข็งได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาวีสุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช (2562) ทำการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกายมีความเสื่อมสภาพลง อ่อนเพลียง่าย ภูมิคุ้มกันน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคเก๊าท์ โรคมะเร็ง รวมถึงโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร, เพชรา ทองเฝ้า, มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์, สุกัลยาณี สิงห์สัตย์ และ จิรวรรณ บรรณบดี (2565) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ของชุมชนจังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียง มีอายุเฉลี่ย 74.97 ปี ระยะเวลาอนัตติดเตียงเฉลี่ย 6.92 ปี มีแผลกดทับและข้อติด ซึ่งอธิบายได้ว่าอายุที่มากของผู้ป่วยติดเตียงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายและโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่บางครั้งอาการอาจกำเริบซึ่งการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานบอถึงความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง หากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

5.2.2 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของญาติผู้ดูแลด้านปัญหาผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีปัญหา 3 ประการ คือ 1) ปัญหาด้านความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) คือ รู้สึกว่าตนเองสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ไม่ดี รู้สึกว่าไม่มีเวลาออกไปพบปะเพื่อน ๆ เพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ และรู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในครอบครัว

และชุมชนลดลง 2) ปัญหาด้านอาการทางกาย (Somatic Symptoms) คือ มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ร่างกายเริ่มทรุดโทรมและสุขภาพแย่กว่าเดิม และ 3) ปัญหาด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) คือ มีความคิดที่จะทำร้ายร่างกายตนเอง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ท้อแท้และสิ้นหวัง ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สะสมมาเป็นเวลานาน และมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจาก ญาติผู้ดูแลมีความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่มีเวลาที่เพียงพอในการดูแลตนเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่มีคนผลัดเปลี่ยน ปัญหาและสาเหตุดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความต้องการการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และอาชีพ ต้องการทราบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องการที่จะนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล (Care Giver) และต้องการได้รับเงินสวัสดิการในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากปัญหา ผลกระทบ และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าวมานั้น จะเห็นว่าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนประสบกับปัญหาสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม ซึ่งปัญหาทางกายมักเกิดจากการทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่หนักและทำซ้ำ ๆ เป็นเวลานานจนเกิดความสีกหลอของร่างกาย ประกอบการปฏิบัติสิ่งเดิมเป็นเวลานาน และปัจจัยกระตุ้นทางสังคม และเศรษฐกิจสะสม จะส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพทางจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งภาระการดูแลนั้นผู้สูงอายุเปรียบได้กับผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ฉะนั้นผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลตลอดทั้งวันทั้งคืน ทำให้ไม่ได้ออกไปมีส่วนร่วมในสังคมจนต้องถอยห่างออกจากสังคมได้ ความสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี พุทธชาติ, เพ็ญศิริ อุตถาวงค์, ปารีชาติ ธนากุลรังสี, รวิสร่า แก้วกระเศรษฐ์, ภัสราภรณ์ แก้วทองมา และ วสุทิดา นนทพันธ์ (2565) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ที่หนักหน่วง และต้องทำตลอดเวลาและมีความยาวนานมาก ซึ่งผลจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ทำให้ญาติผู้ดูแลมองว่าตนแบกรับภาระไว้ผู้เดียว การรับภาระหนักอันยิ่งใหญ่นี้มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเงิน ในด้านจิตใจจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต คือ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุริยา ฟองเกิด, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และ กนกพร นทีธนสมบัติ (2562) พบว่า ผู้ดูแลมีสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหลังจากที่มารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลเริ่มเจ็บป่วย คนที่มีโรคประจำตัว

เกิดไม่สามารถควบคุมโรคได้ และรุนแรงขึ้น ได้แก่ ร่างกายเสื่อมโทรม เช่น เขาเสื่อม หลังเสื่อม ปวดเมื่อยตามร่างกาย ความเครียดสะสมเพราะญาติผู้ดูแลยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ และนอกจากนี้อาจเกิดจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จึงทำให้ไม่มีเวลาในการหาข้อมูลหรือฟังการบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชาธิย์ ใจคำวัง, วรดา จักษุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู และ อินธิรา ตระกูลฤกษ์ (2562) พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่นความรู้เรื่องโรคต่างๆ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลการดูแลได้เนื่องจากผู้ดูแลมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งข้อเท็จจริงของการดูแลนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้สูงอายุตามสภาพที่เป็นอยู่ เมื่อเจ็บป่วยก็ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แหล่งความรู้ของผู้ดูแลมาจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ จากการปฏิบัติสืบทอดกันมามากกว่า การได้จากแหล่งที่เป็นทางการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) นอกจากนี้การศึกษาของ Moral-Fernández, Frías-Osuna, Moreno-Cámara, Pedro, Palomino-Moral, and Del-Pino-Casado (2018) พบว่า ผลที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมักจะถูกจำกัดเวลาเนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และบางคนมีผลกระทบในชีวิตการทำงานถึงกับต้องออกจากงานที่ได้รับค่าจ้าง เพื่อมาอุทิศตนให้กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว และสุดท้ายต้องตัดขาดจากสังคมทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาด้วย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลโดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลทดแทนทั้งหมด ผู้ดูแลจะไม่มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดความเป็นส่วนตัว มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ch'ng et al. (2022) พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งมีความกังวลในการใช้ชีวิตด้วยความสงสัยในตนเอง และเกิดความวุ่นวายที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตลอดจนความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อนฝูงของตนเองลดลง และญาติผู้ดูแลยังต้องอดทนต่อสภาพอารมณ์ทางลบของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โกรธโมโห เอาแต่ใจ และไม่ให้ความร่วมมืออื่น ๆ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยา พองเกิด, กมลทิพย์ ขลังธรรมนิยม และกนกพร นทีธนสมบัติ (2562) พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเครียด ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ การถดถอยออกจากสังคม และญาติผู้ดูแลจะแสดงอาการต่าง ๆ ปรากฏออกมาให้เห็นคือ คิดกังวล สับสน นอนหลับยาก รับประทานอาหารได้น้อย และแยกตัวอยู่ในมุมมืด การสะสมอาการดังกล่าวเป็นเวลานานมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่งลงของญาติผู้ดูแลได้ เช่นเดียวกับผลการศึกษารองของ ขวลิขิต สวัสดิ์ผล และ วารีย์ ศรีสุรพล (2565) พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ไม่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการดูแล สภาพแวดล้อมที่บ้านไม่อำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล จัดการด้านอารมณ์ตนเองไม่ได้ เช่น หงุดหงิด เครียด กังวล เศร้า ขาดความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพ และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม ชุมชน จากปัญหา และสาเหตุดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความต้องการความช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพ ต้องการทราบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องการที่จะนำประสบการณ์ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล (Care Giver) และต้องการได้รับเงินสวัสดิการในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาทางการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน และมีภาระค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนนอกจากต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวและยังต้องมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และต้องขุดเซยเวลาที่ต้องใช้ไปในการดูแลผู้สูงอายุจึงทำให้มีต้องการความช่วยเหลือทางด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพ จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการการตอบสนองทางเศรษฐกิจและสวัสดิการทางสังคม ที่เป็นเช่นนั้นเพราะเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการการช่วยเหลือในสิ่งที่ตนเองทำได้ยากลำบาก เมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วจะมีผลกระทบต่อการทำงาน โดยอาจต้องปรับวิธีการทำงานนอกบ้าน มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ทั้งรายจ่ายของตนเองและรายจ่ายของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงต้องการการช่วยเหลือด้านสวัสดิการระหว่างที่ต้องทำงาน ซึ่งความต้องการด้านเศรษฐกิจคือ ญาติผู้ดูแลต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิมต้องการมีเงินเป็นค่าอาหารสำหรับตนเอง และครอบครัว และไว้ใช้จ่ายทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัตติจิตตา เทวาลีศสกุล, วณิภา ศิริวรสกุล และชัชสรณ์ รอดยิ้ม (2559) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการด้านรายได้ และสวัสดิการสังคม ได้แก่ ต้องการรายได้จากเบี้ยยังชีพที่รัฐบาลสนับสนุนรายเดือนที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตตามภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ต้องการรายได้เสริมหลังจากเกษียณการทำงานแล้ว และ ต้องการให้ผู้ดูแลสวัสดิการอื่น ๆ ตามสิทธิ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวสิต สวัสดิ์ผล และ วารี ศรีสุรพล (2565) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการให้มีคนมาร่วมดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และมีความต้องการเพื่อผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและครอบครัว ได้แก่ ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย บ้าน หรือเตียงที่เหมาะสม ด้านเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และครัวเรือนผู้ดูแลหลักที่เพียงพอต่อการดูแล ด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ และการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเพียงพอ ด้านสังคม การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคมของหมู่บ้าน การรวมกลุ่ม การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และด้านการจัดสวัสดิการชุมชน

และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง และเหมาะสมตลอดจนความต้องการของการเข้ามาบริการดูแล ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่บ้าน การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่เพียงพอต่อ ความต้องการ และความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง ลักษณะอาการของโรค และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความต้องการ และผู้ดูแลต้องการให้มีคนอยู่ด้วยเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอาการหนัก ความต้องการดังกล่าวนี้ Grant (1996) ระบุว่า ผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่าง ๆ ซึ่งการศึกษาของ อรุณวิฑู กัญจนจारी และคณะ (2560) พบว่า ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงความพร้อมของบุคลากรทุกระดับ สิ่งแวดล้อมของสถานบริการที่มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสุขสบายกายสบายใจ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค และผลการรักษามีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง และมีความเป็นส่วนตัว ซึ่งปัญหา ผลกระทบ และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงของญาติผู้ดูแล ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษานี้ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่เสื่อมลงกว่าก่อนที่จะมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องใช้กำลังมากขึ้นในการออกแรงยกตัวผู้ป่วยเวลาอาบน้ำ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้น การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จนทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแล ตนเอง ไม่มีคนเปลี่ยนเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน และผู้ดูแลเองมีอายุมากด้วยเช่นกัน ซึ่งความเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว อ่อนเพลีย ทำให้เกิด ความเหนื่อยล้าจากการดูแลจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่ เพียงคนเดียว และอาการที่มักจะพบเจอบ่อย ๆ คือ ปวดหลัง ปวดข้อเข่า อันเนื่องมาจากการยก และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยวิธีที่ไม่ถูกต้อง และเกินกำลังตัวเอง ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการ ที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่า ภาระที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวัน ยิ่งเพิ่มมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่า ผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น ๆ ซึ่งปัญหาสุขภาพ ทางกายนี้จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ สอดคล้อง กับการศึกษาของ Niu, Ding, Wu, Ma, and Shi (2023) พบว่า การขาดความรับผิดชอบต่อตนเอง

ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเองทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ผู้ดูแลหลายคนละเลยการดูแลสุขภาพตนเองโดยทุ่มเทไปที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มากจนเกินไปจนทำให้เกิดความเครียด และสามารถนำไปสู่ระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลง และมีความเสี่ยงต่อโรคทางเดินอาหาร และหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจากการสำรวจความชุกของอาการซึมเศร้า ของผู้ดูแลพบมากถึงร้อยละ 37.7 (Zhong, Wang, & Nicholas, 2020) การทุ่มเทเวลา และความพยายามอย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุย่อมส่งผลต่อรายได้ของผู้ดูแลซึ่งพบว่าผู้ดูแลขาดรายได้ ที่เพียงพอทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่าย และค่ารักษาพยาบาลที่สูงของผู้สูงอายุ ยิ่งเป็นการเพิ่มภาระทางการเงินให้กับผู้ดูแล นอกจากนี้ กิจวัตรการดูแลที่มากมายในแต่ละวัน ยังจำกัดกิจกรรมทางสังคม ของผู้ดูแล นอกจากนี้ Nasr, Heneiti, & Hammoudeh (2021) เสนอแนะว่า การพัฒนาทักษะ การดูแลที่ดีจะช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของผู้ดูแล และคุณภาพการดูแล ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแล มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.2.3 การเข้าถึงและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการทางสังคม และได้รับบริการทางสังคมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ด้านรายได้ ด้านที่พักอาศัย ด้านนันทนาการ ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และด้านการสร้างบริการทางสังคม ซึ่งการบริการทางสังคมนี้ เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ และเข้าถึงบริการได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยตนเอง ได้แก่ การศึกษาค้นคว้า และคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกายบนเตียง ประดิษฐ์แพมเพิร์สเอง โดยมีการศึกษาตัวอย่างจากสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ยูทูป โทททัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น และได้รับบริการทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหลายหน่วยงาน ในชุมชน ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการฝึกทักษะ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนด้านความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สนับสนุนสวัสดิการอันพึงมีพึงได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ซ่อมแซมบ้านเรือน ทำทางลาดสำหรับเข็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้นบ้าน มอบถุงยังชีพ ชุดอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เบี้ยยังชีพสำหรับผู้เฒ่าเฒ่า เป็นต้น 3) การศึกษานอกระบบ (กศน) เข้ามาในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อสอนให้ผู้ดูแลได้ฝึกอาชีพที่บ้าน

และที่สำคัญพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลได้รับบริการทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน ประกอบด้วย

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนมานานมากกว่า 10 ปี
- 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ซึ่ง CG ทุกคนผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ
- 3) ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชมรมเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง มีจิตอาสา คอยพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและมีกิจกรรมจิตอาสากับผู้ป่วยและผู้ด้อยโอกาสในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ
- 4) ผู้นำชุมชน เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์ในการประสานงานรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์จากสมาชิกในชุมชนและดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพให้คำปรึกษา ประสานงานในส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- 6) องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่ในการจัดสวัสดิการทางสังคม โดยนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเข้ามาจัดการและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และ
- 7) องค์กรเอกชน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตอุตสาหกรรม ผู้ประกอบการจะต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมจึงได้มีการบริจาคเงินสมทบกองทุนในชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคให้กับผู้สูงอายุในชุมชน อาจเป็นเพราะการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทยมีกฎหมายที่รองรับสิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐอยู่แล้ว ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับรายได้ของผู้สูงอายุ กฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ กฎหมายที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ กฎหมายที่กำหนดรับรองให้ผู้ที่มีอายุเกินหกสิบปียังสามารถประกอบอาชีพได้ และกฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอันรวมถึง กฎ และระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามสวัสดิการนั้นเป็นของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้สูงอายุที่ควรได้รับ แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นยังไม่ได้รับสิทธิการเป็นผู้ดูแลตามกฎหมายโดยเฉพาะสวัสดิการในด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ได้มีการจดทะเบียนการเป็นผู้พิการจึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการนั้น ที่ว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนการดูแล และสวัสดิการเหมือนสิทธิผู้พิการนั้น จะเห็นได้ว่า กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้มีระเบียบรองรับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการไว้แล้ว และมีระบบการติดต่อค่อนข้างสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น แต่ที่ญาติผู้ดูแลยังไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการนี้ เนื่องจากยังขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างกรม กอง ต่าง ๆ ระหว่างกระทรวง เช่น กระทรวงสาธารณสุข

โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องออกใบรับรองความพิการให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วประสานกับญาติเพื่อดำเนินการติดต่อกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อดำเนินการในขั้นตอนการขึ้นทะเบียนผู้พิการ และญาติผู้ดูแลต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ดูแลผู้พิการตลอดจนต้องผ่านการอบรมการดูแลผู้พิการจนครบหลักสูตรกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงจะมีสิทธิได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการการเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556) แต่ในส่วนของสวัสดิการด้านอื่น ๆ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนก็ยังสามารถได้รับตามปกติ เช่น การจัดบริการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีการจัดบริการให้กับญาติผู้ดูแลจากหลากหลายหน่วยงานในชุมชน ซึ่งมีการศึกษาของ สมปอง สุวรรณภุมมา (2564) ได้เสนอไว้ว่า การดูแลคุ้มครองสมาชิกของสังคมเป็นบทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัว ระบบเครือญาติ ระบบเพื่อนบ้าน ระบบชุมชนก็จะทำหน้าที่ให้การดูแลสงเคราะห์แบบชั่วคราว ในขณะที่องค์กรภาครัฐจะเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบก็ต่อเมื่อระบบสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดตัวของบุคคลนั้น รัฐจะเข้ามาให้การช่วยเหลือ ซึ่งที่ผ่านมารัฐได้มีระบบการช่วยเหลือโดยการจัดบริการสังคมมากมาย เช่น ระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับการนำมาปรับใช้กับสังคมไทย มี 2 ทางเลือก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) ได้แก่ 1) การใช้โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเป็นฐาน เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ และเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่อยู่แล้ว และ 2) การให้ชุมชนเป็นฐาน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน กับครอบครัวในท้องถิ่นของตนเอง จึงสามารถใช้อำนาจปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกในการจัดการ และเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เป็นการบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุขกับบริการทางสังคมเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งได้ออกแบบระบบให้มีความยืดหยุ่น และเอื้อต่อการบูรณาการงานในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงินและความยั่งยืนในระยะยาว รัฐบาลมีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้จัดบริการการดูแล ทั้งบริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์และบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล และสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2562 จึงทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึง และการได้รับบริการทางสังคมได้โดยง่าย จากผลการศึกษานี้จะเห็นว่า ญาติผู้ดูแลจะได้รับการพัฒนาจากภายนอก

โดยใช้หลักการพัฒนาศักยภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อัมราภรณ์ ภูระย้า และ ขนิษฐา นันทบุตร (2562) ได้อธิบายว่า การพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ชุมชนไทยมีศักยภาพและความเข้มแข็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเกื้อกูลกันในชุมชน เป็นเงื่อนไข และปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการพัฒนาอย่างยาวนาน โดยมีการออกกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ จัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ไว้ชัดเจนว่าให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน มีส่วนดูแลผู้สูงอายุ มีการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีบทบาทในการรับผิดชอบด้านสวัสดิการผู้สูงอายุในพื้นที่ การสนับสนุนจากนโยบายของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่จัดบริการในชุมชน การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพ อันจะสร้างประโยชน์สูงสุดให้เกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และเสริมสร้างระบบการดูแล การส่งเสริม การสนับสนุน และการคุ้มครองผู้สูงอายุในชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข และมีคุณภาพสะท้อนถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมโยงกับบริบท สังคม และวัฒนธรรม และศักยภาพการดูแลขององค์กรที่เกี่ยวข้องมีความแตกต่างกันน่าจะส่งผลต่อระบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุให้มีความแตกต่างกัน ดังนั้นองค์ความรู้ในการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่จึงไม่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์ บริบท สังคม และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป ซึ่งองค์กรหน่วยงานทั้งใน และนอกพื้นที่จะต้องแบ่งกลุ่มทางสังคมในพื้นที่เป็น 5 ลักษณะ ตามเป้าหมายหน่วยงานที่ตอบสนอง คือ (1) กลุ่มอาสาสมัครดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย (2) กลุ่มช่วยเหลือด้านบรรเทาสาธารณภัย (3) กลุ่มช่วยเหลือด้านอาชีพ (4) กลุ่มช่วยเหลือด้านกองทุนสวัสดิการ และ (5) กลุ่มสืบสานภูมิปัญญา และประเพณีองค์กรหน่วยงานที่สนับสนุน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และผลการศึกษานี้ยังพบอีกว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ได้รับการบริการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือดูแลจากหน่วยงานต่างๆในชุมชน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) 3) ชมรมผู้สูงอายุ 4) ผู้นำชุมชน 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6) องค์การบริหารส่วนตำบล และ 7) องค์กรเอกชน ซึ่งเป็นการจัดให้มีการดูแลอย่างเป็นแบบแผน ตามหลักวิชาการ เหมาะสม และสม่ำเสมอกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยความร่วมมือของทีมนิสิตวิชาชีพ โดยทีมเยี่ยมบ้านจะออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภาวดี แก้วเพ็ญ (2559) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่ในการลงไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และให้การดูแลได้ตรงตามความต้องการตรงตามปัญหาของผู้ป่วย มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการส่งต่อกับบุคลากรทางสุขภาพ และมีร่วมในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ

ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพิณิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, และวารีย์ ศรีสุรพล (2560) พบว่า แนวทางที่เหมาะสมของชุมชนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน คือ การมีระบบ และกลไกในการขับเคลื่อนการทำงานด้านผู้สูงอายุของชุมชน การทำงานในรูปแบบคณะกรรมการจากภาคีเครือข่าย องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการวางแผนงานด้านผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas and Sandrine (2016) พบว่า การดูแลอย่างไม่เป็นทางการของญาติในครอบครัวจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิง ดังนั้นทุกฝ่ายจึงร่วมกันเข้าไปให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของตนเอง ได้แก่การให้ความช่วยเหลือในการเผยแพร่ความรู้ การวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข ให้บริการในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุพึ่งพิงให้กำลังใจกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ส่วนครอบครัวมีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น การเดินทางในการไปพบแพทย์ การซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร วัชรสุนทรกิจ และสุภาณี แก้วพิณิจ (2560) พบว่า โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตาม 6 มาตรฐานของกรมอนามัย และได้นำระบบการจัดการการดูแล (care management) ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้จัดการดูแล ทำหน้าที่บริหารจัดการดูแลและประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์

5.2.4 ความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการสนทนากลุ่มกับทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับประเด็นความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งทั้ง 3 กลุ่ม ได้เสนอความคิดเห็นต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถสรุปได้จากผลการวิจัยนี้ พบว่ามี 3 ประเด็น คือ

- 1) จัดระบบและกลไกการสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมในทุก ๆ ด้านที่จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมี 3 มาตรการ ดังนี้
 - 1) จัดระบบการบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลแบบครบวงจรถึงที่บ้าน
 - 2) จัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือยามฉุกเฉิน และบริการรับส่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อต้องไปโรงพยาบาล ในชุมชน และ
 - 3) สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับไว้ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากสังคมไทยยังขาดระบบและกลไกการสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมในทุก ๆ ด้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังขาดความรู้

ในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคม ดังนั้น การจัดสวัสดิการชุมชน ต้องทำงานประสานกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยต้องเน้นประชาชนเป็นอันดับแรก เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการโดยตรง ซึ่งการมีส่วนร่วมจนกระทั่งรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของร่วมกันจะทำให้สวัสดิการในชุมชนนั้นเกิดเป็นความยั่งยืน ซึ่งพบว่าประเทศไทยนั้นมีระบบสวัสดิการหลากหลายรูปแบบสำหรับไว้ให้บริการประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของ สูดาร์ตัน สูดสมบุรณ์ (2557) พบว่า การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับให้บริการกับผู้สูงอายุของประเทศไทยมีอยู่ 4 รูปแบบ คือ การประกันสังคม การช่วยเหลือสาธารณสุข การบริการสังคม และการช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน นอกจากนี้มีการการศึกษาที่พบว่า การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยยังมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น 1) ขาดการบูรณาการ และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ทำให้เกิดการดำเนินงานด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเป็นแบบแยกส่วนระหว่างงานด้านสุขภาพกับงานด้านสังคม มีการกระจายความรับผิดชอบตามหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐ 2) ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง 3) ขาดความพร้อมด้านงบประมาณ และขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านผู้สูงอายุโดยตรง และ 4) สวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ไม่จัดการกับปัญหาได้อย่างแท้จริง และไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั่วประเทศ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ดังนั้นรัฐต้องทำหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ที่ดีที่สุดของสังคม และใช้นโยบายทางสังคมเพื่อประโยชน์โดยรวมของทุกคน และการแทรกแซงของรัฐน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของสวัสดิการ หากการแทรกแซงของรัฐมากเกินไปทำให้เกิดการพึ่งพารัฐ และทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่มีแนวโน้มที่จะเป็นอิสระน้อยลง (Thomas, 1984) และสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงบริการสังคมได้ก็จะต้องได้รับการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์เดิมหรือประสบการณ์จากผู้อื่นจึงจะทำให้มีการรับรู้ถึงสวัสดิการที่พึงมีพึงได้ เพื่อที่จะเข้าใจถึงสวัสดิการนั้นๆ และการเข้าถึงบริการทางสังคม มีแนวคิดการเข้าถึงบริการของเพ็นชานสกี และโทมัส ได้อธิบายการเข้าถึงบริการไว้ 5 ประการ ได้แก่ (Penchansky and Thomas, 1981) ความพึงพอใจของบริการที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessability) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) และการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability)

มาตรการที่ 1 จัดระบบการบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลแบบครบวงจรถึงที่บ้าน ที่มาของมาตรการนี้คือ การขาดความต่อเนื่องของกระบวนการในการส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ญาติผู้ดูแล เนื่องจากขาดกำลังคนด้านสุขภาพ การบริการสุขภาพเชิงรุกยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชนยังไม่เหมาะสมขาดความต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์ (2560) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุไทยมีปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดแคลนผู้ดูแลทำให้สถานการณ์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยน่าเป็นห่วงอย่างมาก และการดูแลจากลูกหลานไม่เพียงพอ เพราะขนาดครัวเรือนที่เล็กลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ยุทธพล เดชารัตนชาติ และ ยิ่งศักดิ์ คชโคตร (2565) ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรวางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพให้มีความพร้อม โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่เดิมหรือสรรหาอัตรากำลังวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องให้เพียงพอ พัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนที่สามารถสร้างแรงจูงใจในการดูแล ได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีรูปแบบที่เหมาะสม ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ 1) Care Policy (นโยบาย) 2) Care Management (การบริหารจัดการ) 3) Care Integration (การบูรณาการ) และ 4) Care Participation (การมีส่วนร่วม)

มาตรการที่ 2 จัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือยามฉุกเฉิน และบริการรับส่งผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อต้องไปโรงพยาบาล ในชุมชน ที่มาของมาตรการนี้คือ ระบบสนับสนุนการเข้าถึง สวัสดิการสังคมในทุก ๆ ด้านของญาติผู้ดูแลยังไม่เหมาะสม ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะจัดไว้ให้บริการในภาวะฉุกเฉินเกี่ยวกับอุบัติเหตุ และภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นหรือหมดสติเท่านั้น แต่สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องการ คือต้องการต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามขั้นตอนการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Star of life) และการช่วยเหลือที่เป็นบริการรับส่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อต้องไปโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชชาภัทร ชันสำคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิริณธ์ กิตติพิชัย และ อุมาวดี เหลลาทอง (2559) พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องการต่อบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการให้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และการติดตามหรือให้บริการ หลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ บริการนอกเหนือจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ เพิ่มช่องทาง และปรับปรุงระบบการแจ้งเหตุ การให้คำแนะนำในการช่วยเหลือ ความรวดเร็วของหน่วยบริการ เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่รักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เครื่องมือและอุปกรณ์ปฐมพยาบาล และช่วยเหลือ การประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายที่รวดเร็วถูกต้อง ปลอดภัย อุปกรณ์สำหรับ เคลื่อนย้ายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รถบริการที่สะดวก ปลอดภัย ไม่สะเทือน มีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือ และรถมีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือหรือปฐมพยาบาล ระหว่างนำส่ง เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล ปลอดภัย และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด การประสาน กับสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วย การดูแลในห้องฉุกเฉิน การให้ญาติอยู่กับผู้ป่วย การแยกพื้นที่ให้บริการ ในห้องฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ บริการส่งกลับบ้านหลังจากรักษา

