



รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย

**Appropriate long-term care model for elderly in rural community,
Sukhothai province Thailand**

เสน่ห์ แสงเงิน

ถาวร มัดัน

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ปีงบประมาณ 2560

งานวิจัยนี้เป็นลิขสิทธิ์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

พ.ศ. 2560

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย การศึกษาประกอบด้วย ระยะเวลา 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย จำนวน 261 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560 – กรกฎาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.6 เพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.6 ปี ร้อยละ 61.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 82.8 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี่ยงชีฟผู้สูงอายุเท่ากับ 1,478.1 บาท ร้อยละ 61.7 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค อยู่อาศัยตามลำพังร้อยละ 6.9 และพบว่ารายได้ ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว ระบบการดูแลสุขภาพ ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระยะเวลา 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 1) การศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทด้วยการสนทนากลุ่ม 2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ระยะเวลา 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลระยะยาว, ชุมชนชนบท

Abstract

This research and development, the objective of this study was to develop and examine the appropriate long term care model for elderly in rural community, Sukhothai province. The study was conducted in 3 phases. The first phase aimed to assess factors associate with quality of life among elderly in rural community. The samples were 261 participants recruited by multistage random sampling. A questionnaire was administered by face to face interviews during May 2017 to July 2017; and analysis by Pearson's product moment correlation coefficient.

The result showed that female (58.6%), average age 69.6 year olds, marital status (61.3%), primary education (82.8%), agriculture (84.7%), average income 1,478.1 Baht per month, having disease (61.7%), living alone (6.9%). And found that income, participation family activity, caring from family, health care system, basic human needed, environmental were associated with quality of life among elderly in rural community statistical significance ($p < 0.05$). The second phase was to construct a model of elderly long term care. Which consisted of the study on needs and quality of life suggested by stakeholders with focus group discussions; and the content validity which was approved by experts. The resulting model of appropriate long term care model for elderly in rural community consisted of 4 steps: (1) the learning aging and impact from aging; (2) learning skill of self-care and participation family activity; and (3) the activities of social supportive (4) the activities to environment conducive for life. The third phase was to evaluate effectiveness model of elderly long term care; and it was found that there was a significant increase in the average score of quality of life after the intervention ($p = 0.002$).

Keyword: elderly, long term care, rural community

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัย เรื่อง รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย เป็นงานวิจัยหนึ่งที่ได้รับทุนวิจัยจาก มหาวิทยาลัยรามคำแหง ประจำปีงบประมาณ 2560 ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ได้รับความช่วยเหลือจากคณาจารย์และเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหงทุกท่าน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนโครงร่างการวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย รวมถึงได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย คณะผู้วิจัยจึงใคร่ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาให้การช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัย

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	63
ข้อมูลส่วนบุคคล.....	63
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	66
ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	76
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	77
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และสภาพปัญหาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท.....	78
ผลการสร้าง และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท..	83
ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท.....	90
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปผลการวิจัย.....	95
อภิปรายผล.....	97
ข้อยุติ.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	99
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	106
ประวัติผู้วิจัย.....	119

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวน และร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล.....	63
2 แสดงจำนวน และร้อยละความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัย สูงอายุจำแนกตามข้อคำถาม.....	66
3 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการ เปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุในภาพรวม.....	68
4 แสดงจำนวน และร้อยละสัมพันธภาพในครอบครัวจำแนกตามข้อคำถาม.....	68
5 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับสัมพันธภาพในครอบครัวในภาพรวม.....	69
6 แสดงจำนวน และร้อยละการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวจำแนกตามข้อคำถาม.....	69
7 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในภาพรวม.....	70
8 แสดงจำนวน และร้อยละการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวจำแนกตามข้อคำถาม.....	70
9 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในภาพรวม.....	71
10 แสดงจำนวน และร้อยละด้านระบบการดูแลสุขภาพจำแนกตามข้อคำถาม.....	71
11 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับด้านระบบการดูแลสุขภาพในภาพรวม.....	73
12 แสดงจำนวน และร้อยละความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต จำแนกตามข้อคำถาม.....	73
13 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในภาพรวม.....	74
14 แสดงจำนวน และร้อยละด้านสิ่งแวดล้อมจำแนกตามข้อคำถาม.....	74
15 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับด้านสิ่งแวดล้อม ในภาพรวม.....	76
16 แสดงจำนวน และร้อยละคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามรายด้าน.....	76
17 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวม.....	77
18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	77
19 แสดงจำนวน และร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล.....	90
21 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน ชนบทระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง.....	92

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	45
2	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	47
3	แสดงร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท.....	83

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมรวมถึงความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย อายุยืนยาว ประกอบกับอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (เสน่ห์ แสงเงินและคณะ, 2555) โดยในปี ค.ศ. 1975 ประชากรทั่วโลกมีจำนวน 4,100 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 350 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.53 และในปี ค.ศ. 2002 มีจำนวนผู้สูงอายุ 629 ล้านคน หรือมีผู้สูงอายุ 1 คนในจำนวนคน 10 คน (WHO, 2002) ประมาณการณ์ในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้สูงอายุประมาณ 1.2 พันล้านคน (WHO, 2006) และเพิ่มเป็น 2 พันล้านคนหรือมีผู้สูงอายุจำนวน 1 คนในจำนวนคน 5 คน ในปี ค.ศ. 2050 (WHO, 2002)

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551) จากการเปลี่ยนโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลให้หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging) ในส่วนของประเทศไทยพบว่า โครงสร้างประชากรไทยกำลังปรับเปลี่ยนสู่การเป็นสังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงหนึ่งในห้าจำนวนผู้สูงอายุ รวมถึงสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.80 ของประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.40 จากนั้น เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.70 ในปี พ.ศ. 2550 และเพิ่มเป็นร้อยละ 10.80 ในปี พ.ศ. 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และประมาณการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.10 ในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 21.10 ในปี พ.ศ. 2573 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 26.00 ในปี พ.ศ. 2583 (กรมอนามัย, 2550: Online)

ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนความเจ็บป่วยที่ต่างจากประชากรกลุ่มอายุอื่น เป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ และพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการ คือปัญหาสุขภาพ และปัญหา

เศรษฐกิจ โดยปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจน ทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเฉียบพลัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2548)

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแล และเป็นสาเหตุหลักของการหยุดทำงานของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคมตามมา ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะเป็นภาระต่อระบบการบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต มีผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันใช้เตียงในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศถึงร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด และคาดว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของการครองเตียง ในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่าของการเพิ่มในประชากรอายุน้อย (เสน่ห์ แสงเงินและคณะ, 2555) และจากการขยายตัว การกระจายตัวของสังคมเมืองส่งผลให้สังคมชนบทรับความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น อาชีพในภาคอุตสาหกรรม การบริการเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ดึงดูดชาวชุมชนออกจากอาชีพในภาคเกษตรกรรม เกิดการอพยพออกจากท้องถิ่น จนทำให้โครงสร้างของชุมชนเปลี่ยนแปลงไป เช่น สัดส่วนหนุ่มสาว วัยแรงงานน้อยลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สมาชิกของครอบครัวบางรุ่นหายไปจากครอบครัว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) และในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ และเด็กเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553) และพบว่า สิ่งที่ตามมา คือ ผู้สูงอายุ มีผู้เลี้ยงดูหรือดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552)

จากปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลหรือขาดคนช่วยเหลือจากชุมชน หรือได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2552 เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) “การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เพื่อพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และกรมอนามัย ได้ดำเนินงานพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ร่วมกับศูนย์อนามัยเขต โดยดำเนินการนำร่องตั้งแต่ปี 2551 และได้มีการพัฒนารูปแบบจนถึงปัจจุบัน โดยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งผลลัพธ์การดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ส่งผลให้ชุมชนมีความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ณัฐธัญญา กิตติธนาภรณ์, 2561)

จังหวัดสุโขทัยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดตาก อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย โดยในปี พ.ศ.2558 จังหวัดสุโขทัยมีผู้สูงอายุจำนวน 74,440 คน จากการสำรวจและจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการทํากิจวัตรประจำวันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือคนอื่นได้ร้อยละ 89.14 กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช่วยคนอื่นไม่ได้ ร้อยละ 9.46 และกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 1.40 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2558) และพบว่าร้อยละ 49.80 มีสถานะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.18 มีสถานะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.02 มีสถานะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี โดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.02 ได้รับผลกระทบทางสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ มีอาการนอนไม่หลับรองลงมาคือ ร้อยละ 86.51 มีอาการเหนื่อย และอ่อนเพลียไม่สามารถทำงานได้ร้อยละ 84.19 ไข้ไม่ชัดเจนต้องพูดเสียงดัง ๆ ร้อยละ 60.00 ได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเสมอ ร้อยละ 53.02 ไม่สามารถแสวงหาความรู้ที่จะนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 51.16 ไม่สามารถดูแลร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ ร้อยละ 48.37 เมื่อรู้สึกไม่สบายใจจะอยู่คนเดียวไม่หาเพื่อนพูดคุย ร้อยละ 33.02 รับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (สมคิด ดันติไวยทพพันธุ์, 2556)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จึงเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อช่วยผลักดันการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ ให้มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน โดยมีผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชน และสังคมได้ รวมตัวกันเป็นชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งที่จะส่งเสริมสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ ให้เป็นผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และใช้เป็นข้อมูลสำหรับสถาบันและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทเป็นอย่างไร
2. รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท เป็นอย่างไร

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท
2. เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ได้กำหนดขอบเขตในการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตเชิงพื้นที่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย ซึ่งจังหวัดสุโขทัยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วยจังหวัดตาก อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย
2. ขอบเขตเชิงประชากรกลุ่มเป้าหมายแบ่งออกเป็นดังนี้
 - 2.1 การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้สูงอายุกำหนดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่ได้แบ่งช่วงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะด้านประชากรเพิ่มเติม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน คือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารภาษาไทย ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา
 - 2.2 ขอบเขตเชิงเวลา

ใช้ระยะเวลา 15 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจและอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

2. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การจัดกิจกรรม เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจการให้ความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพในชุมชนรวมถึงปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เขตชนบท หมายถึง พื้นที่ในเขตปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย
2. ทราบประสิทธิผลของรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย
3. เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายการเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
4. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท ซึ่งจะทำให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น มีความชัดเจนและสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยใช้คำถามการวิจัยเป็นแนวทางหลักในการศึกษา และพบว่า มีประเด็นที่การศึกษานี้จะต้องทบทวนให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. การสูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุ
 - 1.1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ
 - 1.2 ผลกระทบของการสูงอายุต่อสุขภาพ
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
 - 2.1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LongTerm Care : LTC)
 - 2.2 การดำเนินงาน Long Term Care
 - 2.3 องค์ประกอบการทำงาน Long Term Care
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. การสูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุ

1.1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส และผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจ ยอมรับ และใช้กันแพร่หลายมาจนกระทั่งปัจจุบันนี้ (ผกามาศ กมลพรวิจิตร และคณะ, 2549) ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อใดจึงจะเรียกว่า ผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้น ๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ การใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้มักจะแตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศในทวีปยุโรปบางประเทศกำหนดอายุ 65 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2549)

ประเทศอินโดนีเซีย และมาเลเซียกำหนดอายุ 55 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ และประเทศนอร์เวย์กำหนดอายุ 70 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (ปีนเรศ กาดอุดม และคณะ, 2550) ประเทศเคนกัลกำหนดอายุ 60 ปี เป็นวัยผู้สูงอายุ (United Nations, 2008) และจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The World Assembly on Aging) เมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ทั้งเพศชาย และหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (United Nations, 2008), (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 มาตรา 3 ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ (กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (ผกามาศ กมลพรวิจิตร และคณะ, 2549), (จุฬารัตน์ โสตะ, 2549), (ปีนเรศ กาดอุดม และคณะ, 2550) และใช้อายุ 60 ปีเป็นเกณฑ์ของการปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการด้วย (ผกามาศ กมลพรวิจิตร และคณะ, 2549)

จากการศึกษาความหมายของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิต การสูงอายุจะแบ่งออกได้เป็นหลายประเภทโดยบางประเทศได้ใช้เกณฑ์ในการกำหนดการเป็นผู้สูงอายุแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ในทางปฏิบัติมักใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจการเป็นผู้สูงอายุโดยการนับตามปีปฏิทิน และสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์อายุคืออายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์กำหนดการเป็นผู้สูงอายุ

1.2 การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ

การสูงอายุเป็นกระบวนการสากลที่เริ่มต้นตั้งแต่เกิด เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ลักษณะเสื่อมถอยจะเกิดขึ้นช้าเร็วแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งเรียกวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงนี้ว่า ผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะกำหนดให้แน่นอนว่าอายุเท่าใดจึงถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548), (WHO, 2006) และได้มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ดังนี้

Yuriek (1980) ได้แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม (Yuriek, 1980) คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young-Old) มีอายุ 60 – 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old-Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

Alfred Kahn (2003) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (รัชช กนกเทศ, 2549) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (The Young Elderly) คือ อายุระหว่าง 60 ถึงต่ำกว่า 75 ปี
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (The Middle-age Elderly) คือ อายุระหว่าง 75 - 85 ปี
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (The Old Elderly) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปี ขึ้นไป

สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2552) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้สภาวะสุขภาพเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. คิดสังคม (พึ่งตนเองได้) คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น สังคม และชุมชนได้ จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีถึงแม้จะมีโรคประจำตัวก็สามารถควบคุมได้ มีศักยภาพเข้าสังคม ชุมชน สมาคม ให้ความร่วมมือร่วมใจกับสังคม และชุมชนได้ดี

2. คิดบ้าน (พึ่งตนเองได้บ้าง) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีโรคเรื้อรัง อาจจะมีพิการ/ทุพพลภาพบางส่วน ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

3. คิดเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

กรมสุขภาพจิต (2553) ได้จำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีประพฤติดีปฏิบัติได้สอดคล้องตามวัยของตน ทำให้ไม่เกิดปัญหาต่อครอบครัว ได้แก่ มีความเป็นอยู่อย่างสงบ มีความสนใจกิจกรรมต่าง ๆ ตามความพอใจ และความเหมาะสมมุ่งทำประโยชน์ต่อสังคม

2. กลุ่มที่ชอบต่อสู้ มีพลังใจสูงทำให้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ขึ้นได้

3. กลุ่มที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น มักจะต้องการความสนใจ และความเอาใจ ใส่จากคนในครอบครัวมาก

4. กลุ่มที่สิ้นหวังในชีวิต มักจะเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจ โดยเฉพาะโรคอารมณ์เศร้า

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2548) ได้จำแนกวัยสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. วัยสูงอายุตอนต้น (Young-Old) อายุ 60-69 ปี
2. วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-Old) อายุ 70-79 ปี
3. วัยสูงอายุมาก (Old-Old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการสูงอายุนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงวัยของผู้สูงอายุดังกล่าวเท่านั้นแต่กระบวนการสูงอายุนั้นจะค่อย ๆ เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และเพิ่มมากขึ้นตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่บุคคลต้องประสบ

กับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของคู่ครอง มิตรสันทิ รายได้ลดลง และการสูญเสียตำแหน่งทางสังคม เป็นต้น

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และโดยไม่กำหนดช่วงอายุในการสุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะด้านประชากรเพิ่มเติม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน คือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

ทฤษฎีการสูงอายุ

นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญศาสตร์หลายสาขาโดยเฉพาะนักชีววิทยา นักสังคมศาสตร์ และนักจิตวิทยา ซึ่งเป็นผู้สร้างทฤษฎีการสูงอายุ เป็นแม่บทของการศึกษาผู้สูงอายุให้กว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งนี้ได้อธิบายทฤษฎีการสูงอายุตามศาสตร์ของแต่ละสาขา โดยสามารถจำแนกออกเป็น 3 ทฤษฎีหลัก (ประภาพร มโนรัตน์, 2553) คือ

1. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological Theory) นักชีววิทยาได้อธิบายการสูงอายุในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ยีน ดีเอ็นเอ โดยมีรายละเอียด (อรรณพ แพนคง, 2553) ดังนี้

1.1 ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic Theories)

1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General Genetic Theory) ได้อธิบายว่าอายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุนานไม่เท่ากัน เนื่องจากจะถูกกำหนดขึ้นโดยรหัสทางพันธุกรรม ดังนั้นจึงเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวใดมีบรรพบุรุษอายุยืน บุคคลในครอบครัวนั้นมักมีอายุยืนด้วย

1.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular Genetic Theory) ได้อธิบายว่า ยีน (Gene) ควบคุมลักษณะพันธุกรรมโดยการสร้างเอนไซม์ ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ ดังนั้น จึงเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคนนั้นกำหนดไว้แล้วในยีน

1.1.3 ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic Mutation Theory) ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอ (DNA) เกิดจากรังสีหรืออาจเกิดจากการส่งรหัสผิดพลาด จะเป็นตัวเร่งให้เซลล์ตาย ดังนั้น จึงเชื่อว่าจะเป็นสาเหตุทำให้คนเราแก่เร็วขึ้น

1.1.4. ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory of Aging) ได้อธิบายถึงการเกิดความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอนไซม์ในเซลล์ จึงทำให้การจำลองโปรตีนหรือเอนไซม์ซึ่งมีลักษณะหรือคุณสมบัติผิดไปจากเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ได้เป็นเหตุให้เซลล์ตายในที่สุด จึงเชื่อว่าจะทำให้คนแก่เร็วขึ้นหรืออายุสั้น

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Non-Genetic Theories)