มาตรการที่ 3 สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับไว้ใช้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มาของมาตรการนี้คือ การได้รับสวัสดิการตามมาตรฐานด้านบริการทางสังคมทั่วไป

สำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ เพราะว่าคุณสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยจะต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการช่วยเหลือ ซึ่งมีความสิ้นเปลืองมาก หากไม่ได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือ ภาระหนักจะตกอยู่ที่ญาติผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และ อรสา กงตาล (2563) พบว่า ความต้องการชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถวิเคราะห์และสรุปชุดการดูแล และใช้เป็นแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการได้ดังนี้ 1) ชุดบริการฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ชุดบริการอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดบริการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น และ 3) ชุดบริการป้องกันแผลกดทับ

2) จัดระบบการสร้างเสริมศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน โดยผลการศึกษาได้มีข้อเสนอแนะไว้ 3 มาตรการ คือ 1) สนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอสำหรับการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล ให้บริการสุขภาพเชิงรุก พัฒนาความรู้ทางวิชาการทันสมัย ฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับญาติผู้ดูแล เป็นที่ปรึกษา และเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) สถาบันการศึกษา บูรณาการการเรียนการสอนกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน โดยการจัดให้มีการให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ตามความต้องการของญาติผู้ดูแล และช่วยเหลือในการพัฒนาวัฒนธรรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) พัฒนาหลักสูตรผู้ดูแลจากการต่อยอดประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลโดยนำประสบการณ์ความรู้ที่ได้ไปเทียบกับเกณฑ์ของหลักสูตรเพื่อให้ออกใบวุฒิบัตรเป็นผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (CG) ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยยังขาดการบูรณาการของทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ในให้บริการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เป็นระบบการสร้างเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นการรวมกลุ่มสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนสำหรับการติดต่อประสานงาน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในรูปแบบของเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะหน่วยงานเอกชน ห้างร้านต่าง ๆ จะต้องมีการแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสังคมรอบข้างที่ห้างร้านนั้น ๆ ตั้งอยู่ในรัศมี 5 กิโลเมตร ดังนั้น หากหน่วยงานรัฐและเอกชนร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคม ในพื้นที่ของตนเอง ก็สามารถที่จะพัฒนาระบบการสร้างเสริมศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดตั้งกองทุนเพื่อการศึกษาสำหรับญาติ จัดระบบการสร้างเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในการบริหารองค์กร โดยส่งเสริมให้มีบทบาทหน้าที่การทำงาน ในรูปแบบของเครือข่ายทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ

สมศักดิ์ อมรสิริพงศ์ และ อาชวีภุริชญ์ น้อมเนียน (2560) พบว่า ผู้ประกอบการหรือนักลงทุนในพื้นที่ ต้องเข้ามาร่วมรับผิดชอบต่อการจัดสวัสดิการสังคม สำหรับแรงงานนอกระบบผู้สูงอายุ เป็นองค์ประกอบ ที่อยู่ภายใต้เสาของหุ้นส่วนทางสังคม และการช่วยเหลือทางสังคม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในมิติเศรษฐกิจ และมีสวัสดิการสังคม โดยผู้ประกอบการหรือนักลงทุนต้องดำเนินกิจการภายใต้แนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างแท้จริง (CSR: Corporate Social Responsibility) การแบ่งปันผลกำไรคืนกลับสู่สังคม เป็นการขดเขยการเข้ามาใช้ทรัพยากรซึ่งอาจจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบต่อวิถีชีวิตของกลุ่มแรงงานนอกระบบผู้สูงอายุ และประชาชนในพื้นที่ที่เกิดจากการประกอบการของนักลงทุนด้วย ซึ่งสามารถดำเนินการได้ในหลายลักษณะทั้งการจัดตั้งกองทุนร่วมระหว่างผู้ประกอบการหรือนักลงทุนกับประชาชนในพื้นที่ ในการดูแลสวัสดิการสังคม การสนับสนุนผลิตภัณฑ์สินค้าจากกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ถือเป็นจุดร่วมระหว่างผู้ประกอบการและนักลงทุนกับประชาชนในพื้นที่ ๆ จะส่งผลต่อการประกอบการและวิถีชีวิตที่ยั่งยืนในอนาคตได้ ซึ่งจากการสรุป และสังเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิในประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสังคมไทยพบว่า เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้นแบบเกิดขึ้นจากนโยบายของภาครัฐภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ เพื่อการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในสังคมไทย (ชลวิทย์ เจียรจิตต์, 2565) สามารถแบ่งรูปแบบเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุต้นแบบที่สำคัญ 3 รูปแบบ คือ 1) เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีองค์กรพระพุทธศาสนาเป็นแกนกลาง คือ การส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทางปัญญา และประยุกต์หลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาอธิบายการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาความสุข และทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น 2) เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนกลาง เป็นการสร้างเครือข่ายโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้บทบาทการบริการพื้นฐานภายในท้องถิ่นเครือข่ายลักษณะนี้จะมีการดำเนินงานที่แตกต่างกันตามบริบททางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น แต่มีจุดมุ่งหมายสำคัญคือ การพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะองค์รวมที่ดี มีความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิการบริการ และสามารถพัฒนาขยายเครือข่ายของผู้สูงอายุออกไปได้ด้วยตนเองภายใต้ฐานเครือข่ายสัมมาชีพชุมชน โดยเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนกลางมีพื้นที่ต้นแบบที่สำคัญประกอบไปด้วย ศูนย์ผู้สูงอายุเทศบาล โรงเรียนผู้สูงอายุ 3) เครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาครัฐส่วนกลางเป็นแกนกลาง เกิดขึ้นจากการนำเป้าหมาย และแผนการรองรับสังคมผู้สูงอายุในสังคมไทยมาปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมภายใต้การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาคประชาสังคม หน่วยงานภาครัฐส่วนภูมิภาค และภาคเอกชนที่ให้ความสำคัญกับกิจกรรม

เพื่อสังคมมาร่วมบูรณาการสร้างสรรค์ให้เกิดเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ คือจัดตั้งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จึงเป็นเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาครัฐส่วนกลางเป็นแกนกลาง เพื่อสร้างการดูแลในระดับนโยบาย ด้วยการจัดการสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุที่มีคุณภาพควบคู่ไปกับการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดีและเป็นกำลังสำคัญให้กับประเทศ

3) ส่งเสริมการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมี 3 มาตรการ ดังนี้ 1) สนับสนุนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายรายเดือน 2) สนับสนุนค่าตอบแทนการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยส่งเสริมการมีงานทำให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งกระทรวงแรงงานจะต้องมีการจัดหางานให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งที่ยังให้การดูแลอยู่และหลังจากที่ผู้สูงอายุนั้นได้เสียชีวิตไปแล้ว ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยยังขาดระบบการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีความชัดเจนในประเด็นการจัดสวัสดิการแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่พบว่ามีการจัดสวัสดิการ เพื่อสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และอาชีพให้กับผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของสมศักดิ์ อมรสิริพงศ์ และ อาชว์กริชญ์ น้อมเนียน (2560) พบว่า สวัสดิการสังคมต้องสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจให้แก่แรงงานผู้สูงอายุนอกระบบ ทั้งการสร้างอาชีพและการออมที่เหมาะสมองค์ประกอบนี้จะสัมพันธ์กับเสาการช่วยเหลือทางสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในมิติด้านเศรษฐกิจ ในลักษณะของการส่งเสริมให้เกิดการประกอบอาชีพหรืออบรมอาชีพ เพื่อให้กลุ่มแรงงานนอกระบบที่เป็นผู้สูงอายุมิรายได้ทั้งรายได้หลักและรายได้เสริม เพื่อให้เพียงพอต่อการยังชีพของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้พิการได้รับสวัสดิการในการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพ ได้แก่ 1) สิทธิการหักลดหย่อนค่าอุปการะเลี้ยงดูคนพิการซึ่งมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายของผู้ดูแลคนพิการ แต่ต้องเป็นผู้ดูแลตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีชื่อเป็นผู้ดูแลคนพิการในบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายเพื่อการประกอบอาชีพได้ ทั้งการกู้รายบุคคลและการกู้เป็นกลุ่ม ทั้งนี้ มาตรการที่ 2 เรื่องสนับสนุนค่าตอบแทนการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นั้น กระทรวงสาธารณสุขต้องออกหนังสือรับรองความพิการให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียก่อน และจึงให้ญาติผู้ดูแลไปขึ้นทะเบียนกับทางกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทั้งผู้พิการและผู้ดูแล หลังจากนั้นผู้ดูแลจะต้องเข้ารับการอบรมการเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามมาตรฐานจนครบหลักสูตรกับกรมส่งเสริม

และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จึงจะมีสิทธิได้รับค่าตอบแทน และสวัสดิการการเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556) และจากการศึกษาของ Jaikhamwang , Juksuphan, Noiuar, Choomchumpoo and Trakoonrerk (2019) พบว่า การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่งเสริมการมีงานทำให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้นเช่นกัน โดย ณิชารีย์ ใจคำวัง, วรดา จักขุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู และ อินธิรา ตระกูลฤกษ์ (2562) เสนอแนะว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ควรได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดการด้านการเงิน การลดค่าใช้จ่าย การสร้างอาชีพ และหารายได้เสริม สอดคล้องกับการศึกษาของ รศรินทร์ เกรย และ สาลินี เทพสุวรรณ (2557) พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน หรือมีภาระค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนนอกจากต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเอง และครอบครัวแล้ว ยังต้องมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และต้องขุดเซยเวลาที่ต้องใช้ไปในการดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดระบบการเสริมสร้างศักยภาพแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

2) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรพัฒนาระบบการสร้าง ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และอาชีพให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้มีรายได้ มีอาชีพที่มั่นคง และสามารถสร้างรายได้ทั้งในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสร้างอาชีพได้ ภายหลังจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เสียชีวิตไปแล้ว

3) ควรมีการบูรณาการระหว่าง กระทรวง กรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในเรื่อง การเสริมสร้างศักยภาพ การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และอาชีพ ให้มีความรู้สำหรับไปดำเนินการตามระบบที่ภาครัฐ และเอกชนจัดบริการไว้ให้

5.3.2 ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติ

1) ทีมสหวิชาชีพนำผลการวิจัยที่เป็นประเด็นปัญหา ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนไปวิเคราะห์และหาแนวทางการจัดบริการทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรพัฒนาระบบ และกลไก ให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับสวัสดิการเช่นเดียวกันกับการดูแลผู้พิการ เนื่องจาก ผลการศึกษานี้พบว่า ยังไม่มีสวัสดิการสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยศึกษา การเข้าถึง และการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ทั้งในด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และอาชีพ ด้านข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล

5.3.3 ข้อเสนอแนะต่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

นักวิจัยควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ หาดองค์ประกอบสำหรับการสร้างรูปแบบ และพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม



บรรณานุกรม

- กชกร วัชรสุนทรกิจ และสุภาณี แก้วพินิจ. (2560). *มาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์*. พิษณุโลก: ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก.
- กาญจนา ปัญญาธร, เพชรา ทองเฝ้า, มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์, สุกัลยาณี สิงห์สัจย์ และ จิราวรรณ บรรณบดี. (2565). สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ติดเตียงในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ของชุมชนจังหวัดอุตรธานี. *วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ*, 40(1), 16-25.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช. (2562). สภาพปัญหา และความต้องการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ ตอนล่าง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(2), 118-132.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556*. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580)*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย*. สืบค้นจาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/ghq/asheet.asp?qid=3>.
- กรมอนามัย. (2559). *แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน*. นนทบุรี: กรมอนามัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2548). *สถิติสำหรับงานวิจัย*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤตวรรณ สาหร่าย, ฤชงค์ เสนานุช และ ชัตติยา กรรณสูตร. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่อุตสาหกรรม. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 23(2), 229-241.

- เกษม อรรถากร และ สุเทพ เชื้อสมุทร. (2564). บทบาทประชาสังคมกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง. ใน *วิถีพุทธ วิถีชุมชน รากฐานชีวิตคนเชิงสังคมล้านนาในสังคมวิถีใหม่ ครั้งที่ 7*. วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ลำพูน.
- จิตรกร วนะรักษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(2)*, 285-294.
- จินตนา อาจสันเทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1)*, 39-46.
- จรัส พรหมบุตร. (2565). การพัฒนามนุษย์ตามพุทธวิธี. *วารสารพุทธจิตวิทยา, 7(1)*, 13-18.
- ชัยพัฒน์ พุ่มซ้อน และ กันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. (2561). แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 1(1)*, 25-36.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2565). สู้สังคมชาญชรา: นวัตกรรมทางสังคมกับการเสริมสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารพัฒนาลังคมและยุทธศาสตร์การบริหาร, 24(1)*, 49-67.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ และ วารี ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 5(ฉบับพิเศษ)*, 387-405.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล และ วารี ศรีสุรพล. (2565). การพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสาร มจร บาลีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์, 8(1)*, 43-56.
- ณิชารีย์ ใจคำวัง, วรดา จักขุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู และ อินธิรา ตระกูลฤกษ์. (2562). ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคิ่งตะเภา อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์, 2562(1)*, 1-16.
- ณัฐจिता เทวเลิศสกุล, วณิภา ศิริวรสกุล และชัชสรัญ รอดยิ้ม. (2559). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 9(1)*, 529-545.
- ณปภา ประยูรวงษ์. (2565). สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 2(2)*, 14-25.
- ธัญรัชต์ องค์กรเกียรติ. (2561). ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา. *วารสารสภาการพยาบาล, 33(3)*, 5-19.

- ธัญวรรณ์ แจ่มใส. (2564). นโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม*, 6(3), 1-16.
- ธิตีรัตน์ ราศิริ และ อาจินต์ สงทับ. (2561). แนวทางการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อก้าวสู่ “ศตวรรษที่ 21”. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 315-328.
- นัทธมน หรีอินทร์. (2564). ผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 3(1), 55-69.
- นิลภา จิระรัตนวรรณ, สุนันท์ วรรณระมร และ ศรีสุดา รัศมีพงศ. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 6(ฉบับพิเศษ), 365-381.
- ประเสริฐ คุ้มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และ วิไลพร คลีกร. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 140-155.
- ปราณี หล้าเป็ญสะ. (2559). *การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดและประเมินผล*. ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- ปาณิสดา บุญยรัตกสิน. (2561). การดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาภาคใต้*, 11(1), 47-59.
- พัชรี พุทธชาติ, เพ็ญศิริ อุตถาวงศ์, ปารีชาติ ธนากุลรังสี, รวิศรา แก้วกระเศรษฐ์, ภัศราภรณ์ แก้วทองมา และ วสุทิดา นนทพันธ์. (2565). การพัฒนารูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 21(3), 49-63.
- โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม. (2564). ระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 11(2), 306-331.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพ็ญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.

- มะลิวรรณ พรหมสาขา ณ สกลนคร และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2560). สัดส่วนความต้องการการดูแลภาวะสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ่งหมากลาน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(5), 468-475.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วชากร นพนรินทร์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- วิยะดา รัตนสุวรรณ และ ประภาลี โอภาสนันท์. (2561). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(4), 156-174.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. ใน ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์, กรุงเทพมหานคร.
- สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, สุมัทธา กลางคาร และรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(3), 17-29.
- สุดารัตน์ สุตสมบุญ. (2557). สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *JOURNAL OF SOUTHERN TECHNOLOGY*, 7(1), 73-82.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมปอง สุวรรณภุมมา. (2564). แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม. *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม*. 6(2), 220 - 232.
- สมศักดิ์ อมรสิริพงษ์ และ อาชวีภุริชัญ น้อมเนียน. (2560). “ELDERFARE Model”: รูปแบบและกลไกการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมสำหรับกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุในระบบในเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 5(2), 29-40.
- สุรียา ฟองเกิด, กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม และ กนกพร นทีธนสมบัติ. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, 9(1), 69-89.

- สำนักงานงบประมาณของรัฐสภา สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2562). *แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณรายจ่ายด้านสวัสดิการสังคมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ*. รายงานวิชาการสำนักงานงบประมาณของรัฐสภา ฉบับที่ 5/2562. สืบค้นจาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/ewt_dl_link.php?nid=639
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก http://www.nso.go.th > summary_exclusive_64
- สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ กรุงโตเกียว. (2562). *Marketing Report From Tokyo February 2019*. สืบค้นจาก https://oldweb.ditp.go.th/contents_attach/537991/537991.pdf
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรวิธู กาญจนจारी, ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม และ สุปรีดา มั่นคง. (2560). บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *Rama Nurse Journal*, 23(3), 328-343.
- อัมราภรณ์ ภูระย้า และ ขนิษฐา นันทบุตร. (2562). ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 22-31.
- Anthony, D. B., Wood, J. V., & Holmes, J. G. (2007). Testing sociometer theory: Self-esteem and the importance of acceptance for social decision-making. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(3), 425-432.
- Bekdemir, A., & Ilhan, N. (2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. *The Journal of Nursing Research*, 27(3), 1-9.
- Ch'ng, G.S., Koh, K., Ahmad-Annuar, A. et al. (2020). A mixed method study on the impact of living with spinal muscular atrophy in Malaysia from patients' and caregivers' perspectives. *Orphanet J Rare Dis* 17, (2020) <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02351-4>
- Colaizzi, P. (1978). *Psychological research as the Phenomenologist views it*. In Existential – Phenomenological Alternatives for Psychology (Valle R. & King M. eds), Oxford University Press, London. Page 48-71.