ทฤษฎีนี้ไม่เชื่อว่าการสูงอายุเกิดจากกรรมพันธุ์ แต่เชื่อว่าเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในเซลล์ทำให้ลักษณะโครงสร้าง และหน้าที่ดีเอ็นเอ (DNA) เปลี่ยนแปลงไป โดยสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อยต่าง ๆ ดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Theory) หรือทฤษฎีเซลล์ ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักรเมื่อเกิดการใช้งานนาน ๆ จะเกิดความผิดปกติขึ้น เกิดภาวะความเสื่อมถอยทำหน้าที่ได้น้อยลง ซึ่งโดยปกติแล้วเซลล์จะมีการสร้างใหม่แทนที่เซลล์ที่ตายอยู่ตลอดเวลา แต่ในคนสูงอายุนานขึ้นจะเกิดน้อยลง และเซลล์บางชนิดเสื่อมลง โดยไม่มีเซลล์เกิดขึ้นใหม่ สภาวะการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้หน้าที่ของเซลล์เสื่อมลง การแลกเปลี่ยนออกซิเจน การขนถ่ายอาหารเลี้ยงเนื้อเยื่อน้อยลงทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่เสื่อมถอย

1.2.2 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ที่ชื่อว่าไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำจะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นสารนี้จะส่งผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ทำให้การซึมผ่านเซลล์ลดลง

1.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงเซลล์ว่าเมื่ออายุเสื่อม และตายได้ สาเหตุเนื่องมาจากการสร้างอนุมูลอิสระซึ่งมีฤทธิ์ทำลาย ทำให้เซลล์เสื่อม อนุมูลอิสระนี้เป็นส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ ซึ่งเกิดจากผลพลอยได้ในกระบวนการทำงานปกติของเซลล์ เมื่อสะสมมากขึ้นก็จะมีอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และตายในที่สุด

1.2.4 ทฤษฎีการเชื่อมขวาง (Cross-Linking Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการเชื่อมขวางของโมเลกุล โปรตีนพวก อิลาสติน (Elastin) คอลลาเจน (Collagen) เมื่ออายุมากขึ้นการเชื่อมขวางของคอลลาเจนเพิ่มมากขึ้น คอลลาเจนมีคุณสมบัติแข็ง และละลายได้น้อยลงทำให้เซลล์ไม่สามารถที่จะขนส่ง และขับถ่ายของเสียออกจากเซลล์ได้สะดวก ขาดความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ และหลอดเลือด การขับถ่าย ขนส่งอาหารไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ไม่ดี

1.3 ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องทางสรีรวิทยา (Physiological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายการสูงอายุว่าเป็นผลจากการล้มเหลวของการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย และความบกพร่องของกลไกการควบคุมทางสรีรวิทยา โดยแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อยต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้นทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมาก มีผลให้กลไกในการป้องกันตัวเองลดลงด้วยทำให้เจ็บป่วยง่าย

1.3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาท และต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่าระบบสมอง ประสาท และต่อมไร้ท่อจะทำหน้าที่ประสานควบคุมซึ่งกัน และกัน เพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติแต่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายทำให้ระดับฮอร์โมนแปรปรวนมีผลทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ แปรปรวนไปด้วย

2. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานในอดีตหรือผลจากการปรับตัวทั้งทางด้านความคิด สติปัญญา ความนึกคิด การรับรู้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ในอดีตทำให้แต่ละบุคคลมีบุคลิกภาพต่างกันไป บุคคลที่ผ่านช่วงชีวิตด้วยความมั่นคง อบอุ่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้จะส่งผลให้ช่วงวัยสูงอายุมีความสุขมีความรู้สึกรับมือกับชีวิตได้ แต่ถ้าเป็นลักษณะตรงกันข้ามชีวิตวัยสูงอายุ อาจจะไม่มีความสุข รู้สึกท้อแท้ ผิดหวัง และซึมเศร้า

3. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological Theory) โดยสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อยต่าง ๆ ดังนี้ (อรรวรรณ แพนคง, 2553) ดังนี้

3.1 ทฤษฎีไร้การผูกพันหรือทฤษฎีถอยห่างจากสังคม (Disengagement Theory) ได้อธิบายว่าเมื่อผู้สูงอายุต้องถอยห่างจากสังคมเนื่องจากการหมดบทบาทหน้าที่การทำงาน เช่น การเกษียณอายุ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเตรียมตัวรับกับการเปลี่ยนแปลงนี้ หากผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ชีวิตมาด้วยดี และมีความสุขจะมีชีวิตที่ผ่อนคลายอย่างกระฉับกระเฉง

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (The Activity Theory) ได้อธิบายว่าการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย และจิตใจที่ดี การมีส่วนร่วมกิจกรรม ทำประโยชน์ให้สังคมจะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาบทบาทใหม่

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่องได้อธิบายว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข และมีกิจกรรมในสังคมหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนของชีวิตแต่ละคนถ้าหากในอดีตชอบทำกิจกรรมร่วมกับสังคมก็จะชอบมีกิจกรรมในสังคมในช่วงสูงอายุ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสูงอายุของบุคคลเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน กระบวนการสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านกาย จิต สังคมในลักษณะเสื่อมถอย จะเกิดขึ้นช้าหรือเร็วแตกต่างกันไป ส่วนการกำหนดอายุว่าบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละประเทศแตกต่างกันไป แต่บุคคลที่จะได้รับผลกระทบจากการสูงอายุนมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุ ดังนั้น การเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ จะช่วยให้สามารถวางแผนในการลดผลกระทบจากการสูงอายุได้

1.2 ผลกระทบของการสูงอายุต่อสุขภาพ

แนวคิด ทฤษฎีของการสูงอายุคงได้กล่าวไว้ข้างต้น ได้อธิบายให้เห็นถึงสาเหตุของการเสื่อมถอยทางสุขภาพของมนุษย์ด้วยหลักการของศาสตร์หลากหลายสาขา ซึ่งทุกศาสตร์ได้อธิบายให้เห็นถึงผลกระทบอันเกิดกับสุขภาพ ซึ่งผลกระทบจากการสูงอายุนั้นมาจากการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก่อให้เกิดการขาดสมดุลทางสุขภาพ เน้นยว่นำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วยทั้งกาย จิต และสังคมได้ ดังนั้น จึงได้สรุปผลกระทบของการสูงอายุ (อรรณพ แผนคง, 2553) ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลง และมีจำนวนลดน้อยลง 30 เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาว และขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันสะสมมากขึ้น มีปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลงแต่ปริมาณน้ำภายนอกเซลล์ยังคงเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ปริมาณน้ำทั้งหมดภายในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้น้ำหนักของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังเหี่ยวย่น และแห้ง สาเหตุเนื่องจากขาดไขมันใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ผิวหนังบางลง และการไหลเวียนเลือดลดลง จึงมีโอกาสดึงดูดซับได้ง่าย ต่อมเหงื่อมีจำนวน และขนาดลดลง การทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้เป็นผลให้ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิลดลง ผู้สูงอายุจึงมักจะทนอากาศร้อนหรือหนาวจัดไม่ได้ ผม และขนมีจำนวนลดลงรวมถึงมีสีจางลงจนกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว ผมร่วง และแห้งง่ายเนื่องจากได้รับอาหารไม่เพียงพอรวมถึงการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง

1.2 ระบบประสาทสัมผัส มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมอง เซลล์ประสาท ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมอง และประสาทลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลงเป็นเหตุให้ความไว และความรู้สึกลดลงสนองปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหว และความคิดเชิงซ้ำบางครั้งที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องในอดีตได้ดี

1.3 ระบบประสาทสัมผัส การมองเห็น การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด เช่น หลอดเลือดแข็งจะทำให้การมองเห็นเสื่อมลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตาวาวขึ้น มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด มองเห็นภาพไกลชัด ปฏิกริยาตอบสนองของม่านตาตอบสนองลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดหรือในเวลากลางคืนไม่ดี การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น

เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้นร่วมกับเส้นประสาทเส้นที่ 8 เสียหน้าที่ เชื้อแก๊วหู และอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น การรับคลื่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจนการรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลงประมาณ 2 ใน 3 และต่อมรับรสจะตายเมื่ออายุ 70 ปี

1.4 ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก กระดูกเปราะ หักง่ายเนื่องจากการมีผลของแคลเซียมออกจากกระดูก ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงเพราะหมอนรองกระดูกบางลง กระดูกสันหลังมากขึ้นทำให้หลังค่อม กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ บางลง น้ำไขข้อลดลงทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกันเกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบ และมีอาการปวดข้อ จำนวน และขนาดเส้นใยของขนาดกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ มวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งนานขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ช้าลง

1.5 ระบบการไหลเวียนโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ จากอายุ 25-65 ปี ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น รูภายในหลอดเลือดแคบลงจึงมีโอกาสดเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย การไหลเวียนของเลือดช้าลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้อวัยวะนั้น ๆ เสื่อมลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลงความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้นทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

1.6 ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของช่องเยื่อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ขยาย และหดตัวไม่ดี ผนังทรวงอกแข็งขึ้น กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้าลงส่งผลให้การระบายอากาศลดลง และรีเฟล็กซ์การไอลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

1.7 ระบบทางเดินอาหาร พลังของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เหยื่อที่หุ้มคอพินรน พินพุ่ง่ายขึ้น พินผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะหลุดล่งไปต้องใส่พินปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด การผลิตน้ำย่อย และเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะลดลง ทำให้การย่อย การดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลง ประกอบกับการรับประทานอาหารที่ไม่มีกากทำให้เกิดภาวะท้องผูก

1.8 ระบบขับถ่ายของเสีย ขนาด และความจุของกระเพาะปัสสาวะมีขนาดลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลัง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง มีผลทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยในผู้สูงอายุชาย อาจมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะลำบาก ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้น้ำปัสสาวะเข้มข้นลดลง จึงทำให้น้ำปัสสาวะเจือจาง ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำ และเกลือแร่ได้

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย ทำให้ต่อมไร้ท่อ และองค์ประกอบอื่น ๆ ในร่างกายถูกรบกวน เช่น องค์ประกอบที่ลดน้อยลงของต่อมไทรอยด์จะนำไปสู่ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ นอกจากนี้เนื้อเยื่อของตับอ่อนอาจถูกทำลาย ทำให้การผลิตอินซูลินลดลง จึงทำให้เกิดภาวะโรคเบาหวานได้มากขึ้น โดยเฉพาะอายุระหว่าง 60-70 ปี

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงนี้มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคมเพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลรวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ การตายจากของคู่ครอง ญาติสนิท เพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย โดยเฉพาะการตายของคู่ครองนั้น ถือว่าเป็นการสูญเสียอย่างใหญ่หลวงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา และว้าเหว่

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ วัยสูงอายุเป็นวัยอันควรที่จะต้องออกจากงาน ในขณะที่เดียวกันก็ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงตามมา เนื่องจากการหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง หน้าที่การงาน รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือชุมชน ขณะเดียวกันก็ขาดรายได้หรือมีรายได้ลดลง ผลกระทบจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว

2.3 การสูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัว วัยสูงอายุ บุตรธิดามักจะมีครอบครัว และแยกย้ายไปอยู่อาศัยต่างหาก โดยเฉพาะสังคมยุคปัจจุบันมีแนวโน้มจะเป็นครอบครัวเดี่ยว มากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานต้องลดลงกว่าแต่ก่อน บทบาทในการดูแลเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานจึงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงา เปล่าเปลี่ยว เกิดความซึมเศร้า และเบื่อหน่ายในชีวิต

2.4 การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรเคมีของร่างกายทำให้เกิดความเสื่อมในสมรรถภาพทางเพศ ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ ตลอดจนความสวยงามของรูปร่างหน้าตาลดลง การไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศนับเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เมื่อร่างกายเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานหรือการเกษียณอายุงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม สัมพันธภาพทางสังคมลด

น้อยลง การยอมรับทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นไปในทางลบ และมักจะไม่ค่อยยอมรับในศักยภาพของผู้สูงอายุเท่าที่ควร สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) มีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม สังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้คนในครอบครัวที่อยู่ในวัยแรงงานต้องออกไปประกอบอาชีพในเมืองใหญ่หรือเมื่อบุตรหลานแต่งงานแล้วก็จะแยกย้ายไปสร้างครอบครัวใหม่ ทำให้เกิดสภาพครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น ก่อให้เกิดความหวาดเหว ความวิตกกังวล น้อยใจ และเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ การตายของคู่ครอง ญาติสนิท เพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย โดยเฉพาะการตายของคู่ครองนั้นถือว่าเป็นการสูญเสียอย่างใหญ่หลวงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา และว้าเหว

3.2 ความคับข้องใจทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการติดต่อสื่อสาร ทำให้ความเป็นอยู่ในสังคมไทยมีความคล้ายคลึงกับประเทศในทวีปยุโรปมากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมักจะเกิดความขัดแย้งกับคนหนุ่มสาวยุคปัจจุบันในด้านของพฤติกรรมที่แสดงออก และค่านิยมต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าเป็นคนล้าสมัย พุคคัยไม่เข้าใจ จู้จี้ขี้น บุตรหลานไม่ต้องการเข้าใกล้ทำให้มีความรู้สึกน้อยใจเกิดความเครียด รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย บุตรหลานขาดความเคารพยำเกรง เป็นส่วนเกินของครอบครัว เกิดความท้อแท้ และเบื่อหน่ายในชีวิต หากมีการเกษียณอายุงานร่วมด้วยแล้วนับว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการเกษียณอายุงาน ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ การยกย่องทางสังคม ตลอดจนถูกลดบทบาทการเป็นผู้นำของครอบครัว เกิดความรู้สึกว่าผู้อื่นจะเกิดความไว้วางใจในสมรรถภาพของตน หดความนับถือ คุณค่า และศักดิ์ศรีน้อยลง

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปเป็นผู้รับคำปรึกษา การให้รับผิชอบงานในชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่น ไม่กล้าแสดงออก ยกเว้นผู้สูงอายุที่เคยมีความสัมพันธ์กับชุมชนในลักษณะการเป็นผู้นำให้คำปรึกษา เป็นแกนนำชุมชนหรือมีความสามารถเฉพาะ เช่น ผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ผลกระทบของการสูงอายุ มีผลต่อภาวะสุขภาพในทุกมิติ ทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ ความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางสุขภาพหนึ่งขี้นทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วยตามมา

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุ

นโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมต่าง ๆ มีการพัฒนา และทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของสังคม เป็นการเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ หรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ทำให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่กับ ครอบครัว และชุมชน ได้นานที่สุด (กรมอนามัย, 2551) ทั้งนี้ผู้สูงอายุ ควรได้รับความช่วยเหลือตาม หลักมนุษยธรรม ตามความต้องการ และให้ความสูงอายุได้รับผลในทางลบน้อยที่สุดต่อการ เปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การให้กำลังใจ การให้ความรักความอบอุ่น การจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) โดยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับนานาชาติ

1.1 แนวคิดในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติได้จัดให้มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The World Assembly on Aging) เมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา โดยได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการ จัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีสาระสำคัญประกอบด้วยแนวความคิด 2 ประการคือ (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553)

1. แนวคิดด้านมนุษยธรรม (Humanitarian Aspect of Aging) ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุ ควรได้รับความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม และความต้องการ ได้แก่

1.1 สุขภาพอนามัย และโภชนาการ ผู้สูงอายุควรได้รับการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพ การโภชนาการ และมีมาตรการป้องกันเกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุ ป้องกันความพิการ

1.2 ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม ควรให้ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านของตนเองอย่างมีอิสระให้มากที่สุด การสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุควรพิจารณาให้เหมาะสมกับ สภาพของผู้สูงอายุ ควรมีเครื่องอำนวยความสะดวกให้พอเพียงโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการ เคลื่อนไหว และผู้สูงอายุที่พิการ นอกจากนี้ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านบริการสังคม อนามัย วัฒนธรรม งานด้านพักผ่อนหย่อนใจ การคมนาคม เป็นต้น

1.3 ครอบครัว ควรสนับสนุน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแล ผู้สูงอายุ นอกจากนี้รัฐบาล และองค์การเอกชนควรจะมีมาตรการหรือบริการในการสนับสนุน ครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้น้อย

1.4 สวัสดิการสังคม การให้บริการด้านนี้ควรมีเป้าหมายที่เสริมสร้าง และคงไว้ซึ่งบทบาทที่เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุในสังคมให้มากที่สุดที่จะกระทำ ได้ รวมทั้งการสนับสนุนให้กลุ่มเยาวชน และอาสาสมัครต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุหรือจัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุโดยที่รัฐบาลต้องยกเลิกกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานนี้

1.5 ความมั่นคงทางด้านการรายได้ และการจ้างงาน รัฐควรมีหลักประกันรายได้ขั้นต่ำ สำหรับผู้สูงอายุซึ่งอาจจะดำเนินการโดยออกกฎหมายประกันสังคมหรือมาตรการอื่น ๆ นอกจากนี้ ควรมีการร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับนายจ้าง องค์กรลูกจ้างหรือคนงาน เพื่อจัดทำมาตรการที่จะสนับสนุนให้คนสูงอายุได้ปฏิบัติการต่อไป ภายใต้สภาพการที่เหมาะสม และมีความมั่นคง

1.6 การศึกษา ควรจัดให้มีโครงการศึกษาที่ให้ผู้สูงอายุเป็นครูหรือเป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ วัฒนธรรม ประเพณี ศิลธรรม ควรจะกระตุ้นให้มีการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ในทุกระดับ รวมทั้งในระดับมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ ควรจะต้องให้การศึกษแก่ประชาชนทั่วไป ตั้งแต่เยาว์วัยถึงผู้สูงอายุเกี่ยวกับกระบวนการชราภาพ และวิธีการเตรียมตัวเพื่อรับกับวัยสูงอายุ

2. แนวคิดด้านพัฒนา (Developmental Aspect of the Aging) หมายถึง บทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งรัฐบาลจะต้องรับผิดชอบ โดยการทำให้การสูงอายุมิผลในทางลบน้อยที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมรวมทั้งในเรื่องของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมิบทบาทในด้านการพัฒนาประเทศโดยส่วนรวม ในส่วนการจัดบริการสังคมที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ ได้อธิบายถึงบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อบรรเทาปัญหา และความ ต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ต้องมีลักษณะ (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553) ดังนี้