- Grant, J. S. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 14(11), 892-902.
- Harvath, T. A., Mongoven, J. M., Bidwell, J. T., Cothran, F. A., Sexson, K. E., Mason, D. J., & Buckwalter, K. (2020). Research Priorities in Family Caregiving: Process and Outcomes of a Conference on Family-Centered Care Across the Trajectory of Serious Illness. *Gerontologist*, 60(Suppl 1), S5-S13.
- Jaikhamwang, N., Juksuphan, W., Noijuar, W., Choomchumpoo, S., & Trakoonrerk, I. (2019). Potential of Elderly Dependent Caregivers in Khung Taphao Sub-district, Uttaradit Province. *Academic Journal of Science and Applied Science*, 2019(1), 1-19
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, and Del-Pino-Casado, R. (2018). The start of caring for an elderly dependent family member: a qualitative metasynthesis. *BMC Geriatrics*, 18(228), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0922-0>
- Normala R., & Lukman, Z. M. (2020). Bedridden Elderly: Factors and Risks. *International Journal of Research and Scientific Innovation (IJRSI)*, 7(8), 46-49.
- Nasr, S., Heneiti, A., Hammoudeh, W. (2021). Life conditions and quality of life of Palestinians living in the Biddu Enclave: a qualitative study. *Lancet*, 398(Suppl 1), S41. 10.1016/S0140-6736(21)01527-0
- Niu, S., Ding, S., Wu, S., Ma, J., & Shi, Y. (2023). Correlations between caregiver competence, burden and health-related quality of life among Chinese family caregivers of elderly adults with disabilities: a cross-sectional study using structural equations analysis. *BMJ Open*, 13(2), e067296. doi: 10.1136/bmjopen-2022-067296. PMID: 36806142; PMCID: PMC9944642.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140.
- Schirghuber, J., & Schrems, B. (2021). The burden of boundedness and the implication for nursing: A scoping review. *Nursing Forum*, 56(4), 950-970.

- Suriyanrattakorn, S., & Chang, C. L. (2021). Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly happiness. *Health Policy OPEN*, 2(2021), 1-7.
- Thomas, B., & Sandrine, J. (2016). Does home care for dependent elderly people improve their mental health?. *Journal of Health Economics*, 45(1), 149-160.
- Thomas R. (1984). *Understanding Public Policy*. (5th ed). New Jersey: Prentice -Hall, Inc.
- Zhong, Y., Wang, J., & Nicholas, S. (2020). Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatr*, 2020(20), 1-10. 10.1186/s12877-019-1403-9





ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

(Certificate of Exemption)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 5 มีนาคม 2563

ชื่อเรื่อง ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นายสุรียา พงเกิด
คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสวัสดิการสังคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเขตชงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 5 มีนาคม 2563

เลขที่รับรอง

อ.944/2563

วันที่ให้การรับรอง: 5 มีนาคม 2563

วันหมดอายุใบรับรอง: 4 มีนาคม 2565

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณปพร ลีโรจน์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



ภาคผนวก ค

เครื่องมือเชิงปริมาณและการสนทนากลุ่ม

แบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์การเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
(สำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)คำอธิบาย

1. แบบสอบถามชุดนี้สำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
2. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตอนที่ 2 สถานการณ์ด้านการได้รับการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้

- 2.1 ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 2.2 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 2.3 ปัญหา และผลกระทบ จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล
- 2.4 ความต้องการการช่วยเหลือดูแล ของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 2.5 คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตอนที่ 3 การเข้าถึงบริการ และการได้รับบริการทางสังคม ของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตอนที่ 4 เสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3. โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อคำถาม และโปรดตอบให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงตามความคิดเห็น และการปฏิบัติของท่านเพื่อให้การวิจัยนี้มีผลสรุปที่น่าเชื่อถือได้ และสามารถนำไปใช้ได้จริง ข้อมูลที่ได้มาจากแบบสอบถามจะเป็นความลับและไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ขอให้ท่านตอบอย่างอิสระ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดีมา ณ โอกาสนี้ด้วย คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการศึกษาโดยมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

นายสุรียา พองเกิด

นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมคำลงในช่องว่างข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. สถานภาพ

() โสด () สมรส () หม้าย () หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)

() มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) () ประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช)

() ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส) () ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ

() รับจ้าง () รับราชการ

() ธุรกิจส่วนตัว () ว่างาน

6. รายได้

() น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน () 5,001 – 10,000 บาท/เดือน

() 10,001 – 15,000 บาท/เดือน () 15,001 – 20,000 บาท/เดือน

() 20,001 – 25,000 บาท/เดือน () มากกว่า 25,000 บาท/เดือน

7. ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

8. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....ปี.....เดือน

9. การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

() ไม่เคย () เคย (ระบุจากที่ได้).....

10. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

() บิดา () มารดา () บุตร

() ภรรยา () สามี () หลาน

() บุตรสะใภ้ () หลานสะใภ้ () พี่

() น้อง () ญาติสนิท () อื่นๆ.....

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. สถานภาพ

() โสด () สมรส () หม้าย () หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)
 () มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) () ประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช)
 () ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส) ()ปริญญาตรีขึ้นไป

5. โรคประจำตัว

() เบาหวาน () ความดันโลหิต
 () หัวใจ () ไต
 () หลอดเลือดสมอง () มะเร็ง
 () อื่นๆ.....

6. ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....ปี.....เดือน

7. อาชีพก่อนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

() รับจ้าง () รับราชการ
 () ธุรกิจส่วนตัว ()ว่างงาน
 () อื่นๆ.....

6. รายได้ที่เคยได้ก่อนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

() น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน () 5,001 – 10,000 บาท/เดือน
 () 10,001 – 15,000 บาท/เดือน () 15,001 – 20,000 บาท/เดือน
 () 20,001 – 25,000 บาท/เดือน () มากกว่า 25,000 บาท/เดือน

ตอนที่ 2 สถานการณ์ด้านการได้รับการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในชุมชน

2.1 ปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพ
ของท่านในปัจจุบันหรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่เคยมี
ในอดีตและกรุณาตอบคำถามทุกข้อสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง จริงมาก
- 3 คะแนน หมายถึง จริงปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
อาการทางกาย (Somatic Symptoms)					
1. ท่านรู้สึกว่าร่ากายเริ่มทรุดโทรมและสุขภาพแยกว่าเดิม					
2. ท่านมีความต้องการยาบำรุงร่างกายเพื่อให้มีพลังกำลังในแต่ละวัน เช่น วิตามิน เกลือแร่ อาหารเสริม เป็นต้น					
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่สบายบ่อยขึ้น					
4. ท่านปวดเมื่อยตามร่างกายอยู่เสมอ ๆ					
5. ท่านปวดศีรษะและเวียนศีรษะเป็นประจำ					
6. ท่านรู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ท้ายทอย หัวไหล่ และสะบัก					
7. ท่านมีอาการวูบร้อนๆหรือหนาว ๆ บ่อยครั้ง					
อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)					
8. ท่านรู้สึกว่าช่วงนั้นนอนไม่หลับเพราะมีความกังวลใจ					
9. ท่านนอนหลับไม่สนิทจนต้องตื่นขึ้นมากกลางดึกบ่อย ๆ					
10. ท่านรู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา					
11. ท่านรู้สึกหงุดหงิด และอารมณ์ไม่ดีบ่อยครั้ง					
12. ท่านรู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร					
13. ท่านรู้สึกว่ามีความเครียดหรือกังวลใจที่รับมือกับไม่ไหว					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
14. ท่านรู้สึกกังวล ภาระงานกระวายเป็นอยู่ตลอดเวลา					
ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)					
15. ท่านหาอะไรทำตลอดเวลาเพื่อให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้					
16. ท่านรู้สึกว่าตนเองทำอะไรซ้ำกว่าปกติ					
17. ท่านรู้สึกว่าไม่มีเวลาออกไปพบปะเพื่อนๆ / เพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ มากขึ้น					
18. ท่านมีความพอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไปได้ด้วยดี					
19. ท่านรู้สึกว่าทำได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในครอบครัว และชุมชน					
20. ท่านรู้สึกว่าตนเองสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ไม่ดี					
21. ท่านมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้					
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)					
22. ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า					
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง ท้อแท้ และสิ้นหวัง					
24. ท่านรู้สึกว่าตนเองทำอะไรไม่คุ้มค่าเท่าที่ควรจะเป็น					
25. ท่านมักจะร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุอยู่บ่อยครั้ง					
26. ท่านรู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก					
27. ท่านมักจะนั่งอยู่ในมุมมืดคนเดียว					
28. ท่านมีความคิดที่จะทำร้ายร่างกายตนเอง					

2.2 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในปัจจุบันหรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่เคยมีในอดีตและกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

1.1 รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

- 0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้
- 1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า

- 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

1.2 การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

1.3 ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
- 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

- 3 คะแนน ทำได้เอง

1.4 การใช้ห้องน้ำ

- 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ)

แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

1.5 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

1.6 การสวมใส่เสื้อผ้า

0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย

1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี

1.7 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

0 คะแนน ไม่สามารถทำได้

1 คะแนน ต้องการคนช่วย

2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง

1.8 การอาบน้ำ

0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

1.9 การกลั่นการถ่ายอุจจาระ (ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

1.10 การกลั่นปัสสาวะ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)

2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

2. ผลการตรวจโรคเบาหวาน (ต้องมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 125 mg%)

ปกติ ไม่ปกติ (ระบุ)..... mg%

3. ผลการตรวจโรคความดันโลหิตสูง (ต้องมีค่าต่ำกว่า 140/90 mmHg)

ปกติ ไม่ปกติ (ระบุ)..... mmHg

4. มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ มีฟันหลัง 4 คู่สบ

มี ไม่มี (ระบุ).....

5. ผลการคัดกรองสายตา

ปกติ ไม่ปกติ (ระบุ).....

6. การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

6.1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่

มี ไม่มี

6.2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

มี ไม่มี

7. การประเมินภาวะสมองเสื่อม

7.1 ผู้ประเมิน ให้ผู้สูงอายุดูภาพ รถยนต์ เสื้อ ก้าวี่ แล้วพูดทวนชื่อสิ่งของทั้ง 3 คือ รถยนต์ เสื้อ ก้าวี่ เพียง 1 ครั้ง และให้ผู้สูงอายุจำของ 3 สิ่งไว้ เพราะสักครู่ผู้ประเมินจะกลับมาถามใหม่

ถูก ผิด

7.2 ให้ผู้สูงอายุคำนวณ 20 – 3 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง (ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังคำถาม) ถ้าผู้สูงอายุตอบคำถามที่ 1 ไม่ได้ ให้ตั้งเลขต่อไปคือ 17 – 3 จากนั้นให้คำนวณในครั้งต่อไป ตามลำดับให้ลบเลขไปเรื่อยๆ จนครบ 1 นาที

ถูก ผิด

7.3 ให้กลับมาถามสิ่งของ 3 อย่างที่ฝากให้จำในครั้งแรก (ต้องไม่ให้เห็นภาพ เพราะต้องการทดสอบเรื่องความจำของผู้สูงอายุ และต้องพูดถูกทั้ง 3 ภาพ ห้ามขาดภาพใดภาพหนึ่ง โดยอาจไม่เรียงลำดับของภาพได้ จึงจะถือว่าผู้สูงอายุตอบได้ถูกต้อง)

ถูก ผิด

8. การประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม

ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและจับเวลา โดยให้เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมาที่นั่งเดิม

น้อยกว่า 30 วินาที

ตั้งแต่ 30 วินาที

เดินไม่ได้

9. การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ

ท่านมีภาวะ “ปัสสาวะเล็ด” หรือ “ปัสสาวะรด” จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน

มี ไม่มี

10. การประเมินปัญหาการนอน

10.1 ท่านมีปัญหาการนอนหลับ หรือไม่

 ไม่มี มี (ระบุ).....

10.2 ท่านมีอาการง่วงนอน อ่อนเพลีย ตอนกลางวัน หรือไม่

 ไม่มี มี (ระบุ).....

11. การประเมินข้อเข่าเสื่อม

ท่านมีอาการปวดเข่า หรือไม่

 ไม่มี มี (ระบุ).....

12. ดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ)

ส่วนสูง..... น้ำหนัก.....

BMI = ผอม ปกติ ท้วม อ้วน อ้วนมาก

2.3 ปัญหาและผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพปัญหาและผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของท่านที่ผ่านมามากที่สุด และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง จริงมาก
- 3 คะแนน หมายถึง จริงปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง

1) ปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
1. ท่านมีความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
2. ท่านไม่สามารถที่จะหาญาติคนอื่น ๆ มาช่วยผลัดเปลี่ยนในการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้					
3. ท่านมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
4. ท่านไม่มีเวลาที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
5. ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นภาระอย่างมาก					

อื่นๆ (โปรดระบุ)

.....

.....

.....

.....

2) ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของญาติผู้ดูแล

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
ด้านร่างกาย					
1. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อภาวะสุขภาพของท่าน					
2. ท่านมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
3. ท่านดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจนรับประทานอาหารได้น้อยและไม่ตรงเวลา					
4. ท่านไม่มีเวลาออกกำลังกายเนื่องจากละทิ้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้ตามลำพังไม่ได้					
ด้านจิตใจ					
5. ในบางครั้งท่านรู้สึกโกรธและโมโหผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเวลาเอาแต่ใจ					
6. ท่านทะเลาะกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการดูแล					
7. ท่านรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ					
8. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีผลกระทบต่อการงานประจำของท่าน					
9. ท่านทุ่มเทเวลาให้กับงานประจำน้อยลง					
10. เพื่อนๆสนิทของท่านเริ่มห่างหายจากท่านมากขึ้น					

อื่นๆ (โปรดระบุ)

.....

.....

.....

.....

2.4 ความต้องการการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับความต้องการการช่วยเหลือดูแลของท่านมากที่สุด และกรณาทตอบคำถามทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง จริงมาก
- 3 คะแนน หมายถึง จริงปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
1. ท่านต้องการทราบข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
2. ท่านต้องการเวลาในการพักผ่อนมากขึ้นกว่าเดิม					
3. ท่านต้องการให้ญาติ/คนในครอบครัวมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
4. ท่านต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
5. ท่านต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
6. ท่านต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาดูแลถึงที่บ้าน					
7. ท่านต้องการให้มีคนมารับฟังปัญหา ความรู้สึกเพื่อระบายความเครียด					
8. ท่านต้องการผู้ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver: CG)					
9. ท่านต้องการให้เพื่อนฝูงมาเยี่ยมเป็นประจำ					
10. ท่านต้องการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
11. ท่านต้องการความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพ ภายหลังที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิตไปแล้ว					
12. หากเป็นไปได้ท่านต้องการที่จะนำประสบการณ์การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปขอรับการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้ดูแล (Care Giver) โดยไม่ต้องไปอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข					



2.5 คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิตของท่านมากที่สุด และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง มาก
- 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย

ข้อคำถาม	ระดับคุณภาพชีวิต				
	1	2	3	4	5
ด้านร่างกาย					
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ เช่น การทำงานประจำ การดำเนินชีวิตประจำวัน					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
ด้านจิตใจ					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพียงใด					
9. ท่านมีความรู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11. ท่านมีโอกาสดักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ					
12. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิต					

ข้อความคำถาม	ระดับคุณภาพชีวิต				
	1	2	3	4	5
อยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
13. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
14. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา แค่ไหน					
15. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
16. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
17. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
18. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
19. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด					
20. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
ด้านสิ่งแวดล้อม					
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตครอบครัว และการมีกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ตอนที่ 3 การเข้าถึงบริการและการได้รับบริการทางสังคมของญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเห็นว่าคุณมีการเข้าถึงบริการ และการได้รับบริการทางสังคม และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การเข้าถึงบริการทางสังคม

0 คะแนน หมายถึง เข้าไม่ถึงบริการทางสังคม

1 คะแนน หมายถึง เข้าถึงบริการทางสังคม

การได้รับบริการทางสังคม

0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับบริการทางสังคม

1 คะแนน หมายถึง ได้รับบริการทางสังคม

ข้อความ	การเข้าถึงบริการทางสังคม		การได้รับบริการทางสังคม	
	0	1	0	1
ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล				
1. การบริการสุขภาพเคลื่อนที่ของหน่วยงานภาครัฐที่ออกไปให้บริการในชุมชน				
2. การบริการด้านกายภาพบำบัด/การแพทย์แผนไทยที่หน่วยงานภาครัฐจัดไว้ให้บริการ				
3. การบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่หน่วยงานภาครัฐจัดไว้ให้สำหรับประชาชน				
4. การบริการให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลสุขภาพตนเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้อง จากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน				
ด้านรายได้				
5. การส่งเสริมในด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีงานทำที่บ้าน				
6. การบริการจากกองทุนชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือ				