2.1 บริการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวเข้าวัยสูงอายุ (Adjustive and Integrative Services) เป็นการจัดบริการที่มีจุดมุ่งหมายไปที่ผู้กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะต้องเข้ามาอยู่ในสังคมใหม่ ปรับตัวต่อบทบาท และสถานการณ์ใหม่ ๆ กิจกรรมต่าง ๆ ของบริการด้านนี้ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำ เกี่ยวกับรายได้ และความทุกข์ใจ กังวลใจต่าง ๆ และการชักชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

2.2 บริการที่ให้การสนับสนุน (Supportive Services) ซึ่งบริการประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายไปที่ผู้สูงอายุที่อายุมากแล้วเพื่อช่วยเหลือให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การเยี่ยมเยียนที่บ้านเพื่อให้บริการดูแลรักษาสุขภาพ ให้คำปรึกษาแนะนำ ในเรื่องต่าง ๆ และการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นต้น

2.3 บริการด้านที่พักอาศัย (Congregate and Shelter Care Services) เป็นการ จัดที่พักอาศัย และให้การดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ อย่างมีความสุข

2.4 บริการทางด้านการป้องกัน และรักษาความปลอดภัย (Protective Services) เป็นการ จัดบริการทางด้านการป้องกันรักษาความปลอดภัย รักษาสิทธิ และสวัสดิการ ได้แก่ บริการด้านกฎหมาย การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการจัดการด้านการเงิน เป็นต้น

2.5 บริการทางด้านอำนวยความสะดวกในการดูแลรักษา (Care Facilities and Services) บริการประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ให้ได้รับความสะดวกใน ด้านการรับบริการรักษาพยาบาล

1.2 หลักการของสหประชาชาติสำหรับผู้สูงอายุ

เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2534 สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้รับรอง หลักการผู้สูงอายุ (United Nation Principles for Older Person) ซึ่งมีสาระสำคัญ (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553) ดังนี้

1. หลักการมีเสรีภาพ

1.1 ผู้สูงอายุควรได้รับอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และการดูแล สุขภาพอนามัยอย่างพอเพียง โดยการมีรายได้ การสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และการ ช่วยเหลือตนเอง

1.2 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการทำงานหรือสามารถได้รับรายได้อื่น ๆ

1.3 ผู้สูงอายุควรมีส่วนในการตัดสินใจว่าเมื่อใดจะต้องพ้นจากการทำงาน

1.4 ผู้สูงอายุควรได้รับการฝึกอบรม และการศึกษาตามความเหมาะสม

1.5 ผู้สูงอายุควรได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบปลอดภัยด้วยความพึงพอใจ ตามกำลังความสามารถ

1.6 ผู้สูงอายุควรได้อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ตลอดระยะยาวนานเท่าที่เป็นไปได้

2. หลักการมีส่วนร่วม

2.1 ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการกำหนด และดำเนินงานตามนโยบาย ต่าง ๆ ที่จะส่งผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตน สามารถถ่ายทอดความรู้ และทักษะให้กับชนรุ่นหลัง

2.2 ผู้สูงอายุควรที่จะได้รับการพัฒนาโอกาสต่าง ๆ เพื่อให้บริการแก่ชุมชน เป็นอาสาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมตามความสนใจ และกำลังความสามารถของตน

2.3 ผู้สูงอายุควรมีบทบาทที่จะจัดตั้งกลุ่มหรือสมาคมของผู้สูงอายุเองได้

3. หลักการได้รับการดูแล

3.1 ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และได้รับการคุ้มครอง

3.2 ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ให้ดีขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

3.3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสังคม และกฎหมาย เพื่อเป็นการส่งเสริม สนับสนุน การเป็นอิสระ การคุ้มครอง และการได้รับการดูแล

3.4 ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล คุ้มครอง ฟื้นฟู ส่งเสริมทางด้านสังคม และจิตใจอย่างเหมาะสมจากสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมที่มั่นคง

3.5 ผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

4. หลักการบรรลุความพึงพอใจของตนเอง

4.1 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างเต็มความสามารถ

4.2 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาวัฒนธรรม จิตใจ และกิจกรรมนันทนาการของสังคม

5. หลักการความมีศักดิ์ศรี

5.1 ผู้สูงอายุควรที่จะดำรงชีวิตอยู่ด้วยศักดิ์ศรี และความปลอดภัย โดยปราศจากการถูกแสวงหาประโยชน์ ถูกทำร้ายร่างกาย และจิตใจ

5.2 ผู้สูงอายุควรได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมตามสถานภาพ ภูมิหลัง และมีอิสระในการช่วยเหลือตนเองทางด้านเศรษฐกิจ

1.3 ประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2535 ในการประชุมสามัญครั้งที่ 45 ขององค์การสหประชาชาติได้มีมติประกาศให้วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุสากล (International Day for The Elderly) และสมัชชาใหญ่แห่งองค์การสหประชาชาติมีมติให้มีประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ (Proclamation on Ageing) มีสาระสำคัญ (นวลศรี เพ็ชรนวล, 2548) ดังนี้

1. การสูงอายุของประชากรจะก่อให้เกิดความจำเป็นอันเร่งด่วนที่รัฐบาล และเอกชนจะต้องกำหนดนโยบาย และแผนงานเพื่อสนองความต้องการตามความจำเป็นให้เพียงพอ

2. จำนวนผู้สูงอายุในภูมิภาคที่กำลังพัฒนาได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าในภูมิภาคที่พัฒนาแล้ว

3. ในทศวรรษหน้าจะมีการร่วมมือ การเริ่มงานใหม่ และการจัดสรรทรัพยากรให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น

4. ควรมีการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ

5. ชราภาพเป็นกระบวนการของอายุยืนยาว การเตรียมตัวเข้าสู่วัยชราจะต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

6. ผู้สูงอายุย่อมหวังที่จะมีสุขภาพดีที่สุด เท่าที่เป็นไปได้

7. การเข้าสู่วัยชราของผู้สูงอายุบางคน อาจต้องการบริการจากชุมชน และครอบครัว

2. ภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิก

2.1 ปฏิญญามาเก๊า

ในปี พ.ศ. 2541 คณะกรรมการเศรษฐกิจ และสังคมภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิก (ESCAP) ได้จัดการประชุมประเทศต่าง ๆ ในภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิกขึ้นที่เมืองมาเก๊า และได้ประกาศปฏิญญามาเก๊าโดยมีสาระสำคัญเกี่ยวข้องกับประเด็นหลักเรื่องผู้สูงอายุ คือ ให้ทุกประเทศในภูมิภาคเอเชีย และแปซิฟิก ตระหนักถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป คุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะผู้มีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคมการร่วมมือในระดับภูมิภาคทั้งภาครัฐ และเอกชนช่วยสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรหรือบริการต่าง ๆ ให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุทั้งในเมือง และชนบท (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553)

2.2 แผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในเขตภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิก

แผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุในเขตภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิก จัดทำขึ้นภายใต้ผลการประชุมที่ประเทศออสเตรเลีย เมื่อปี พ.ศ. 2525 และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นที่น่าห่วงใยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภูมิภาคนี้ 7 ประการ (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553) ได้แก่

1. สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุถูกมองว่าอ่อนแอ ไร้ความสามารถ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังนั้นรัฐบาลจะต้องพยายามสร้างภาพในเชิงบวก

2. ผู้สูงอายุกับครอบครัว รัฐบาลต่าง ๆ จะต้องสนับสนุนให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น โดยการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบต่าง ๆ การจัดบริการด้านการรักษาพยาบาล การดูแลตามบ้านให้ผู้สูงอายุ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก การสนับสนุนเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างวัย

3. สุขภาพ และโภชนาการ รัฐบาลจะต้องมีการวางแผนการดำเนินกิจกรรมที่เป็นระบบ เพื่อให้ความรู้ในเชิงป้องกัน เน้นชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงาน การมีระบบการประกันสุขภาพ เป็นต้น

4. ที่อยู่อาศัย การคมนาคม และการสร้างสภาวะแวดล้อม รัฐบาลต้องสร้างหลักประกันด้านที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น แผนงานด้านเคหะชุมชนเปิดโอกาส และให้ทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งการเตรียมเรื่องการเดินทาง การผ่อนผันเรื่องค่าโดยสาร

5. ผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค ซึ่งผู้สูงอายุมีความต้องการสินค้าบริการที่ต่างไปจากกลุ่มอื่น รัฐบาลจึงต้องคุ้มครองสิทธิในฐานะผู้บริโภคหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีกรรวมกลุ่มผู้บริโภค เพื่อปกป้องสิทธิประโยชน์ของตนเองรวมทั้งการกำหนดกฎ ระเบียบ กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของสินค้า และบริการเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับภาคเอกชน

6. หลักประกันด้านรายได้ การคงไว้ซึ่งรายได้ และการมีงานทำ ซึ่งรัฐบาลจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคคลในเรื่องการออมโดยการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ ได้รับการจ้างงาน และมีแผนการเกษียณอายุที่มีความยืดหยุ่น การคุ้มครองด้านกฎหมาย

7. บริการทางสังคม และชุมชน รัฐบาลจะต้องเล็งเห็นถึงความจำเป็นของบริการทางสังคมที่จัดให้ผู้สูงอายุจะต้องมีเพียงพอ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อสร้างเครือข่ายบริการให้ครอบคลุมทั้งในเมือง และชนบท นอกจากนี้ ภาค รัฐต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกของสมาคม

3. ประเทศไทย

ภาครัฐได้ให้ความสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ โดยกำหนดนโยบายในระดับชาติรวมถึงกำหนดให้แต่ละภาคส่วน กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ และมาตรการส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหาด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553: Online) ซึ่งสรุปพัฒนาการของการดำเนินงานผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้ดังนี้

ในปี พ.ศ. 2494 รัฐบาลในขณะนั้นได้ตราพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ ปี พ.ศ. 2496 กรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้เริ่มจัดสร้างบ้านบางแคให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ยากจน จากนั้นในปี พ.ศ. 2525 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (2525 - 2544) ซึ่งแผนดังกล่าวประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) สุขภาพอนามัย 2) ความมั่นคงทางรายได้ และการทำงาน 3) การศึกษา วัฒนธรรม 4) สวัสดิการสังคม และ 5) ด้านวิจัย และพัฒนา

และในปีเดียวกันนี้รัฐบาลในขณะนั้นได้ประกาศให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ และมีการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติตั้งแต่ปี 2526 และส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2532 กระทรวงสาธารณสุขได้มีโครงการให้การสงเคราะห์ประชากรผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาล ในปี พ.ศ. 2535 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2535-2554 ซึ่งประกอบด้วยนโยบาย และมาตรการ 5 ด้าน 1) สุขภาพอนามัย/โภชนาการ 2)สวัสดิการสังคม 3) ด้านการงาน และรายได้ 4) ด้านสังคม การศึกษา วัฒนธรรม และจิตใจ 5) ด้านวิจัย และพัฒนา ในปี พ.ศ.2542 ได้ประกาศปณิญาผู้สูงอายุไทย (9 ข้อ) ซึ่งประกอบด้วย (สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553: Online) ดังนี้

ข้อที่ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์ การคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และการละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อที่ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่ร่วมกับครอบครัวโดยได้รับ ความเคารพรักความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกัน และกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสุข

ข้อที่ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้านเพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้เหมาะสมกับวัย

ข้อที่ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงาน ที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อที่ 5 ผู้สูงอายุควร ได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกันรวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

ข้อที่ 6 ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย

ข้อที่ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบาย และแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริม และประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อที่ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกัน และการบังคับใช้ในการพิทักษ์ คุ้มครองสิทธิ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูเวที และความเอื้ออาทรต่อกัน

จากนั้นในปี พ.ศ. 2545 คณะรัฐมนตรีในขณะนั้นมีมติเห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ในปี พ.ศ. 2546 ได้ตราและประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งมี 24 มาตรา และในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ.2553) โดยแก้ไขให้มี "การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม" (สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553:Online) โดยรายละเอียดด้านสิทธิของผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) เป็นกฎหมายที่ให้การคุ้มครองส่งเสริม สนับสนุนผู้สูงอายุให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผลักดันให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัตินี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554) ดังนี้

1. การบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะมีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้รับการอย่างรวดเร็ว และสะดวก
2. ด้านการศึกษา จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน และมีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับสูงอายุ ตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐานถึงขั้นอุดมศึกษาทั้งในระบบ นอกกระบบ ตามอัธยาศัย และมีรายการต่าง ๆ เพื่อสูงอายุ
3. ด้านการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพ ให้ข้อมูล คำปรึกษา ข่าวดารตลาดแรงงาน การจัดหางานรับสมัครงาน บริการข้อมูลทางอาชีพ
4. ด้านการฝึกอาชีพ การจัดตลาดรองรับสินค้า อบรมการจัดการ การตลาด และนำสินค้าร่วมจำหน่ายในงานต่าง ๆ
5. ด้านการลดหย่อนค่าโดยสาร และการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง
6. ด้านการท่องเที่ยวจัดกิจกรรม และโครงการเพื่อผู้สูงอายุ
7. ด้านกีฬา และนันทนาการบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย

การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ใช้บริการในสนามกีฬา สวนสุขภาพ ลานกีฬา แอโรบิก สนามฟุตบอล ห้องออกกำลังกาย

8. ด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม อำนวยความสะดวก ความปลอดภัยใน พิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ หอศิลป์ สถานที่จัดกิจกรรม และลดอัตราค่าเข้าร่วมกิจกรรม

9. ด้านการช่วยเหลือในทางคดี ให้คำแนะนำ ปริญญา ความรู้ทางกฎหมาย จัดหา ทุนความช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือว่าความแก้ต่างคดี และได้รับการดูแลจาก อาสาสมัครคุ้มครองสิทธิ์ และเสรีภาพในพื้นที่

10. ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม ถูกทอดทิ้ง ให้การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณ ถูกทอดทิ้ง ถูกแสวงหาประโยชน์โดยผิดกฎหมาย ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหา ในครอบครัว ช่วยเหลือผู้สูงอายุจัดการศพ ช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และด้านที่อยู่อาศัย

11. ด้านการช่วยเหลือเบี้ยยังชีพ ช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุเป็นรายเดือน

จากแนวคิดนโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว สามารถสรุป และจำแนกการให้บริการตามลักษณะกิจกรรมที่จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการอยู่ใน ประเทศไทย (ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, 2549: Online) ดังนี้

1. บริการด้านสุขภาพอนามัย เช่น บริการคลินิกผู้สูงอายุ บริการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย บริการฟื้นฟูสุขภาพ บริการบัตรสุขภาพรักษาพยาบาลฟรี เป็นต้น บริการนี้ ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข เช่น การจัดทำโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้มีจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และอำเภอ การส่งเสริม สนับสนุน โรงพยาบาลทั้งของรัฐ และเอกชนให้สุศึกษาแก่ผู้สูงอายุรวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ และงานสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางการแพทย์ และการสาธารณสุขเบื้องต้น

1.2 การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจัดให้มีคลินิก และ โรงพยาบาล ดำเนินการให้การรักษาเบ็ดเสร็จ เช่น การจัดตั้งโครงการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุตามโรงพยาบาลต่าง ๆ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์บริการตรวจผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลสุขภาพเวลากลางวัน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ การเยี่ยมเยียน และติดตามที่บ้านโดยพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ แผนกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุ ชมรมหรือสโมสรผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.3 งานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการจัดการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อนำความรู้ในด้านสุขภาพอนามัยไปสู่หมู่บ้าน และตำบล จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน โดยเน้นการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์

2. บริการด้านการศึกษา เช่น การจัดสัมมนา และบรรยายเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพเพื่อเป็นรายได้หรือเพื่อเป็นกิจกรรมเวลาว่าง เป็นต้น

3. บริการด้านนันทนาการ วัฒนธรรม และสังคม เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อความบันเทิง การแสดง การจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา การจัดกิจกรรมพัฒนาสังคม เป็นต้น

4. ด้านการบริการให้การช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น ศูนย์บริการทางสังคมสงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

5. ด้านการบริการที่พักอาศัย เป็นกิจกรรมด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เช่น การจัดสถานสงเคราะห์หรือบ้านพักฉุกเฉิน เป็นต้น

สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2551) ได้รวบรวมหน่วยงานเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ประกอบด้วย

1.1 กรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

1.1.2 หน่วยบริการเคลื่อนที่ออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตามบ้าน

1.1.3 การสงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภค เครื่องช่วยคนพิการ

1.1.4 การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.2 สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) มีพันธกิจเกี่ยวกับ

1.2.1 พัฒนามาตรการกลไก

1.2.2 ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

1.2.3 ค้ำครอง และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

2. กระทรวงแรงงาน คือ สำนักงานประกันสังคม ให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุด้านบำเหน็จบำนาญชราภาพ

3. กระทรวงศึกษาธิการ จัดกิจกรรมการศึกษานอกโรงเรียน และกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ

4. กระทรวงวัฒนธรรม ทำหน้าที่รวบรวม และคัดเลือกศิลปินแห่งชาติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่ทรงคุณค่าภูมิปัญญาไทย

5. กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ

6. กระทรวงมหาดไทย ประกอบด้วย

6.1 กรมการพัฒนาชุมชน ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอาชีพในชุมชนจัดกิจกรรมฟื้นฟูชนบทธรรมเนียมประเพณีเกี่ยวกับการยกย่องผู้สูงอายุ และบุพการี

6.2 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น รับผิดชอบงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และกิจกรรมในชุมชนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

6.2.1 การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

6.2.2 การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดหรือศาสนสถาน ในชุมชนของตนเอง โดยจัดกิจกรรมตามความต้องการของชุมชน เช่น กิจกรรมส่งเสริมรายได้ กิจกรรมเกษตร กิจกรรมการศึกษา เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2546 กรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ได้ถ่ายโอนภารกิจสถานสงเคราะห์คนชรา และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อม