ข้อความ	การเข้าถึง บริการทาง สังคม		การได้รับบริการ ทางสังคม	
	0	1	0	1
ประชาชน				
7. การจัดสรรเงินทุนเพื่อการประกอบอาชีพที่เหมาะสม แก่ท่าน				
8. การบริการส่วนลดพิเศษในการใช้บริการสาธารณสุข และสาธารณสุขการต่าง ๆ ของรัฐ				
ด้านที่พักอาศัย				
9. การบริการสวัสดิการจากเทศบาล/องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในการจัดที่พักอาศัยให้แก่ท่าน และผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง				
10. การบริการครอบครัวอุปการะสำหรับท่านและผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง				
11. การบริการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ให้ช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย และการปรับปรุงที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสมจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน				
ด้านนันทนาการ				
12. การบริการสถานที่ออกกำลังกายและพักผ่อนที่เหมาะสม และปลอดภัยในชุมชน				
13. การจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา เช่น กิจกรรม ทำบุญ บำเพ็ญประโยชน์ทุกวันพระ และการปฏิบัติธรรม				
14. การจัดกิจกรรมทัศนศึกษาและดูงาน เช่น ทัศนศึกษา ศาสนสถาน แหล่งศึกษาทางธรรมชาติต่าง ๆ บ้านพักคนชรา ที่หน่วยงานภาครัฐจัดให้				
15. การจัดกิจกรรมชมรมกีฬา และดนตรีสำหรับประชาชน ในชุมชนของท่าน				
ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง				
16. การจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัย				

ข้อความ	การเข้าถึง บริการทาง สังคม		การได้รับบริการ ทางสังคม	
	0	1	0	1
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานที่ราชการที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล เช่น ทางลาด ราวจับในอาคารหรือในห้องน้ำ และที่จอดรถ เป็นต้น				
17. การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ท่านได้อยู่กับครอบครัวอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา เช่น กิจกรรมประกวดครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น				
18. การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง				
19. การให้คำแนะนำ ปกป้องความรู้ หรือบริการด้านกฎหมาย เพื่อป้องกันและรักษาความปลอดภัยในสิทธิ และสวัสดิการ				
ด้านการสร้างบริการทางสังคม				
20. การบริการจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของเขตเทศบาล				
21. การบริการรถรับส่งในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือตัวท่านเองเจ็บป่วย ในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล				
22. การดูแลจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของชุมชน				
23. การดูแลช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม				

ตอนที่ 4 การเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ตรงท่านมากที่สุด และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง มาก

3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง น้อย

1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับการเสริมสร้างศักยภาพ				
	1	2	3	4	5
ด้านการเสริมสร้างศักยภาพตนเอง					
1. ท่านแสวงหาความรู้จากทุกช่องทางเพื่อมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
2. ท่านพยายามปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีที่สุด					
3. ท่านพยายามปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ได้มาตรฐานตามการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ไม่เกิดการติดเชื้อ มีความพิการเพิ่มขึ้น พลัดตกหกล้ม					
4. ท่านศึกษาค้นคว้าและคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกายบนเตียง ประดิษฐ์แพมเพิร์สเอง เป็นต้น					
5. ท่านสามารถสอนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในชุมชนของท่าน					
6. ท่านปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ อดทน ควบคู่กับการใช้สติปัญญา แก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลจนเกิดผลสำเร็จ					
7. ท่านทำงานเสริมเพื่อหารายได้เพิ่มเติมสำหรับไว้ใช้จ่ายในครอบครัว และเป็นการพัฒนาอาชีพให้กับตนเองด้วย					
8. ท่านพยายามดูแลรักษาสุขภาพของเองทั้งร่างกาย					

ข้อความ	ระดับการเสริมสร้างศักยภาพ				
	1	2	3	4	5
จิตใจ ให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อให้พร้อมสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
9. ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยความเต็มใจ ให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
ด้านการพัฒนาศักยภาพจากภายนอก					
10. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชนของท่าน					
11. ท่านได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชนของท่าน					
12. ท่านได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชนของท่านอย่างต่อเนื่อง					
13. รพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชน สนับสนุนให้ท่านเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้ให้กับบุคคลอื่นในฐานะที่ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
14. รพ.สต. และโรงพยาบาลในชุมชน ส่งเสริมให้ท่านมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง					
15. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมให้มีการรวมตัว จัดตั้งและสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
16. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนให้ท่านมีบทบาทในกิจกรรมทางสังคมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือสังคม					
17. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนด้านการเงินและวิชาการเพื่อให้ท่านมีศักยภาพในการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้					
18. หน่วยงานภาครัฐเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนให้ท่าน					

ข้อความ	ระดับการเสริมสร้างศักยภาพ				
	1	2	3	4	5
มีบทบาทและมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน					
19. หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนให้ท่านนำประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาเทียบโอนให้เป็นวุฒิบัตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องให้ท่านเข้าอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง					
20. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์กรหรือสถาบันการสื่อสารสังคมเพื่อสื่อสารเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสู่สาธารณะ					



แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม
(สำหรับกลุ่มญาติผู้ดูแลปัจจุบันและผู้ที่เคยเป็นผู้ดูแล)

- 1) ในแต่ละวันท่านมีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอะไรบ้าง และอย่างไร
- 2) ท่านมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอะไรบ้าง และอย่างไร ปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบต่อท่านและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านดูแลอย่างไรบ้าง ที่ผ่านมามีการจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างไรบ้าง
- 3) ท่านต้องการการสนับสนุนและช่วยเหลือท่าน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านเป็นผู้ดูแลอะไรบ้าง และอย่างไร
- 4) ชุมชนของท่านมีแหล่งทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ภูมิปัญญา กิจกรรม บริการ) หน่วยงานที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อะไรบ้าง และให้การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร
- 5) ท่านมีโอกาสพัฒนาตนเองเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอะไรบ้าง และอย่างไร
- 6) ชุมชนของท่านมีทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ภูมิปัญญา กิจกรรม บริการ) หรือหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนในการเสริมสร้างศักยภาพของท่านอะไรบ้าง และอย่างไร
- 7) ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านเป็นผู้ดูแลได้เสียชีวิตไปแล้ว การดำเนินชีวิตของท่านมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างไร และท่านได้นำความรู้ และประสบการณ์จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาต่อยอดอย่างไรบ้าง
- 8) ท่านมีความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนานโยบายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างไรบ้าง
 - 8.1) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร
 - 8.2) ความคิดเห็นต่อการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างไรบ้าง
 - 8.3) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเรื่องอะไรบ้าง และอย่างไร

แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม
(สำหรับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในชุมชน)

- 1) ชุมชนของท่านมีทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ภูมิปัญญา กิจกรรม บริการ) แหล่งบริการที่ให้การสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอะไรบ้าง และอย่างไร
- 2) ท่านบอกถึงสถานการณ์ (ปัญหาความรุนแรง ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิต) ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของท่านอย่างไร
- 3) ชุมชนของท่านมีการรวมตัวช่วยเหลือซึ่งกันและกันหรือไม่ อย่างไร
- 4) ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของท่านในเรื่องอะไรบ้าง และอย่างไร
- 5) ชุมชนของท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร
- 6) ท่านมีความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนานโยบายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างไรบ้าง
 - 6.1) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของท่านให้ดีขึ้นอย่างไร
 - 6.2) ความคิดเห็นต่อการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างไร
 - 6.3) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเรื่องอะไรบ้าง และอย่างไร

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

(สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ)

- 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสถานการณ์ (ปัญหาความรุนแรง ผลกระทบ ความต้องการ และคุณภาพชีวิต) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันของประเทศไทย
- 2) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสวัสดิการของญาติผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของประเทศไทย
- 3) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการสนับสนุนเพื่อการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยในปัจจุบัน
- 4) ท่านคิดว่าควรมีองค์กรใดบ้างที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของประเทศไทยเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยองค์กรนั้นต้องมีบทบาทอย่างไร และมีส่วนร่วมอย่างไร
- 5) ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายเพื่อการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อะไรบ้าง และอย่างไร
 - 5.1) ความคิดเห็นต่อนโยบายเพื่อการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลที่อยู่ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - 5.2) ความคิดเห็นต่อนโยบายเพื่อการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแลหลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เสียชีวิตไปแล้ว
- 6) ท่านมีความคิดเห็นต่อนโยบายเพื่อการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อะไรบ้าง และอย่างไร
 - 6.1) ความคิดเห็นต่อนโยบายเพื่อการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับญาติผู้ดูแลที่อยู่ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
 - 6.2) ความคิดเห็นต่อนโยบายเพื่อการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับญาติผู้ดูแลหลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เสียชีวิตไปแล้ว



เรียนรู้อะไรก็ได้ทุกที่ทุกเวลา

หนังสือยินยอมการเผยแพร่ผลงานวิจัย Letter of Consent for Publication of Research

เขียนที่ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
วันที่ ๒๖ มิถุนายน 2566

ข้าพเจ้า นายสุรียา ฟองเกิด รหัสนักศึกษา 616122

ระดับ ปริญญาโท Master's degree ปริญญาเอก Ph.D.

หลักสูตร ปรัชญาดุสิตบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Email : familynursing2526@gmail.com

ชื่อเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงในชุมชน

(ชื่อภาษาอังกฤษ) Recommendations for The Policy on Potential Support of
Family Caregivers of The Dependent Elderly In Community

อนุญาต ให้ศูนย์บรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เผยแพร่
งานวิจัยของข้าพเจ้าสู่สาธารณะ เพื่อเป็นผลงานทางวิชาการ ผ่านระบบฐานข้อมูลงานวิจัย ThaiLIS

ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นายสุรียา ฟองเกิด)