7. กระทรวงคมนาคม บริการลดค่าโดยสารรถไฟในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายนของทุกปี ตลอดจนจัดที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุในรถประจำทาง

8. กระทรวงการท่องเที่ยว และกีฬา ได้จัดทำโครงการ และกิจกรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น โครงการค่ายพักแรม การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

9. สำนักนายกรัฐมนตรี กรมประชาสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานกลางในการเผยแพร่สื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุตลอดจนรณรงค์ให้ประชาชน และสื่อมวลชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ

10. กรมทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม ให้การยกเว้นค่าบริการแก่ผู้สูงอายุเมื่อเข้าไปในอุทยานแห่งชาติ

11. กระทรวงยุติธรรม ทำหน้าที่คุ้มครองพิทักษ์สิทธิแก่ผู้สูงอายุด้านกฎหมาย

12. กระทรวงการคลัง ดำเนินการเกี่ยวกับการลดหย่อนภาษีเงินได้ แก่ผู้บริจาคเงิน หรือทรัพย์สินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ และลดหย่อนภาษีเงินได้แก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการี

13. กรุงเทพมหานคร ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง หรือประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ทำบัตรประชาชนผู้สูงอายุ การจัดหน่วยเคลื่อนที่เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในชุมชน และให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

4. จังหวัดสุโขทัย

จังหวัดสุโขทัยได้มีการสำรวจ คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือดสูง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อตามลำดับ และได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการทำกิจวัตรประจำวันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยพบว่า กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือคนอื่นได้ร้อยละ 82.08 กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช่วยคนอื่นไม่ได้ ร้อยละ 15.86 และกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 2.06 และได้จัดทำโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่น รวมถึงพัฒนาบุคลากรดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2554)

ดังนั้น สรุปได้ว่า การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ป้องกันผู้สูงอายุให้ได้รับผลกระทบน้อยที่สุดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความพึงพอใจต่อสภาพชีวิตในปัจจุบันของผู้สูงอายุ

จากการศึกษา ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ได้มีการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ โดยกำหนดนโยบายในระดับสากล และในระดับชาติรวมถึงกำหนดให้แต่ละภาคส่วน กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกัน กำหนดกลยุทธ์ และมาตรการส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหาด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรวมถึงการออกกฎหมายเพื่อให้การคุ้มครอง ส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ สำหรับในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดนโยบาย หลักการ การจัดสวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และฉบับปรับปรุงแก้ไข พ.ศ. 2553 เป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท

2. แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

2.1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LongTerm Care : LTC)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2000) กล่าวว่า การดูแลระยะยาว (LTC) ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม นอกจากนี้การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางการแพทย์และการบริการ

ทางด้านสังคมที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวและเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

OECD (2005) การดูแลระยะยาว หมายถึง ชุดของบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งบริการส่วนบุคคลนี้ มักต้องให้บริการร่วมกับบริการทางการแพทย์พื้นฐานบางอย่าง เช่น การทำแผล การบริหารความปวด การให้ยา การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการบริการดูแลแบบประคับประคอง

ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้กล่าวถึงแนวคิดการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ เป็นบริการที่จัดให้กับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ดีและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความเหมาะสม ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวที่บ้าน จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งกาย จิตใจ และการฟื้นฟู รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางการเงิน กฎหมายและสังคมด้วย ดังนั้นอาจกล่าวว่าการดูแลระยะยาวที่บ้านมีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเมินสถานการณ์ปัญหาและการควบคุมให้มีบริการตามที่กำหนดไว้
2. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การป้องกันและการบำบัดรักษาตามความจำเป็น
3. สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันและการพิทักษ์สิทธิ์
4. การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐาน เช่น เครื่องช่วยหรือเครื่องมือในการช่วยฟังและช่วยเดิน รวมทั้งยาต่าง ๆ
5. การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้มีปัญหาทางจิต เช่น วิตกกังวล หรือปัญหาทางจิตอื่น ๆ
6. การพัฒนาเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการเพื่ออำนวยความสะดวกทางสังคม
7. การกำหนดเกณฑ์ทางสังคมและบทบาทในการดูแลของชุมชน

อรรถวรณ ภูหาและคณะ (2556) กล่าวถึงความจำเป็นจะต้องดำเนินการบริการและสวัสดิการ เพื่อสนับสนุนให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวให้สามารถดำเนินอยู่ได้ โดยจะต้อง เน้นความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐที่สำคัญคือ การแพทย์ และสาธารณสุข สังคมและการปกครอง ตลอดจนสมควรให้มีการทดลองระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น เพื่อให้ได้ต้นแบบที่สามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ ทั้งนี้จะต้องพิจารณาระเบียบทางราชการ โดยเฉพาะระเบียบการเงินการคลัง เพื่อให้ เอื้อต่อการดำเนินการดังกล่าวบรรลุเป้าหมาย ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารในการจัดบริการและ หรือสวัสดิการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในชุมชน

1. จำเป็นต้องดำเนินการจัดบริการและสวัสดิการโดยเร่งด่วน เพื่อสนับสนุนให้การ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวให้สามารถดำเนินอยู่ได้ ทั้งนี้ให้ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สามารถอยู่ที่บ้านได้ และให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก โดยจะต้องเน้น ความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานภาครัฐที่สำคัญคือ การแพทย์และ สาธารณสุข สังคมและการปกครอง

2. สมควรให้มีการทดลองระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น เพื่อให้ ได้ต้นแบบที่สามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนระเบียบทางราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระเบียบการเงินการ คลัง เพื่อให้เอื้อต่อการจัดบริการและสวัสดิการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในชุมชน เพื่อให้บรรลุ เป้าหมาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) การบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยความร่วมมือของ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ทั้ง 4 ฝ่าย จะร่วมมือกันเพื่อ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล สามารถ จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบูรณาการในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเชิงรุกในพื้นที่ โดยการบริหาร จัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียงจะได้รับดูแล จากทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิ ประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมเป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้อ

อาหาร อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อ “สังคมไทย สังคมผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึงพึงได้” ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในปัจจุบัน

เป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (ณัฐริญา กิตติธนกกาญจน์, 2561)

1. ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรองและมีระบบส่งเสริม ป้องกัน ปั่นฟูและการดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
2. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
3. มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจรตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
4. ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)
5. สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

หลักการสำคัญในระบบการดูแลระยะยาว (ณัฐริญา กิตติธนกกาญจน์, 2561)

1. ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวอย่างเหมาะสมต่อเนื่องโดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชนและครอบครัว
2. การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลครอบครัว โดยครอบครัวยังเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุนยกเว้น ในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง
3. ในการจัดระบบการดูแลระยะยาว อาศัยบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล
4. ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกัน

สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร
วัดและโรงเรียน

การออกแบบระบบการดูแลระยะยาว (ฉันทิญา กิตติชนกาญจน์, 2561)

1. เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่
2. ดำเนินถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต
3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล หรืออบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่
4. พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรือนักบริบาลชุมชน ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มวัย 5 - 10 คน โดยได้รับคำตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบระบบการดูแลระยะยาว

รูปแบบระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับการนำมาปรับใช้กับสังคมไทย มี 2 ทางเลือก (ฉันทิญา กิตติชนกาญจน์, 2561) ได้แก่

1. การใช้โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเป็นฐาน ข้อดีของทางเลือกนี้คือ สามารถเริ่มงานได้ทันที เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพและเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่อยู่แล้ว แต่มีข้อเสียคือ การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงต้องบูรณาการด้านสาธารณสุขและสังคมเข้าด้วยกันโอกาสที่จะบูรณาการในระยะยาวจะทำได้ยากและต้องลงทุนสร้างตัวระบบซึ่งค่อนข้างแพง สร้างภาระทางการเงินสูงมากประมาณ 146,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเกินกำลังงบประมาณที่รัฐจะจัดการได้
2. การให้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีข้อดีคือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนในครอบครัวในท้องถิ่น จึงสามารถใช้ อปท. เป็นกลไกในการจัดการและเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งในระยะแรกอาจทำงานค่อนข้างยากเพราะยังเป็นงานใหม่ สำหรับ อปท. ระบบสนับสนุนและระบบตรวจสอบ โดยทางเลือกนี้จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 16,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งอยู่ในวิสัยที่รัฐสามารถบริหารจัดการได้ โดยมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าทางเลือกที่หนึ่งถึง 10 เท่า

สปสข. โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติให้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้
ท้องถิ่นเป็นฐานภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการ โดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข เป็น
การบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุขกับบริการทางสังคมเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งได้ออกแบบระบบ
ให้มีความยืดหยุ่น และเอื้อต่อการบูรณาการงานในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงิน
และความยั่งยืนในระยะยาว

องค์ประกอบการดำเนินงาน Long Term Care ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ระยะยาวมีองค์ประกอบที่สำคัญ (ณัฐจิรา กิตติธนกกาญจน์, 2561) ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
(Barthel of Daily Living : ADL) เพื่อเป็นข้อมูลใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ และวิเคราะห์สถานะ
สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุตรงตามบริบท
และความต้องการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่แยกชาย/หญิง
- จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม 1 กลุ่ม 2 และกลุ่ม 3 แยกช่วงอายุผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

- มีฐานข้อมูลโรคประจำตัว/ภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นปัจจุบัน แยกรายหมู่บ้าน
- มีทำเนียบ อผส. / แพ้มัประวัติ อผส. กำหนดบทบาทหน้าที่ขอบเขตความ
รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย

- มีทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของ อผส.แต่ละคนในพื้นที่แยก
รายหมู่บ้าน

- มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้แบบคำถาม 2Q
- มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
- มีข้อมูลทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยทันตบุคลากรและอาสาสมัครดูแล
ผู้สูงอายุหรืออสม.

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

- รายชื่อ/ที่อยู่ ของผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
- รายชื่อ/ที่อยู่ ของผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้

พิการ/ทพพลาพ

องค์ประกอบที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

ชมรมผู้สูงอายุ คือ การรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุและสมาชิกอื่นๆที่มีความสนใจและอุดมการณ์ร่วมกัน ตั้งแต่ 20 คน ขึ้นไปเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต สังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและคุณประโยชน์ ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม

ประโยชน์ของชมรม

ในระดับพื้นฐาน ชมรมที่พึ่งตนเองได้สร้างประโยชน์สุขให้แก่สมาชิก ให้มีเพื่อนได้ออกจากบ้าน ได้พูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อน เป็นต้น

ในระดับที่สูงขึ้นไป ชมรมที่พึ่งตนเองได้และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย การทำกิจกรรมชมรม เป็นการสร้างสุขภาวะทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

คุณลักษณะที่ดีของชมรมฯ ชมรมผู้สูงอายุที่มั่นคง ควรจะ

1. มีสมาชิกที่หลากหลาย ทั้งในด้านอายุ ภูมิวุฒิ อาชีพ และความคิด
2. สมาชิกทั้งหมดมีอุดมการณ์และผลประโยชน์ร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว คือ
 - พัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิก
 - ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสซึ่งมิได้เป็นสมาชิก
 - เกื้อหนุนต่อชุมชนและสังคม
 - อนุรักษ์มรดกทางวัฒนธรรมและทรัพยากรธรรมชาติ

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์สำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุ จะก่อให้เกิดการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรผู้สูงอายุ ซึ่งจะขยายไปสู่การทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนและสังคมต่อไป

การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการชมรมฯ
2. จัดทำสมุดทะเบียนสมาชิก
3. กำหนด นโยบาย/อุดมการณ์/วัตถุประสงค์ ของชมรม
4. กำหนดและประกาศใช้ ข้อบังคับของชมรม
5. มีการระดมทุนเพื่อพัฒนาชมรม และส่งเสริมกิจกรรมชมรม

6. รวบรวมกิจกรรมต่างๆของชมรม เช่น ทะเบียนการออกกำลังกายของสมาชิก ทะเบียนการตรวจสุขภาพของสมาชิก/สรุปผลการตรวจสุขภาพ การเยี่ยมเยียน / สงเคราะห์สมาชิก การร่วมกิจกรรมตามประเพณี จัดบันทึกการจัดกิจกรรมต่างๆ ของชมรม ฯลฯ

ดังนั้นชมรมผู้สูงอายุจะต้องได้รับการพัฒนาให้เป็นชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเป็นเครือข่ายหนึ่งในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน หากชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งและมีคุณภาพก็จะช่วยให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ประสบความสำเร็จ มีเกณฑ์ในการประเมิน 5 ประเด็น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป กรรมการ กฎ กติกา ของชมรม การระดมทุนและกิจกรรมของชมรม ซึ่งชมรมฯต้องประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพ มี 4 ระดับ ดังนี้

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| 1. ระดับดีเยี่ยม | ได้คะแนนร้อยละ 80 – 100 |
| 2. ระดับดีมาก | ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 |
| 3. ระดับดีใช้ได้ | ได้คะแนนร้อยละ 40 – 59 |
| 4. ระดับดีเล็กน้อย | ได้คะแนนร้อยละ ต่ำกว่า 40 |

องค์ประกอบที่ 3 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.)

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นอาสาสมัครที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น ฉะนั้นการคัดเลือกอาสาสมัครจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ถ้าคัดเลือกอาสาสมัครที่ไม่มีจิตอาสาเข้ามาปฏิบัติงาน อาจจะทำให้การปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง ไม่ประสบผลสำเร็จ และจำนวนอาสาสมัครจะลดน้อยลงไปเรื่อยๆและหายไปในที่สุด ดังนั้นอาสาสมัครอย่างน้อยควรเป็นบุคคลดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุด้วยตนเอง
2. คู่สมรส ญาติ หรือลูกหลาน
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. ผู้สมัครใจเป็นอาสาสมัคร
5. เพื่อนบ้าน
6. ผู้มีความรู้หรือผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม

คุณสมบัติของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

1. เป็นคนในชุมชน พร้อมเสียสละและมีจิตอาสา ทำงานด้วยใจรัก
2. มีบุคลิกภาพที่เอื้ออาทร

3. มีคุณธรรมและมีจิตใจโอบอ้อมอารี
4. มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้สูงอายุ
5. สามารถปรับตัวได้ดีและมีความอดทน
6. มีทักษะและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ
7. มีความกระตือรือร้นและพร้อมที่จะเรียนรู้และหมั่นศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่

เสมอเป็น

8. เป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างสุขภาพและเป็นที่ปรึกษา/สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุได้

9. มีความตรงต่อเวลา
10. มีการบริหารเวลาที่ดี มีเวลาว่าง

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

1. ให้คำแนะนำให้ความรู้ทางด้านสุขภาพทั้งกายและใจแก่ผู้สูงอายุ
2. ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในทุกๆด้าน ตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมและเป็นกำลังใจให้ผู้สูงอายุ
3. ถ่ายทอดความรู้ที่เป็นประโยชน์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ให้กับสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ
4. ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและเป็นตัวแทนในการประสานงานร่วมมือกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

5.เป็นผู้คอยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น

6. ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้

- ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 2 ครั้ง
- ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง

การปฏิบัติงาน / กิจกรรมที่ทำในการเยี่ยมผู้สูงอายุ

1. ตรวจวัดความดันโลหิต / ชีพจร / ประเมินภาวะสมองเสื่อม / ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) / ประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)
2. สอบถามความเป็นอยู่ด้านสุขภาพกายและใจ
3. สอนและสาธิตการทำกายภาพแบบง่ายๆ ให้กับญาติ / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4. แนะนำการคลายเครียด / พุดให้กำลังใจ ช่วยแก้ปัญหาเท่าที่สามารถจะทำได้
5. ถ่ายทอดความรู้ต่างๆให้กับผู้สูงอายุ / ญาติ / ผู้ดูแลในเรื่องสุขภาพด้านต่างๆ ที่พบ
มีปัญหา
6. ดูแลสภาพแวดล้อมทั่วไปภายในบ้าน
7. อำนวยความสะดวกทั่วไปให้กับผู้ป่วย เช่น ติดต่อประสานรถรับ-ส่งผู้ป่วยใน
กรณีที่ต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล
8. สอนและสาธิตการทำแผลให้กับญาติ / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
9. แนะนำเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน
10. ในรายที่พบมีปัญหาส่งต่อให้กับทีมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข

การเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัวและเป็นกลวิธีหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการดูแลอย่างต่อเนื่องให้กับผู้รับบริการที่บ้าน เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและแก้ไขความพิการ รวมทั้งทำหน้าที่อื่นในการส่งเสริมสุขภาพะของประชากรเป้าหมาย ทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย ทำให้ได้รู้จักผู้ป่วยในบริบทสำคัญของผู้ป่วย เช่น ความเป็นอยู่ของ ครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วย ทำให้บุคลากรสาธารณสุขได้รู้จัก เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น รวมถึงเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพต่อไป

การเยี่ยมบ้าน คือ กลวิธีหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้กับ ผู้รับบริการตามบ้านเพื่อส่งเสริมป้องกัน ดูแลและแก้ไขความพิการ รวมทั้งทำหน้าที่อื่น ในการส่งเสริมสุขภาพะของประชากรเป้าหมาย ทั้งที่เจ็บ ป่วยและไม่เจ็บป่วย

สำเริง แหงกระโทกและรุจิรา มังคละศรี (อ้างในฉวีรัฐญา กิตติชนกาญจน์, 2561) ได้ อธิบายถึง การเยี่ยมบ้าน ว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยที่ บ้าน ทำให้ทีมสุขภาพ ได้รู้จักผู้ป่วยในบริบทไม่ใช่เพียง ตัวผู้ป่วยแต่ผู้เดียว บริบทที่สำคัญสำหรับ ผู้ป่วยก็คือครอบครัว การได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อมสังคม และชุมชนของผู้ป่วย ทำให้ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น เกิดสัมพันธ์ภาพ ระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว และผู้ป่วย (Doctor - Patient Relationship)

แนวคิดการเยี่ยมบ้าน

1. การเยี่ยมบ้าน เป็นกลวิธีที่ทีมสุขภาพเข้าไปให้การดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งคนที่อยู่ในภาวะปกติ คนเจ็บป่วยและพิการ ซึ่งจะทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงและนำข้อมูลมาวางแผนเพื่อการดูแลต่อไป

2. การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านมี 3 ขั้นตอน การดำเนินการก่อนเยี่ยมบ้าน การดำเนินการขณะเยี่ยมบ้านและการดำเนินการหลังเยี่ยมบ้าน ซึ่งขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านพยาบาล ข้อมูล อุปกรณ์ ขั้นตอนขณะเยี่ยมเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมในการร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพและขั้นตอนสุดท้ายเป็นการบันทึกข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการติดตามประเมินผลและ วางแผนในครั้งต่อไป

3. ความสำเร็จในการเยี่ยมบ้านขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ หลาย ปัจจัย เช่น ความร่วมมือในการค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการแก้ปัญหา ทั้งนี้ทีมสุขภาพควรมีทักษะและเทคนิคในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การสร้างความไว้วางใจ การใช้ความสังเกตและทำหน้าที่และบทบาทที่เหมาะสม

4. การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นลักษณะของการพยาบาลแบบองค์รวม คือสามารถดูแลบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลนั้นได้อยู่กับครอบครัว จึงสามารถดูแลได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

1. เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้เกิดบริการอย่างเป็นองค์รวม (Holistic Care) และต่อเนื่อง (Continuous Care)
3. เพื่อประเมินการดูแลตนเอง (Self-care) ของผู้ป่วยและครอบครัว
4. เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ
5. เพื่อค้นหาปัญหา ให้การช่วยเหลือ และจัดปัญหา
6. เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และแนะนำให้รู้จักแหล่งประโยชน์
7. เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลที่บ้าน

ข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมบ้าน การที่จะเกิดการเยี่ยมบ้านได้ควรประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเต็มใจให้เยี่ยมบ้าน
2. ทีมบุคลากรสุขภาพ มีความเต็มใจในการเยี่ยม

และควรอยู่บนพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิอันได้แก่ ดูแลแค่แรกทุกเรื่อง ต่อเนื่อง เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน บริการที่เข้าถึงสะดวก และมีระบบปรึกษาและส่งต่อ

ชนิดของการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยลักษณะไหนบ้างที่ควรเยี่ยมบ้าน ที่เหมาะสมที่สุดน่าจะเป็นผู้ป่วยที่ติดบ้าน (homebound) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้หรือต้องใช้เครื่องช่วยเมื่อต้องการออกจากบ้าน แต่เราสามารถแบ่งประเภทของการดูแลสุขภาพโดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้านได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย การเจ็บป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทได้แก่

1.1 กรณีฉุกเฉิน การเยี่ยมบ้านประเภทนี้มักจะเป็นการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยใน ครอบครัว เช่น หมดสติ หอบมาก เป็นต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์เหล่านี้ มักต้องอาศัยการช่วยเหลือที่บ้านหรือที่เกิดเหตุทันที ต้องมีระบบการติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ ทีมที่ช่วยเหลือควรจะมีความรู้และทักษะเป็นอย่างดีในการช่วยเหลือเบื้องต้นในที่เกิดเหตุ ในประเทศไทยการช่วยเหลือลักษณะนี้มักจะพบในอุบัติเหตุตามท้องถนน ผู้ช่วยเหลือควรจะมีความรู้ในการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายมากขึ้นกว่าเดิมและช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้อย่างดี ก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น

1.2 โรคฉับพลัน เช่น โรคหัวใจ ท้องร่วง เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินและในการช่วยเหลือเบื้องต้น

1.3 โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต เป็นต้น การเยี่ยมบ้านทำเพื่อประเมินและวางแผนในการช่วยเหลือให้กับผู้ป่วย ญาติ หรือหน่วยงานใดในการช่วยเหลือผู้ป่วย

2. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น จุดประสงค์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่

2.1 การดูแลระยะสุดท้าย ผู้ป่วยประเภทนี้มักจะทราบจากอาการปวดมาก บวม หรือหอบ การช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ให้ยาลดอาการปวด ลดอาการบวมให้ผู้ป่วย เจาะดูดน้ำในช่องท้อง ให้ออกซิเจน เป็นต้น

2.2 ประสานการเสียชีวิต เมื่อเกิดการเสียชีวิตในบ้าน การบอกสาเหตุของการเสียชีวิตอาจจะผิดพลาดได้เนื่องจากผู้ประสานการเสียชีวิตมักจะเป็นสมาชิกในครอบครัว การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพจะช่วยบอกสาเหตุการตายได้ และทำให้อัตราการตายที่รวบรวมไว้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อที่จะใช้บอกแนวโน้มการเสียชีวิตและวางแผนในการป้องกันโรคเหล่านั้น

2.3 ประคับประคองภาวะโศกเศร้า ทีมสุขภาพสามารถให้การประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจแก่สมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ระยะที่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจนถึง

ผู้ป่วยเสียชีวิตลงไป และประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกในครอบครัว เมื่อภาวะโศกเศร้าไม่หายไปในช่วงเวลาที่สมควร

3. การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน ทีมสุขภาพใช้การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพกายต้องประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งมักจะมีการใช้ยามาก ประเมินการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพมาก ผู้ป่วยบางคนอาจนิยมไปหาหมอตามที่ต่าง ประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในบ้านที่อาจจะถูกละเลยหรือถูกรบกวนจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุหรือเด็ก เป็นต้น ประเมินผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ประเมินร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกินความสามารถของสมาชิกในครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยได้

4. การเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล ประเภทของการเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล จากการนอนโรงพยาบาลหรือมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่

4.1 นอนโรงพยาบาลโดยโรคฉับพลัน อุบัติเหตุ หรือการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลโดยโรคต่าง ๆ หลังจากที่อยู่จากโรงพยาบาล สามารถที่จะติดตามเยี่ยมบ้านต่อได้ เช่น ในผู้ป่วยโรคฉับพลันเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้ ทีมสุขภาพสามารถติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูอาการหรือปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อโรคผู้ป่วย ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก การติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินแหล่งที่จะเป็นที่วางไข่ของยุง เป็นต้น กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผ่าตัด การติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินบาดแผล ทำแผลผู้ป่วย คัดไหมหรือประเมินสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

4.2 ครอบครัวและบุตรที่เกิดใหม่ การเยี่ยมบ้านครอบครัวที่มีบุตรเกิดใหม่ เพื่อช่วยเหลือพ่อแม่ที่มีบุตรใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลลูก รวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมในครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลเด็กเกิดใหม่อย่างดี

4.3 ไม่มาตามนัด ผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือไม่มาตามนัด การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินสาเหตุหรือเหตุผล ของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หรือมีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาได้เพื่อทำให้การความต่อเนื่องของการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป การศึกษารั้วนี้ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นการบริการเชิงรุกในพื้นที่ โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุที่จะได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้ผู้สูงวัยมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีเป็นหลักชัยของสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้ศึกษาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน การนำเสนอระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุในอนาคต โดยใช้วิธีการสังเคราะห์งานวิจัย 4 เรื่อง รวมกับนำข้อมูลจากงานวิจัยภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้ง 4 เรื่องมาจากผู้สูงอายุ จำนวน 316 ราย สมาชิกในชุมชน 516 ราย สมาชิกในครอบครัว ซึ่งแบ่งเป็นผู้ดูแลหลัก 1,581 ราย สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว 1,600 ราย และผู้นำชุมชน จำนวน 640 ราย จาก 16 จังหวัด 32 หมู่บ้านครอบคลุมทุกภาคของประเทศ การวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ส่วนการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา มีดังนี้ แต่ละครอบครัวมีผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเป็นผู้ดูแลหลัก เครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุด เครือญาติ ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตทุกอย่าง ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว คือ ปัญหาด้านรายได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล และภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนการดูแลผู้สูงอายุโดย ชุมชนนั้น ผู้นำชุมชนมีทัศนะว่าครอบครัวควรรับผิดชอบสำคัญในการดูแล แต่ชุมชนควรมีหน้าที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มบริการให้ทั่วถึงและเป็นรูปแบบที่เน้นการ สงเคราะห์แบบให้เปล่า นอกจากนี้การวิจัยได้ พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัยใน ครอบครัว 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งทุกกลุ่มมีปัญหา ด้านการเงินมากที่สุด ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย การกำหนดบทบาท ความรับผิดชอบของสถาบันและองค์กรระดับต่างๆ ให้ชัดเจน มีระบบการสร้างความมั่นคงทาง รายได้ ระบบบริการที่เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ระบบบริการในสถาบันที่ขยายความครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุ การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการ และการมีระบบอาสาสมัคร ที่เข้มแข็ง ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย ควรจัดแบ่งนโยบายสวัสดิการตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ เน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นหลัก โดยมีบริการทางสุขภาพและสังคมเข้าสู่ครอบครัว และมี นโยบายด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่หน่วยงานระดับท้องถิ่นทุกระดับ ส่วน ข้อเสนอแนะ ระดับปฏิบัติการ ควรมีบริการดูแลระยะยาวในครอบครัวที่จัดบริการด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ ยากไร้บริการดูแลที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ มีระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล และจัดให้มีอุปกรณ์ ช่วยเหลือในการดูแล และควรมีงานวิจัยที่ศึกษาทดลองการจัดบริการสู่ครอบครัวและชุมชนในลักษณะบูรณาการด้านสุขภาพและสังคม

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552) ได้ศึกษารูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย ใช้ระเบียบ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแล ผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน สัมภาษณ์เชิงลึก ตัวแทนผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ที่มีอำนาจทางด้านนโยบาย จากสถานบริการ 5 ประเภท ละ 10 คน รวม 50 คน รวม 60 คน นำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มาวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา พบว่า บ้านพักคนชรา ดูแลผู้สูงอายุทั้งที่ช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีจุดเด่นคือ บริการสวัสดิการสังคม การดูแลด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและภูมิทัศน์ ใช้กลไกการตั้งมูลนิธิ เพื่อเอื้อในการบริหารจัดการ ผ่านการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้าน การจัดสวัสดิการสังคม บริการที่มีคุณภาพ เช่น ระบบการป้องกันการติดเชื้อ การส่งต่อ บุคลากรสห สาขาวิชาชีพ การจัดการด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น เช่น การประชุมทีม แบ่งงาน ตรวจสอบการทำงาน และรายงาน ผู้บริหารสนใจติดตามงานอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ไม่สามารถประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนได้ เนื่องจากเป็นบริการแบบสงเคราะห์ นโยบายสาธารณะที่จำเป็น เช่น การเลี้ยงดูบุพการีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สถานดูแลช่วยเหลือการดำรงชีวิต มีปรัชญาการดูแลที่มาจากความเชื่อในศาสนาคริสต์ที่ให้ การช่วยเหลือโดยไม่หวังผลกำไร ให้บริการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสภาพได้ ข้อมูลจุดเด่นคุณภาพการดูแล บังคับส่งเสริมและปัญหาอุปสรรค การบริการไม่ได้อิงหลักของนโยบาย สาธารณะที่ชัดเจน แต่ดำเนินงานภายใต้หลักปรัชญาทางศาสนา

วิรพงษ์ ขางเคี้ยว (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดยโสธร โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตจากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของสุวัฒน์ สมหัตถ์วันครกุล และคณะ ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงร้อยละ 60.3 อายุเฉลี่ย 69.35 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 55.6 จบประถมศึกษาร้อยละ 89.3 มีฐานะของรายได้เท่ากับ 1000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 57.9 อยู่กับครอบครัวขยาย ร้อยละ 54.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.7 มีลูกเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 44.3 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ร้อยละ 57.9 มีปัจจัยพื้นฐานของชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.8 มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.7 มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าอายุ การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวและระบบการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของชีวิตผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุทธิพงศ์ บุญผดุง (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ 1) เพื่อศึกษาระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3)

เพื่อกำหนด แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงของ ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนสุเหร่าลำแขก จำนวน 83 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัด คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้าน สภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งมีความเที่ยงตรง ด้านเนื้อหา และมีความเชื่อมั่นที่น่าไปใช้ได้ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ในการบรรยายลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นรายด้านโดยการวิเคราะห์ องค์ประกอบ และกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของ ผู้บริหารและครูตามแนวคิดของโรงเรียนเป็นฐาน และแนวคิดตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับ ค่อนข้างมาก โดย ด้านความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี และ ด้านสภาพร่างกายที่ดี ตามลำดับ ในขณะที่ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี และ ด้านการตัดสินใจด้วย ตนเองมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่าด้านสภาพ อารมณ์ที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ปัจจัยด้านความร่ำรวย อ้างว้าง และปัจจัยด้านความสุขภาพ สบายใจ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ใน ครอบครัว มิตรสหายและเพื่อนบ้าน ด้านการรวมกลุ่มทางสังคมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัย ด้านการอุทิศและการได้รับการยอมรับจากชุมชน ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการดำรงชีพ และปัจจัยด้านรายรับและรายจ่าย คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกายที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านการใส่ใจเรื่องสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริโภคที่ดี และ สุดท้ายด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านความเป็นอิสระทางความคิด และปัจจัยการเลือกทำในสิ่งที่ต้องการ 3) แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งสามารถนำไป ทดลองใช้ และศึกษาผลการใช้กับผู้สูงอายุในท้องถิ่นในงานวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และคณะ (2555) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมานคม จังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 180 คน กลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2555 โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับ SF-36 (The short form health survey-36) วิเคราะห์ด้วยสถิติ

สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ ได้แก่ อาชีพ โรคประจำตัวและการดูแลสุขภาพตนเอง

ชฎารัตน์ เกื้อสุข และคณะ (2558) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บทบาทการดำเนินงานโดยพยาบาลวิชาชีพ ตามยุทธศาสตร์ 5 ประการ ตามกฎบัตรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีและส่งผลดีที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ ประชาชนในพื้นที่

สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย พบว่า อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ระบบการดูแลสุขภาพ ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ประกอบด้วย 1) การศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง 2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทประกอบด้วย 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ 2) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว 3) กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และ 4) กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

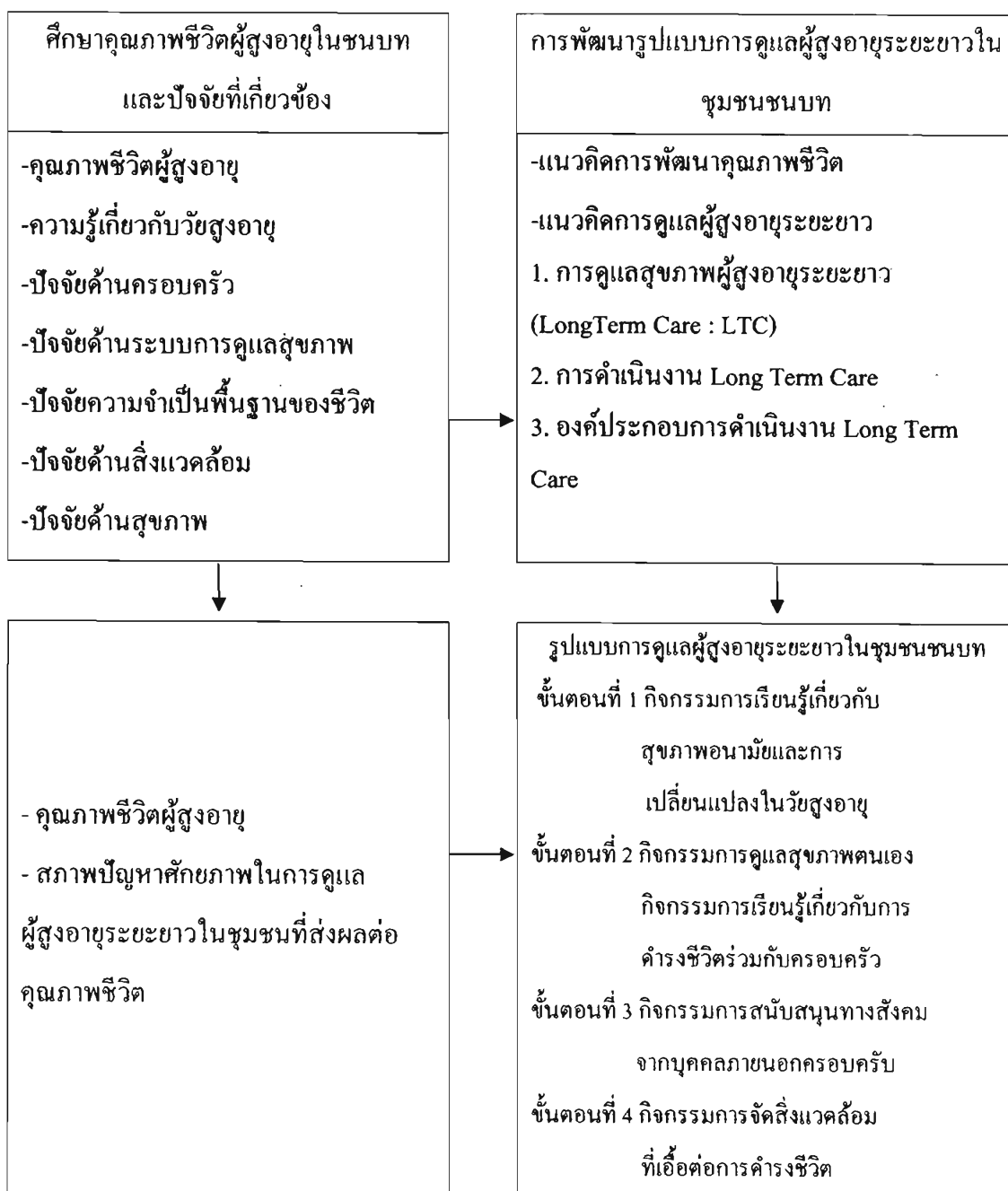
เสน่ห์ แสงเงิน และถาวรมาตัน. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย เพศหญิงร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ย 69.3 ปี สถานภาพคู่ร้อยละ 68.2 จบประถมศึกษาร้อยละ 80.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 57.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,477.6 บาท มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 59.1 อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังร้อยละ 7.8 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับกลางมากที่สุดร้อยละ 48.5 รองลงมาในระดับไม่ดีร้อยละ 39.2 และระดับดีร้อยละ 12.3 และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทมีค่าสูงสุด ($Z=0.1257$) รองลงมาคือผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมือง ($Z=-0.0346$) และ

ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ($Z=-0.0911$) เขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.037$) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบของเชฟเฟ้ (Scheffe) พบว่า ผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.013$)

จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life for Old Age (WHOQOL-OLD) (Thai Version, 2012) ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 24 ข้อ เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตและสถานการณ์ปัญหาศักยภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท และใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผสมผสานกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) 2) การดำเนินงาน Long Term Care 3) องค์ประกอบการทำงาน Long Term Care ซึ่งผู้วิจัยสรุปเป็นข้อมูลประกอบการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการ และสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยของผู้วิจัย ซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการสร้าง และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดังกล่าว ซึ่งได้นำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน (Combine Research หรือ Mixed Method) ระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากแนวคิดปฏิบัตินิยม (Pragmatism) เป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้ การศึกษาวิจัยใช้ระยะเวลา 15 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561

พื้นที่ในการวิจัย

การเลือกพื้นที่ในการวิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกจังหวัดสุโขทัย ซึ่งจังหวัดสุโขทัยเป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย และพบว่าภาคเหนือของประเทศไทยมีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุด โดยจังหวัดสุโขทัยมีอัตราผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ โดยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 14.40 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 3) และจังหวัดสุโขทัยมีอัตราประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดตาก อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย

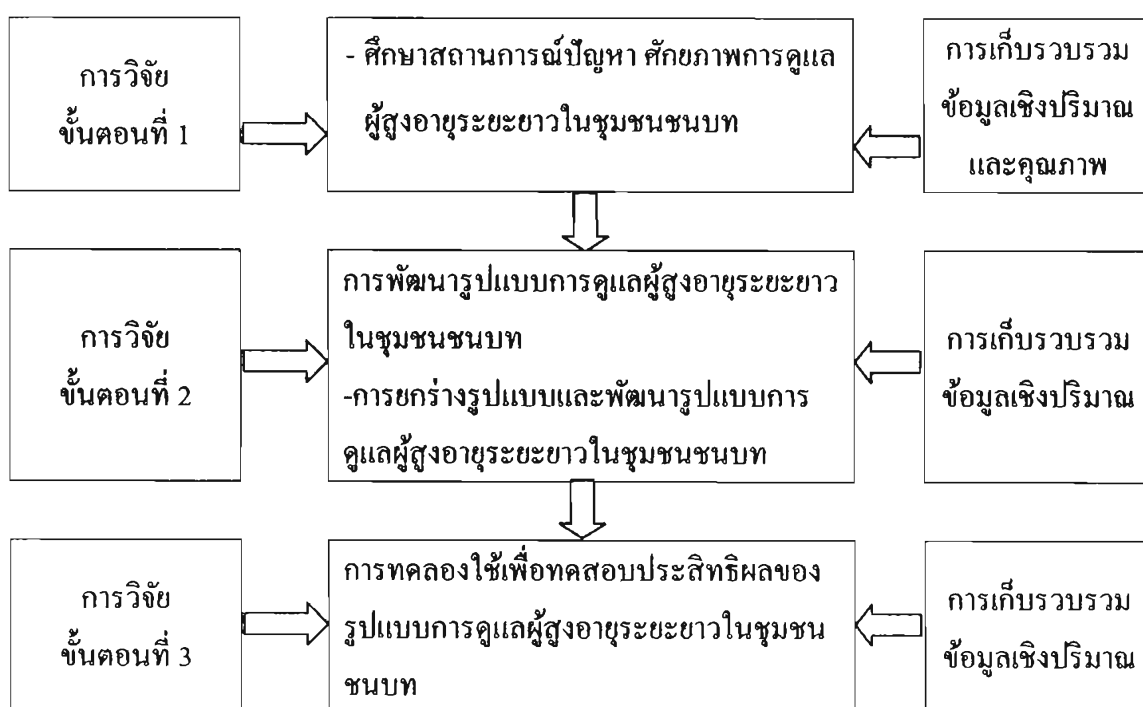
ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย
2. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

3. ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทั้งนี้ได้แสดงขั้นตอนการวิจัยดังภาพที่ 2



ภาพ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนการศึกษาด้านการแก้ปัญหา ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท ในขั้นตอนนี้ใช้วิธีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผลลัพธ์ในขั้นตอนนี้คือ สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัยและสถานการณ์ปัญหาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย รายละเอียดดังนี้

1.1 ศึกษาสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัยและสถานการณ์ปัญหาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ

2.1.1 วิธีดำเนินการ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ คุณภาพชีวิต สถานการณ์ปัญหาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย

1) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักเกณฑ์ของเครซี และมอร์แกน (1970) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 250 ตัวอย่าง และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ การวิจัยครั้งนี้ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน จำนวน 261 ตัวอย่าง

2) ทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยสุ่มอำเภอ สุ่มตำบล และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นแรกสุ่มอำเภอ ขั้นที่สองสุ่มตำบลใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ขั้นที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินดีตอบแบบสัมภาษณ์ จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน 1 พฤษภาคม 2560 – 30 กรกฎาคม 2560 แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 2 ระดับ

โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบ ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ใช่	1	0 (คะแนน)
ไม่ใช่	0	1 (คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-20 คะแนน)

หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13-16 คะแนน)

หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน)

หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านกรอบครัว แบ่งออกเป็น

ส่วน 3.1 สัมพันธภาพในกรอบครัว จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านน้อย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	3	1 (คะแนน)
เห็นด้วยปานกลาง	2	2 (คะแนน)
เห็นด้วยน้อย	1	3 (คะแนน)

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในกรอบครัว ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงค่าคะแนนรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (3)} - \text{คะแนนต่ำสุด (1)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 0.67 \end{aligned}$$

คะแนน 2.36 - 3.00 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง

คะแนน 1.68 - 2.35 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 1.67 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัว ระดับต่ำ

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน โดยรวม} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (24)} - \text{คะแนนต่ำสุด (8)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 5.3\end{aligned}$$

คะแนน 20.00 - 24.00 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง

คะแนน 14.00 - 19.00 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง

คะแนน 8.00 - 13.00 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับต่ำ

ส่วน 3.2 การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบ
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านน้อย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	3	1 (คะแนน)
เห็นด้วยปานกลาง	2	2 (คะแนน)
เห็นด้วยน้อย	1	3 (คะแนน)

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น การ
แปลผลคะแนนรายข้อและ โดยรวม แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว ออกเป็น 3
ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงค่าคะแนนรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (3)} - \text{คะแนนต่ำสุด (1)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 0.67\end{aligned}$$

คะแนน 2.36 - 3.00 หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวระดับสูง

คะแนน 1.68 - 2.35 หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 1.67 หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวระดับต่ำ

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนโดยรวม} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (15)} - \text{คะแนนต่ำสุด (5)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 3.3\end{aligned}$$

คะแนน 13.00 - 15.00 หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวระดับสูง

คะแนน 9.00 - 12.00 หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวระดับปานกลาง

คะแนน 5.00 - 8.00 หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวระดับต่ำ

ส่วน 3.3 การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านน้อย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	3	1 (คะแนน)
เห็นด้วยปานกลาง	2	2 (คะแนน)
เห็นด้วยน้อย	1	3 (คะแนน)

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงค่าคะแนนรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (3)} - \text{คะแนนต่ำสุด (1)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 0.67\end{aligned}$$

คะแนน 2.36 - 3.00 หมายถึง มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวระดับสูง

คะแนน 1.68 - 2.35 หมายถึง มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 1.67 หมายถึง มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวระดับต่ำ

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนโดยรวม} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (30)} - \text{คะแนนต่ำสุด (10)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 6.6\end{aligned}$$

คะแนน 23.00 - 30.00 หมายถึง มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวระดับสูง

คะแนน 17.00 - 22.00 หมายถึง มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวระดับปานกลาง

คะแนน 10.00 - 16.00 หมายถึง มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านน้อย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	3	1 (คะแนน)
เห็นด้วยปานกลาง	2	2 (คะแนน)
เห็นด้วยน้อย	1	3 (คะแนน)

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น การแปลผลคะแนนรายข้อและ โดยรวม แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงค่าคะแนนรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (3)} - \text{คะแนนต่ำสุด (1)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 0.67 \end{aligned}$$

คะแนน 2.36 - 3.00 หมายถึง มีปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพระดับสูง

คะแนน 1.68 - 2.35 หมายถึง มีปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 1.67 หมายถึง มีปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพระดับต่ำ

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนโดยรวม} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (45)} - \text{คะแนนต่ำสุด (15)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 10 \end{aligned}$$

คะแนน 36.00 - 45.00 หมายถึง มีปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพระดับสูง

คะแนน 25.00 - 35.00 หมายถึง มีปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนน 15.00 - 24.00 หมายถึง มีปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านน้อย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	3	1 (คะแนน)
เห็นด้วยปานกลาง	2	2 (คะแนน)
เห็นด้วยน้อย	1	3 (คะแนน)

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงค่าคะแนนรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (3)} - \text{คะแนนต่ำสุด (1)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 0.67\end{aligned}$$

คะแนน 2.36 - 3.00 หมายถึง มีปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตระดับสูง

คะแนน 1.68 - 2.35 หมายถึง มีปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 1.67 หมายถึง มีปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตระดับต่ำ

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนโดยรวม} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (30)} - \text{คะแนนต่ำสุด (10)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 6.6\end{aligned}$$

คะแนน 23.00 - 30.00 หมายถึง มีปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตระดับสูง

คะแนน 17.00 - 22.00 หมายถึง มีปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตระดับปาน

กลาง

คะแนน 10.00 - 16.00 หมายถึง มีปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านน้อย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	3	1 (คะแนน)
เห็นด้วยปานกลาง	2	2 (คะแนน)
เห็นด้วยน้อย	1	3 (คะแนน)

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น การ
แปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว ออกเป็น 3
ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงค่าคะแนนรายข้อ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (3)} - \text{คะแนนต่ำสุด (1)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 0.67\end{aligned}$$

คะแนน 2.36 - 3.00 หมายถึง มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมระดับสูง

คะแนน 1.68 - 2.35 หมายถึง มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 - 1.67 หมายถึง มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมระดับต่ำ

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนโดยรวม} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด (60)} - \text{คะแนนต่ำสุด (20)}}{\text{จำนวนของการแบ่งกลุ่ม (3)}} \\ &= 13\end{aligned}$$

คะแนน 48.00 - 60.00 หมายถึง มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมระดับสูง

คะแนน 34.00 - 47.00 หมายถึง มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง

คะแนน 20.00 - 33.00 หมายถึง มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life for Old Age (WHOQOL-OLD) (Thai Version, 2012) ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 24 ข้อ

1. ความสามารถทางด้านการรับรู้ (Sensory Abilities) คือ การรับรู้สภาพการสูญเสียการรับรู้ทางด้าน การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น และ การสัมผัส ว่ามีผลกระทบต่อความสามารถในการทากิจวัตรประจำวันมากน้อยเพียงใด จำนวน 6 ข้อ

2. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) คือ การรับรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจด้วยตนเอง, การกำหนดอนาคตของตัวเอง การรับรู้ว่าคุณครอบงำการพิถีพิถันของชีวิตหรือไม่ และความสามารถในการทำสิ่งที่อยากทำ จำนวน 6 ข้อ

3. ความสำเร็จและความคาดหวังใน อดีต ปัจจุบัน และอนาคต (Past, Present, and Future Activities) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในการประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา ความรู้ในการได้รับการยกย่องและให้เกียรติในสังคมและได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ จำนวน 6 ข้อ

4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Participation) คือ ระดับของความรู้สึกในการทำงานในแต่ละวัน ความพึงพอใจในการจัดสรรเวลา ความพึงพอใจในระดับของการทำกิจกรรม และความพึงพอใจในโอกาสของการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จำนวน 6 ข้อ

5. การเผชิญหน้ากับความตาย (Death and Dying) คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสาเหตุที่จะทำให้ตาย ความกลัวในการที่จะไม่สามารถควบคุมการตายได้ ความกลัวต่อความตายที่จะเข้ามาถึง และความกลัวต่อความเจ็บปวดก่อนตาย จำนวน 6 ข้อ

6. การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก (Intimacy) คือ ความรู้สึกในการมีเพื่อนคู่ชีวิต การมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรัก การได้ให้ความรักแก่คนอื่น และการได้รับความรักจากคนอื่น จำนวน 6 ข้อ

การวัด และการแปลผล การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต จำนวน 24 ข้อคำถาม ที่มีความหมายทางบวก 17 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 7 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ การให้คะแนนในข้อคำถามทั้งทางบวก และทางลบ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางบวก 17 ข้อ			กลุ่มที่ 2 ข้อความทางลบ 7 ข้อ		
ไม่เลย	ให้คะแนนเท่ากับ	1	ไม่เลย	ให้คะแนนเท่ากับ	5
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	2	เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	4
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	3	ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	3
มาก	ให้คะแนนเท่ากับ	4	มาก	ให้คะแนนเท่ากับ	2
มากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	5	มากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	1

การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี
1.ความสามารถทางด้านการรับรู้ (4 items; old_01* old_02* old_10* old_20)	4-9	10-15	16-20
2.ความเป็นตัวของตัวเอง (4 items; old_03 old_04 old_05 old_11)	4-9	10-15	16-20
3.ความสำเร็จและความคาดหวังใน อดีต ปัจจุบัน และอนาคต (4 items; old_12 old_13 old_15 old_19)	4-9	10-15	16-20
4.การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (4 items; old_14 old_16 old_17 old_18)	4-9	10-15	16-20
5.การเผชิญหน้ากับความตาย (4 items; old_06* old_07* old_08* old_09*)	4-9	10-15	16-20
6.การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก (4 items; old_21 old_22 old_23 old_24)	4-9	10-15	16-20
คุณภาพชีวิตโดยรวม	24-56	57-89	90-100

หมายเหตุ *ข้อคำถามเชิงลบ

2.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

2.2 ศึกษาสภาพปัญหาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ

2.2.1 วิธีดำเนินการ ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

2.2.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย ส่วนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้วิธี Snowball Sampling Technic โดยกลุ่มเป้าหมายจะถูกแนะนำบอกต่อๆ กันจากผู้ให้ข้อมูลคนแรก ส่วนจำนวนขึ้นอยู่กับความครบถ้วนหรือการถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล

2.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในประเด็นด้านคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

2.3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

2. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1.1 วิธีดำเนินการ ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม ความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

2.1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุ
- 2) กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- 3) กลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับอำเภอ และจังหวัด

โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุ การคัดเลือกใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)
- 2) กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การคัดเลือกใช้วิธี Snowball Sampling

Technic

3) กลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดเลือกใช้วิธี Snowball Sampling Technic

2.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในประเด็นด้านความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

2.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

2.2 สังเคราะห์ความสอดคล้องของความต้องการ และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

2.2.1 วิธีดำเนินการ นำผลการศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ผสมผสานกับผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

2.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูล นำสารสนเทศทั้งหมดมาทำการสังเคราะห์เนื้อหา (Content Synthesis) และนำมาขยายองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

2.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย

3.3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

วิธีดำเนินการ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของความหมายองค์ประกอบของร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความครบถ้วนสมบูรณ์ สำนวนภาษาตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข

2) การแก้ไข ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

ผู้เข้าร่วมงาน

ผู้เข้าร่วมงานที่ใช้ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้เข้าร่วมงาน จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1) เป็นผู้เข้าร่วมงานที่เกี่ยวกับการสอนวิชาสุขภาพผู้สูงอายุ และมีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากสถาบันการศึกษา จำนวน 2 ท่าน
- 2) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปฏิบัติงานในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 3 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมงานที่มีต่อร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ซึ่งประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับความหมาย องค์ประกอบ ความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความครบถ้วนสมบูรณ์ สำนวนภาษา และข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใช้การคำนวณดัชนีความสอดคล้องในเรื่องความถูกต้องและความชัดเจนของเนื้อหา (Index of Congruence) และใช้วิธีการสังเคราะห์เนื้อหา (Content Synthesis) ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมงาน เพื่อปรับปรุงร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยนำรูปแบบดังกล่าว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในตำบลนาเชิงคีรี อำเภอกีรีมา จังหวัดสุโขทัย จำนวน 35 คน ดังนี้

3.1 วิธีดำเนินการ

3.1.1 คัดเลือกผู้สูงอายุในตำบลนาเชิงคีรี จำนวน 35 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง และยินดีเข้าร่วมทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย

3.1.2 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย โดยดำเนินการทดลองระหว่าง 1 สิงหาคม 2560 – 30 มกราคม 2561

3.1.3 วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในแต่ละชุด โดยการคำนวณดัชนีความสอดคล้องในเรื่องความถูกต้อง และความชัดเจนของเนื้อหา (Index of Congruence) จากสูตรดังนี้

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

IC = ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence)

R = คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

$\sum$ = ผลรวม

ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย คือ หากข้อใดที่มีค่า IC มากกว่า 0.5 ถือว่าในข้อนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับที่ยอมรับได้ และแสดงว่าข้อนั้นมีความตรงเชิงเนื้อหา

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญต้องมีประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเกรียงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณอยู่ระหว่าง 0-1 ทั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักที่เข้าใกล้ 1 มากเท่าใดแสดงว่า แสดงว่าข้อคำถามนั้นสามารถวัดได้เนื้อหาเดียวกัน และสอดคล้องกันทุกข้อ และในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามมากกว่า 0.7 จึงจะยอมรับได้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

2.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือซึ่งเป็นข้อคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกไปทดลองกับผู้สูงอายุในเขตอำเภอองไกรตาส จังหวัดสุโขทัย จำนวน 10 ตัวอย่าง เพื่อศึกษาความชัดเจนของข้อคำถาม การเข้าใจความหมาย ความยากง่ายในการตอบ และความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำข้อบกพร่องที่ได้จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเลขที่ IRB1/2560 โดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดำเนินการโดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น โดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) และ Paired t-test

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลเชิงคุณภาพ

สำหรับงานวิจัยนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการวิจัยนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการสังเคราะห์เนื้อหา (Content Synthesis) ส่วนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในกระบวนการเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล จะกระทำไปพร้อมๆ กัน โดยไม่ต้องรอให้ขั้นตอนใดเสร็จก่อนแล้วจึงทำอีกขั้นตอนหนึ่งแต่จะทำการควบคู่กันไปดังนี้

2.1 ทำควบคู่กับการเก็บข้อมูล (ทำได้ตลอดเวลา) ในแต่ละวิธีที่ได้ข้อมูลมา เอาชุดข้อมูลมาตรวจสอบว่ามีอะไรจับคู่กันได้บ้าง เราสามารถห่อหุ้มข้อมูลได้ ถ้าพบว่ามีข้อมูลโหว่

2.2 การสร้างข้อสมมติฐานขณะเก็บข้อมูล เมื่อสร้างข้อสมมติฐานต้องหาข้อมูลสนับสนุน

2.3 ผู้เก็บข้อมูล เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล เพราะเราได้เห็นสายตา รอยยิ้ม และบรรยากาศ สภาพสังคมที่เกิดขึ้น

เนื่องจากข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพ มักจะถูกสงสัยในประเด็นของความแม่นยำ (Validity) และความเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังนั้น จึงมีการเปรียบเทียบข้อมูล จากการสัมภาษณ์ การสังเกต จากหลักฐานการสำรวจเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยการเปรียบเทียบภายใน และการเปรียบเทียบภายนอก เรียกว่าการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย และตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้น จัดหมวดหมู่ของข้อมูลให้เป็นระบบแล้วนำมาสังเคราะห์ และเชื่อมโยงกันตามขั้นตอนของการวิจัย และตามระบบเหตุผล การวิเคราะห์ข้อมูลจะนำไปจนได้ข้อมูลที่เพียงพอหรืออึดอัด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงพรรณนาความ (Descriptive Analysis) ให้สอดคล้องกับประเด็นต่างๆ ในบริบทที่เกี่ยวข้องกันในแต่ละด้าน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย เพื่อนำไปสร้าง และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย โดยนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 261)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	108	41.4
หญิง	153	58.6
2. อายุ		
60 – 69 ปี	152	58.2
70 - 79 ปี	76	29.2
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	33	12.6
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	69.6 (8.08)	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	68 (60, 89)	
3. สถานภาพ		
โสด	9	3.4
คู่	160	61.3
หม้าย/หย่า/แยก	92	35.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 261)	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	38	14.6
ประถมศึกษา	216	82.8
มัธยมศึกษา	4	1.5
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	3	1.1
5. อาชีพหลักปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	10.0
รับจ้าง	7	2.7
ค้าขาย	5	1.9
ข้าราชการบำนาญ	2	0.8
เกษตรกรรวม	221	84.7
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	193	73.9
ระหว่าง 2,001 - 3,000 บาท	32	12.3
มากกว่า 3,001 บาท	36	13.8
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1,478.1 (5,878.83)	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	1,200 (600-15,000)	
7. ความเพียงพอของรายได้		
มีหนี้สิน	59	22.6
พอกินพอใช้	182	69.7
มีเหลือเก็บ	20	7.7
8. แหล่งที่มาของรายได้หลัก		
จากรายได้ของตนเอง	115	44.1
จากบุคคลในครอบครัว	98	37.5
จากแหล่งอื่น ๆ	48	18.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 261)	ร้อยละ
9. โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ไม่มีโรคประจำตัว	100	38.3
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	161	61.7
10. ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่ตามลำพัง	18	6.9
อยู่กับคู่สมรส	131	50.2
อยู่กับบุตรหลาน	112	42.9

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.6 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 41.4 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.6 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 89 ปี ร้อยละ 61.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 35.3 สถานภาพหม้าย/หย่าแยก ร้อยละ 3.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 82.8 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 10.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่ากับ 1,478.1 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 600 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุดเท่ากับ 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 22.6 มีสถานภาพทางการเงิน มีหนี้สิน ร้อยละ 69.7 มีสถานภาพทางการเงินพอกินพอใช้ ร้อยละ 44.1 มีรายได้มาจากการประกอบอาชีพของตนเอง ร้อยละ 37.5 มีรายได้มาจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 61.7 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค อยู่อาศัยกับคู่สมรสร้อยละ 50.2

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชนชนบท

2.1 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุ

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
จำแนกตามข้อคำถาม

ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการ เปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งจำเป็น	131	(50.2)	130	(49.8)
2. การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพเป็นการนำความรู้ มาปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง	126	(48.3)	135	(51.7)
3. การดื่มสุราทำให้เกิดโรคตับแข็ง สติปัญญาเสื่อม	131	(50.2)	130	(49.8)
4. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือด หัวใจ มะเร็ง	186	(71.3)	75	(28.7)
5. การดื่มชา กาแฟ เป็นสาเหตุให้ร้อนไม่หลับ	197	(75.5)	64	(24.5)
6. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้ร่างกายแข็งแรง	205	(78.5)	56	(21.3)
7. การรับประทานอาหารประเภทปลา เช่น ปลาเล็ก ปลา น้อยเป็นประจำ จะทำให้กระดูกแข็งแรง	208	(79.7)	53	(20.3)
8. จำนวนมื้ออาหารในผู้สูงอายุควรแบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวัน	183	(70.1)	78	(29.9)
9. การรับประทานผัก และผลไม้ จะช่วยแก้ไขภาวะท้องผูก	152	(58.2)	109	(41.8)
10. การเข้าร่วมงานสังคม เช่น งานบวช งานศพจะทำให้ สดชื่น ไม่เหงา	179	(68.6)	82	(31.4)
11. การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิด ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	115	(44.1)	146	(55.9)
12. การให้อภัย จะทำให้รู้สึกสบายใจ	139	(53.3)	122	(46.7)
13. การอ่านหนังสือธรรมะ การสวดมนต์จะทำให้จิตใจ สงบ	158	(60.5)	103	(39.5)
14. เมื่อมีความเครียดการหาเพื่อนพูดคุยสามารถผ่อนคลาย ความเครียดได้	155	(59.4)	106	(40.6)

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการ เปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15. การทาครีมบำรุงผิวหน้าสามารถป้องกันผิวแห้งแตกได้	149	(57.1)	112	(42.9)
16. การใส่แว่นตาเพื่อให้การมองเห็นชัดเจนสามารถป้องกัน อุบัติเหตุได้	114	(55.2)	117	(44.8)
17. การฉีดวัคซีนสามารถป้องกันโรคได้ เช่น วัคซีนไขหวัด ใหญ่	113	(43.3)	148	(56.7)
18. การมีราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำ สามารถป้องกันการหกล้มได้	141	(54.0)	120	(46.0)
19. เครื่องช่วยฟังสามารถแก้ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุได้	149	(57.1)	112	(42.9)
20. การใส่ฟันปลอมช่วยให้การบดเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น	137	(52.5)	124	(47.5)

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.7 ตอบไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนสามารถป้องกันโรคได้ เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.9 ตอบไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.7 ตอบไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพเป็นการนำความรู้มาปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.8 ตอบไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งที่จำเป็น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.8 ตอบไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุราทำให้เกิดโรคตับแข็ง สติปัญญาเสื่อม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.5 ตอบไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใส่ฟันปลอมช่วยให้การบดเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลง
ในวัยสูงอายุในภาพรวม

ระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุในภาพรวม	จำนวน (n=261)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-12 คะแนน)	144	55.2
ระดับปานกลาง (13-16 คะแนน)	96	36.8
ระดับสูง (17-20 คะแนน)	21	8.0

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.2 มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุในระดับต่ำ ร้อยละ 36.8 มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.0 มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุในระดับสูง

2.2 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละสัมพันธภาพในครอบครัวจำแนกตามข้อคำถาม

ข้อคำถามสัมพันธภาพในครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเห็น
1. การยกย่องของคนในครอบครัวและเห็นความสำคัญ	2.02	.62	ปานกลาง
2. ความห่วงใยของคนในครอบครัว	1.73	.63	ปานกลาง
3. การได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ	1.58	.59	ต่ำ
4. การเข้ากับบุตรหลานและคนในครอบครัวอย่างดี	1.36	.55	ต่ำ
5. การเชื่อฟังของบุตรหลานและให้ความสำคัญต่อคำแนะนำ	1.35	.70	ต่ำ
6. การเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว	1.66	.60	ต่ำ
7. การแก้ไขปัญหาสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดปัญหา	1.24	.56	ต่ำ
8. การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขของสมาชิกในครอบครัว	1.22	.51	ต่ำ

จากตาราง 4 พบว่า ข้อคำถามด้านสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับต่ำได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ การเข้ากับบุตรหลานและคนในครอบครัวอย่างดี การเชื่อฟังของบุตรหลานและให้ความสำคัญต่อคำแนะนำ การเป็นที่พึ่งของคนใน

ครอบครัว การแก้ไขปัญหาสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาและการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขของสมาชิกในครอบครัว ข้อคำถามด้านสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับปานกลางได้แก่ การยกย่องของคนในครอบครัวและเห็นความสำคัญและการเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว

ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับสัมพันธภาพในครอบครัวในภาพรวม

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวในภาพรวม	จำนวน (n=261)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (8 - 13 คะแนน)	193	73.9
ระดับปานกลาง (14 - 19 คะแนน)	59	22.6
ระดับสูง (20 - 24 คะแนน)	9	3.4

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.9 มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับต่ำ ร้อยละ 22.6 มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูง

2.3 ปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวจำแนกตามข้อคำถาม

ข้อคำถามการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเห็น
1. การมีโอกาสให้คำแนะนำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว	1.18	.45	ต่ำ
2. การมีโอกาสตัดสินใจปัญหาต่างๆ แก่สมาชิกในครอบครัว	1.50	.67	ต่ำ
3. การมีโอกาสพูดคุยพบปะกับสมาชิกในครอบครัว	1.59	.76	ต่ำ
4. การมีโอกาสไปร่วมกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัว	1.67	.75	ปานกลาง
5. การดูแลบุตรหลานหรือทำงานช่วยเหลือครอบครัว	1.68	.75	ปานกลาง

จากตาราง 6 พบว่า ข้อคำถามด้านการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในระดับต่ำได้แก่ การมีโอกาสให้คำแนะนำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว การมีโอกาสตัดสินใจปัญหาต่างๆ แก่สมาชิกในครอบครัว การมีโอกาสพูดคุยพบปะกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนข้อคำถามด้านการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในระดับปานกลางได้แก่ การมีโอกาสไปร่วมกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัว การดูแลบุตรหลานหรือทำงานช่วยเหลือครอบครัว

ตาราง 7 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในภาพรวม

ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในภาพรวม	จำนวน (n=261)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (5 - 8 คะแนน)	177	67.8
ระดับปานกลาง (9 - 12 คะแนน)	75	28.7
ระดับสูง (13 - 15 คะแนน)	9	3.4

จากตาราง 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.8 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในระดับต่ำ ร้อยละ 28.7 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในระดับสูง

2.4 ปัจจัยด้านการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว

ตาราง 8 แสดงจำนวน และร้อยละการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวจำแนกตามข้อคำถาม

ข้อคำถามการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเห็น
1. คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องอาหาร	1.57	.70	ต่ำ
2. คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องเสื้อผ้า การแต่งกาย	1.62	.72	ต่ำ
3. คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพ	1.18	.45	ต่ำ
4. คนในครอบครัวดูแลเมื่อเจ็บป่วย	1.50	.67	ต่ำ
5. คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัว	1.59	.76	ต่ำ
6. คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในการทำงานอดิเรก	1.67	.75	ปานกลาง
7. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ทำงานใช้ความรู้ความสามารถตามความพอใจ	1.68	.75	ปานกลาง
8. คนในครอบครัวให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	1.18	.45	ต่ำ
9. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ได้พบญาติและเพื่อนฝูง	1.50	.67	ต่ำ
10. คนในครอบครัวสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลานจัดขึ้นในบ้าน	1.59	.76	ต่ำ

จากตาราง 8 พบว่า ข้อคำถามด้านการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในระดับต่ำได้แก่ คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องอาหาร คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องเสื้อผ้า การแต่งกาย คน

ในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพ คนในครอบครัวดูแลเมื่อเจ็บป่วย คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัว คนในครอบครัวให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา คนในครอบครัวสนับสนุนให้ได้พบญาติและเพื่อนฝูงและคนในครอบครัวสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลานจัดขึ้นในบ้าน ส่วนข้อคำถามด้านการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในระดับปานกลางได้แก่ คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในการทำงานอดิเรก คนในครอบครัวสนับสนุนให้ทำงานใช้ความรู้ความสามารถตามความพอใจ

ตาราง 9 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในภาพรวม

ระดับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในภาพรวม	จำนวน (n=261)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (10 - 16 คะแนน)	165	63.2
ระดับปานกลาง (17 - 22 คะแนน)	76	29.1
ระดับสูง (23 - 30 คะแนน)	20	7.7

จากตาราง 9 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.2 มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในระดับต่ำ ร้อยละ 29.1 มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.7 มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในระดับสูง

2.5 ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ

ตาราง 10 แสดงจำนวน และร้อยละด้านระบบการดูแลสุขภาพจำแนกตามข้อคำถาม

ข้อคำถามด้านระบบการดูแลสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเห็น
1. การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจาก อสม.	1.98	.10	ปานกลาง
2. การได้รับการเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพโดย อสม.	1.00	.12	ต่ำ
3. ความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	2.91	.35	สูง
4. ความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการสุขภาพ	1.96	.23	ปานกลาง
5. การได้รับการรับบริการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2.93	.28	สูง
6. การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1.96	.20	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อคำถามด้านระบบการดูแลสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเห็น
7. การได้รับการติดตามดูแลที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1.98	.25	ปานกลาง
8. การได้ใช้บริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1.04	.26	ต่ำ
9. การได้รับการบริการด้านสุขภาพที่ดีจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1.95	.23	ปานกลาง
10. การได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ดีจากบัตรสวัสดิการผู้สูงอายุ	1.88	.32	ปานกลาง
11. การได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพจากบัตรสวัสดิการผู้สูงอายุ	2.11	1.76	ปานกลาง
12. การได้รับประโยชน์จากกิจกรรมด้านสุขภาพที่จัดโดย อบต.	1.98	.25	ปานกลาง
13. การได้รับบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่จัดโดย อบต.	1.04	.26	ต่ำ
14. การได้รับบริการด้านสุขภาพที่บ้านที่จัดโดย อบต.	1.95	.23	ปานกลาง
15. การได้รับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่จัดโดย อบต.	1.88	.32	ปานกลาง

จากตาราง 10 พบว่า ข้อคำถามด้านระบบการดูแลสุขภาพในระดับต่ำได้แก่ การได้รับการเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพโดย อสม. การได้ใช้บริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการได้รับบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่จัดโดย อบต. ส่วน ข้อคำถามด้านระบบการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจาก อสม. ความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และข้อคำถามด้านระบบการดูแลสุขภาพในระดับสูง ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพเวลาเจ็บป่วยและการได้รับการรับบริการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตาราง 11 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับระบบการดูแลสุขภาพในภาพรวม

ระดับระบบการดูแลสุขภาพในภาพรวม	จำนวน (n=261)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (15 - 24 คะแนน)	13	5.0
ระดับปานกลาง (25 - 35 คะแนน)	243	93.1
ระดับสูง (36 - 45 คะแนน)	5	1.9

จากตาราง 11 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5.0 มีระบบการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 93.1 มีระบบการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.9 มีระบบการดูแลสุขภาพในระดับสูง

2.6 ปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต

ตาราง 12 แสดงจำนวน และร้อยละความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต จำแนกตามข้อคำถาม

ข้อคำถามความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเห็น
1. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย	2.28	.69	ปานกลาง
2. การรับประทานอาหารที่สะอาดถูกหลักอนามัย	2.53	.52	สูง
3. การดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกาย เช่น นม โอวัลติน ไมโล	2.48	.67	สูง
4. การมีน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอตลอดปี	2.77	.57	สูง
5. การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์	1.16	.42	ต่ำ
6. การมีที่อยู่อาศัยแข็งแรง คงทน	1.20	.48	ต่ำ
7. การมีที่อยู่อาศัยที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกเพียงพอ	1.36	.54	ต่ำ
8. การมีสภาพแวดล้อมที่ไม่มีกลิ่นเหม็น คับชื้น ฝุ่นละอองรบกวน	1.96	.64	ปานกลาง
9. การมีที่อยู่อาศัยไม่มีเสียงดังรบกวน	1.96	.70	ปานกลาง
10. การมีที่อยู่อาศัยกว้างขวาง โล่งสบาย	2.23	.70	ปานกลาง

จากตาราง 12 พบว่า ข้อคำถามความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในระดับต่ำได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การมีที่อยู่อาศัยแข็งแรง คงทนและการมีที่อยู่อาศัยที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกเพียงพอ ส่วนข้อคำถามความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในระดับปานกลางได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การมี

สภาพแวดล้อมที่ไม่มีกลิ่นเหม็น คว้น ผู้ลงทะเบียนรบกวน การมีที่อยู่อาศัยไม่มีเสียงดังรบกวนและการมีที่อยู่อาศัยกว้างขวาง โล่งสบาย และข้อคำถามความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในระดับสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่สะอาดถูกหลักอนามัย การดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกาย เช่น นม โอวัลติน ไมโล และการมีน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอตลอดปี

ตาราง 13 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในภาพรวม

ระดับความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในภาพรวม	จำนวน (n=261)	ร้อยละ
ระดับสูง (23 - 30 คะแนน)	36	13.8
ระดับปานกลาง (17 - 22 คะแนน)	173	66.3
ระดับต่ำ (10 - 16 คะแนน)	52	19.9

จากตาราง 13 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 13.8 มีความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในระดับต่ำ ร้อยละ 66.3 มีความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.9 มีความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในระดับสูง

2.7 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ตาราง 14 แสดงจำนวน และร้อยละด้านสิ่งแวดล้อมจำแนกตามข้อคำถาม

ข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเห็น
1. ลักษณะบ้านมั่นคง ถาวร	1.96	.79	ปานกลาง
2. พื้นที่รอบบ้านไม่แออัด และไม่ห่างจากชุมชนเกินไป	2.03	.66	ปานกลาง
3. มีถนนหรือทางเข้าบ้านที่สะดวก	2.46	.56	สูง
4. บ้านตั้งอยู่ในเขตที่ปลอดภัยจากอาชญากรรมปราศจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ	2.55	.58	สูง
5. มีไฟฟ้า และน้ำประปา	2.11	.74	ปานกลาง
6. มีโทรศัพท์	2.04	.58	ปานกลาง
7. มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี	2.18	.69	ปานกลาง
8. มีการกำจัดน้ำเสียอย่างถูกวิธี	1.68	.66	ปานกลาง

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเห็น
9. มีรั้วรอบขอบชิด	1.87	1.11	ปานกลาง
10. ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินบริเวณบ้าน	2.39	.57	สูง
11. รอบบ้านไม่รก	2.30	.61	ปานกลาง
12. พื้นที่รอบบ้านไม่ลื่น	1.44	.55	ต่ำ
13. ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้าน	2.43	1.42	สูง
14. ประตูห้องต่าง ๆ กว้างเพียงพอ และสามารถให้รถนั่ง เข้าออกได้สะดวก	2.48	.63	สูง
15. พื้นบ้านเรียบไม่เดินสะดุด	2.17	.73	ปานกลาง
16. มีราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำ และทางเดินที่ใช้ประจำ	2.24	.65	ปานกลาง
17. มีราวบันไดที่แข็งแรง	2.14	.73	ปานกลาง
18. มีข้อมูลแหล่งขอความช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน	2.43	.62	สูง
19. มีไฟสว่างทุกห้อง บันได และทางเดิน	2.43	.60	สูง
20. มีม่านกันหน้าต่าง บริเวณที่มีแสงจ้าหรือมีแสงรบกวนเวลากลางคืน	2.42	.57	สูง

จากตาราง 14 พบว่า ข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อมในระดับต่ำได้แก่ มีการก่อกำจัดน้ำเสียอย่างถูกวิธี พื้นที่รอบบ้านไม่ลื่น ส่วนข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ได้แก่ ลักษณะบ้านมั่นคง ถาวร พื้นที่รอบบ้านไม่แออัด และไม่ห่างจากชุมชนเกินไป มีรั้วรอบขอบชิด รอบบ้านไม่รก ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้าน พื้นบ้านเรียบไม่เดินสะดุด มีราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำ และทางเดินที่ใช้ประจำ มีราวบันไดที่แข็งแรง และข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อมในระดับสูง ได้แก่ มีถนนหรือทางเข้าบ้านที่สะดวก บ้านตั้งอยู่ในเขตที่ปลอดภัยจากอาชญากรรมปราศจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินบริเวณบ้าน ประตูห้องต่าง ๆ กว้างเพียงพอ และสามารถให้รถนั่งเข้าออกได้สะดวก มีข้อมูลแหล่งขอความช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน มีไฟสว่างทุกห้อง บันได และทางเดินและมีม่านกันหน้าต่าง บริเวณที่มีแสงจ้าหรือมีแสงรบกวนเวลากลางคืน

ตาราง 15 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับด้านสิ่งแวดล้อม ในภาพรวม

ระดับด้านสิ่งแวดล้อม ในภาพรวม	จำนวน (n=261)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (20 - 33 คะแนน)	11	4.2
ระดับปานกลาง (34 - 47 คะแนน)	155	59.4
ระดับสูง (48 - 60 คะแนน)	95	36.4

จากตาราง 15 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 4.2 มีสิ่งแวดล้อมในระดับต่ำ ร้อยละ 59.4 มีสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.4 มีสิ่งแวดล้อมในระดับสูง

3. ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตาราง 16 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรายด้าน

คุณภาพชีวิต (รายด้าน)	ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความเห็น
1. ด้านการรับรู้	12.12	4.24	ปานกลาง
2. ด้านตัวของตัวเอง	11.01	3.42	ปานกลาง
3. ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	11.34	4.26	ปานกลาง
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	9.80	4.06	ไม่ดี
5. ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย	10.42	3.57	ปานกลาง
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก	10.56	4.89	ปานกลาง

จากตารางพบว่า 1) ด้านการรับรู้ 2) ด้านตัวของตัวเอง 3) ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 5) ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย 6) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ส่วน 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี

ตาราง 17 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวม

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวม	จำนวน (n=261)	ร้อยละ
ระดับดี (90 – 120 คะแนน)	110	42.2
ระดับปานกลาง (57 – 89 คะแนน)	100	38.3
ระดับไม่ดี (24 – 56 คะแนน)	51	19.5

จากตาราง 17 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 19.5 มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ร้อยละ 38.3 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.2 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตาราง 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n=261)

ปัจจัยคัดสรร	คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	
	r	p-value
อายุ	0.951	0.126
รายได้	0.135	0.030
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ	0.111	0.073
ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	0.152	0.014
การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว	0.185	0.003
การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว	-0.066	0.286
ระบบการดูแลสุขภาพ	0.201	0.001
ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต	0.138	0.026
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต	0.169	0.006

จากตาราง 18 พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.135, p=0.030$) ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.152, p=0.014$) การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.185, p=0.003$) ระบบการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.201$, $p=0.001$) ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.138$, $p=0.026$) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.169$, $p=0.006$)

ส่วน อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.951$, $p=0.126$) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.111$, $p=0.073$) การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = -0.066$, $p=0.286$)

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และสภาพปัญหา

ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิเคราะห์ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกายพบว่าผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเป็นประจำ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และขาดการรับประทานอาหาร ได้แก่ นม ไข่ ผักและผลไม้ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว และชุมชนไม่เพียงพอ และพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ได้แก่บุตร หลาน ขาดการดูแลเอาใจใส่ และบุตรหลานไม่เชื่อฟังคำสั่งสอน ซึ่งถือว่าคำสั่งสอนของผู้สูงอายุล้ำสมัยไม่ทันกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน ด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุในชนบท ได้เข้าร่วมทำบุญ เข้าวัดฟังธรรมอย่างสม่ำเสมอ ด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ในชุมชนชนบทมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม แต่ที่ไม่สมบูรณ์คือ การจัดบ้านที่พักอาศัย อุปกรณ์ป้องกัน การหกล้มในผู้สูงอายุมีไม่ครบถ้วน ห้องน้ำส่วนใหญ่ยังเป็นแบบนั่งยอง ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

...ยาย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดเข่า เป็นประจำ ไม่ค่อยแข็งแรง ไปหาหมอที่คลินิกเป็นประจำ ยายอยู่กับลูกชาย เขามีลูกหลายคน ลูกชายดูแลเอาใจใส่ยายดี แต่หลานๆ เขาไม่ค่อยสนใจยาย เขาบอขายโบราณ บ้านยายใช้ส้วมแบบนั่งถ่าย ลูกนั่งลำบาก ต้องค่อยๆ ลูก ปวดเข่า อยากได้ส้วมแบบนั่ง มีราวจับ เกาะด้วยจะดี จะได้ไม่หกล้ม เมื่อก่อนยายเข้าวัดประจำ แต่ตอนนี้หายไป ไม่มีใครไปส่งวัด เดินลำบาก ปวดเข่า บ้านยายก็สงบดี อากาศเย็นสบาย อาหารการกินก็กินเท่าที่มี นมไข่

ไม่ค่อยได้กิน มะม่วงตอนออกลูกได้กินบ่อย กินกับข้าว แต่ช่วงนี้ไม่ได้กิน มันขายไปแล้ว อยากให้
หมอมานหาบ่อยๆ จะได้อุ่นใจ ยังไม่อยากจะป่วย ยังอยากอยู่นานๆ จะได้วัดความดัน แนะนำการกินยา
คนแก่แล้วกินยาไม่ค่อยถูก อยากให้ ลูกๆ หลานมาหาบ่อยๆ มันอุ่นใจ

(ผู้สูงอายุในชนบท ก, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 มีนาคม 2560)

...ยาย ไม่ค่อยแข็งแรง ปวดหัวปวดหลังได้ กวาดบ้านถูบ้านได้ แต่ก็เหนื่อย ต้องทำไปพัก
ไป เดินไปไหนมาไหนได้ แต่เหนื่อย ช่วยเหลือตัวเองทุกอย่างเลย มีหมอนหนุน อสม.มาเยี่ยมบ้าน
บ้าง นานๆ มา งานเขาย่ง ไปทำบุญที่วัดเป็นประจำ แต่งานบุญในหมู่บ้านไม่ค่อยได้ไป ลูกบอกว่า
ไม่ต้องไป แก่แล้วให้อยู่บ้าน ก็เหงาเหมือนกันเพื่อนรุ่นเดียวกันตายไปหลายคนแล้ว อยากให้ อสม.
หมอนหนุน มาแนะนำ สอนมั่งก็ดี จะได้อยู่นานๆ ร่างกายจะได้แข็งแรง

(ผู้สูงอายุในชนบท ข, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 มีนาคม 2560)

...ฉันแข็งแรงทำงานได้ทุกอย่างเคยไปรับจ้าง แต่ก็ป่วยนะ เป็นเบาหวาน ต้องกินยาเป็น
ประจำ ฉันเคยล้มไปหาหมอดามนัด ล้มจำไม่ได้ จนยาหมดถึงนึกได้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดตาม
แขนตามขาต้องบีบ บีบ แขนขาแบบนี้ ยังไม่อยากจะเป็นคนแก่ เหงาเหมือนกัน ลูกหลานเขามีงานเขา
ไม่ค่อยว่าง บางทีไปว่าเขา เขาก็ทำให้ เสียใจเค้าร้องไห้ แต่ไม่เคืองลูก สงสารลูก คงจะเหนื่อยไป
ทำงาน ส่งลูกเรียน 2 คน เงินไม่พอใช้ ทำอาหารกินเองก็ได้ แต่ไม่ค่อยหิว แก่แล้วไม่หิวบ่อย ก็เบื่อ
อาหาร บางวันกินสองสามคำอิ่มพอแล้ว ไปวัดบ่อย ทำบุญทำทาน บ้านยายไม่ค่อยสะอาด เป็นบ้าน
โบราณ บ้านคนบ้านนอก ห้องน้ำก็ไม่ค่อยสะอาด บ้านก็รกรุงรัง

(ผู้สูงอายุในชนบท ค, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 มีนาคม 2560)

6. ผลการสร้าง และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย

1. ผลการศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้สูงอายุในเขตชนบท ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความต้องการ และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทพบว่า ผู้สูงอายุต้องการเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และโดยเฉพาะการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย มีความต้องการให้บุคคลในครอบครัว บุตรหลาน รวมถึงคนอื่นมาคอยช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วย ได้แก่ การพาไปส่งโรงพยาบาล การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ต้องการที่พักอาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

...อยากให้หมออนามัยมาสอนเกี่ยวกับโรคในคนแก่ คนแก่แถวนี้เป็นโรคมักเป็นเบาหวาน เป็นความดัน คนแก่ป่วยบ่อย เนื้อหนังเหี่ยว บางทีทะเลาะกับหลานๆ สอนไม่ฟัง อยากคุยกับหลานๆ ให้เข้าใจ คุยกันไม่ค่อยรู้เรื่อง

(ผู้สูงอายุในชนบท ก, ผู้ร่วมสนทนา, 11 มีนาคม 2560)

...มาสอนคนแก่บ่อยๆ ก็ดีนะ คนแก่จะได้สบายใจ อุ่นใจ อยากให้ช่วยแนะนำการทำสวน ทำทางเดินของคนแก่ คนแก่แถวนี้เดินหกล้มเป็นอัมพาต พื้นมันลื่น ล้มหัวฟาดพื้นเลย ลูกหลานมันคงเกียจคนแก่ มันไม่ค่อยคุยด้วย บางคนเข้างรังเกียจคนแก่

(ผู้สูงอายุในชนบท ข, ผู้ร่วมสนทนา, 12 มีนาคม 2560)

...ลูกชายจะเป็นห่วงยาย หาข้าวหาน้ำ ขนม ผลไม้มาให้กินตลอด ยายชอบอ่านหนังสือ หนังสือธรรมะชอบอ่านมาก หนังสือที่หมออนามัยแจกก็อ่านนะ ได้ความรู้ดี จะได้ไม่เจ็บป่วย ยายอยากให้หมอมาสอน แนะนำการออกกำลังกาย อาหารของคนแก่ มีคนคอยมาเยี่ยม จะได้ไม่เหงา มีตำรวจสายตรวจมาดูแลบ้างก็ดี

(ผู้สูงอายุในชนบท ค, ผู้ร่วมสนทนา, 12 มีนาคม 2560)

1.2 กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับข้อความต้องการ และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า ควรจะมีอาสาสมัครคอยไปเยี่ยมบ้าน คอยพูดคุย ให้กำลังใจกับผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คำแนะนำ ให้ความรู้ แจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเข้ากับสังคม การตรวจสุขภาพ และการจัดการความเครียดให้กับผู้สูงอายุ และการสนับสนุนของใช้ที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

...ป้าข้างบ้าน เวลาไปหาแกอยากพูดคุยกับเรา อยากให้เราแนะนำการกินยา การกินอาหาร และเล่าเรื่องราววันนี้ทะเลาะกับลูก กับหลาน แกบอกว่าคุยกัน ไม่ค่อยรู้เรื่อง บ้านแกพื้นบ้าน ห้องน้ำไม่ค่อยสะอาด เปียกลื่น แกบอกว่าเคยหกล้ม แต่ไม่เป็นอะไร

(อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ก, ผู้ร่วมสนทนา, 14 มีนาคม 2560)

...ลุงที่อยู่ข้างบ้านแกแข็งแรง แกชอบมาถาม จะพาคนแก่ไปเที่ยวอีกเมื่อไหร่ ชอบไปทำบุญกับคนแก่วัยเดียวกัน แกชอบไปทำบุญ แกเคยมาถามเรื่องการกินยา น่าจะสอนเรื่องการกินยานะ อ่านหนังสือไม่ค่อยได้ จะได้กินยาไม่ผิด น่าจะสอนเรื่องการดูแลสุขภาพ การทำบ้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย ทำราวจับ บริเวณทางเดินให้แกนะ แกจะได้เดินได้ ไม่ต้องกลัวล้ม ต้องคอยให้กำลังใจนะ จะได้ไม่เหงา มีคนไปพูดคุยด้วย

(อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ข, ผู้ร่วมสนทนา, 16 มีนาคม 2560)

...ถ้าสอนเรื่องการปฏิบัติตัวจะดีมาก อยากให้คนในหมู่บ้านเข้าใจคนแก่ เคารพคนแก่เหมือนเมื่อก่อน คนแก่จะได้ไม่ถูกทอดทิ้ง สนับสนุนของใช้ที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุ

(อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ค, ผู้ร่วมสนทนา, 16 มีนาคม 2560)

1.3 กลุ่มผู้ให้บริการด้านภาพผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับข้อความต้องการ และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า ผู้สูงอายุ ต้องมีความรู้และปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ต้องได้รับการดูแล เอาใจใส่เรื่อง การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทาน

อาหาร การจัดการความเครียด การป้องกันการหกล้มร่วมกับครอบครัว ชุมชน คนในครอบครัวต้องให้ความสำคัญ เคารพเชื่อฟังผู้สูงอายุ และที่สำคัญผู้สูงอายุต้องรู้จักปรับตัวเพื่อเข้ากับลูกหลานในบ้านเดียวกันได้ ดังคำกล่าวของบุคลากรด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

...ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ไม่ได้ดูแลเป็นพิเศษ เพราะ รพสต.มีคนไข้มาก ผู้สูงอายุต้องได้รับการสอนเรื่อง การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การป้องกันการหกล้มร่วมกับครอบครัว ถ้าสอนเรื่องสุขภาพคงต้องเข้าไปสอนในหมู่บ้านที่ละหมู่บ้าน ถ้าให้มารวมกันที่อนามัยคงจะลำบาก บางหมู่บ้านอยู่ห่างไกล ผู้สูงอายุจะห้วงบ้าน และต้องมอบหมายให้อสม.ที่อยู่บ้านใกล้กันคอยไปดูแล แนะนำเรื่องสุขภาพ ให้ไปเยี่ยมบ่อย ๆ ถ้าให้ดี ให้อบต. คอยช่วยก็ดี อบต.มีงบกองทุนตำบล สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก, ผู้ร่วมสนทนา, 20 มีนาคม 2560)

...ผู้สูงอายุในอำเภอนี้เริ่มเป็นปัญหาแล้ว เพราะมีจำนวนมากขึ้น และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดเราก็เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ถ้าจะให้แนะนำเรื่องคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเรียนรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว เรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเอง เรียนรู้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต

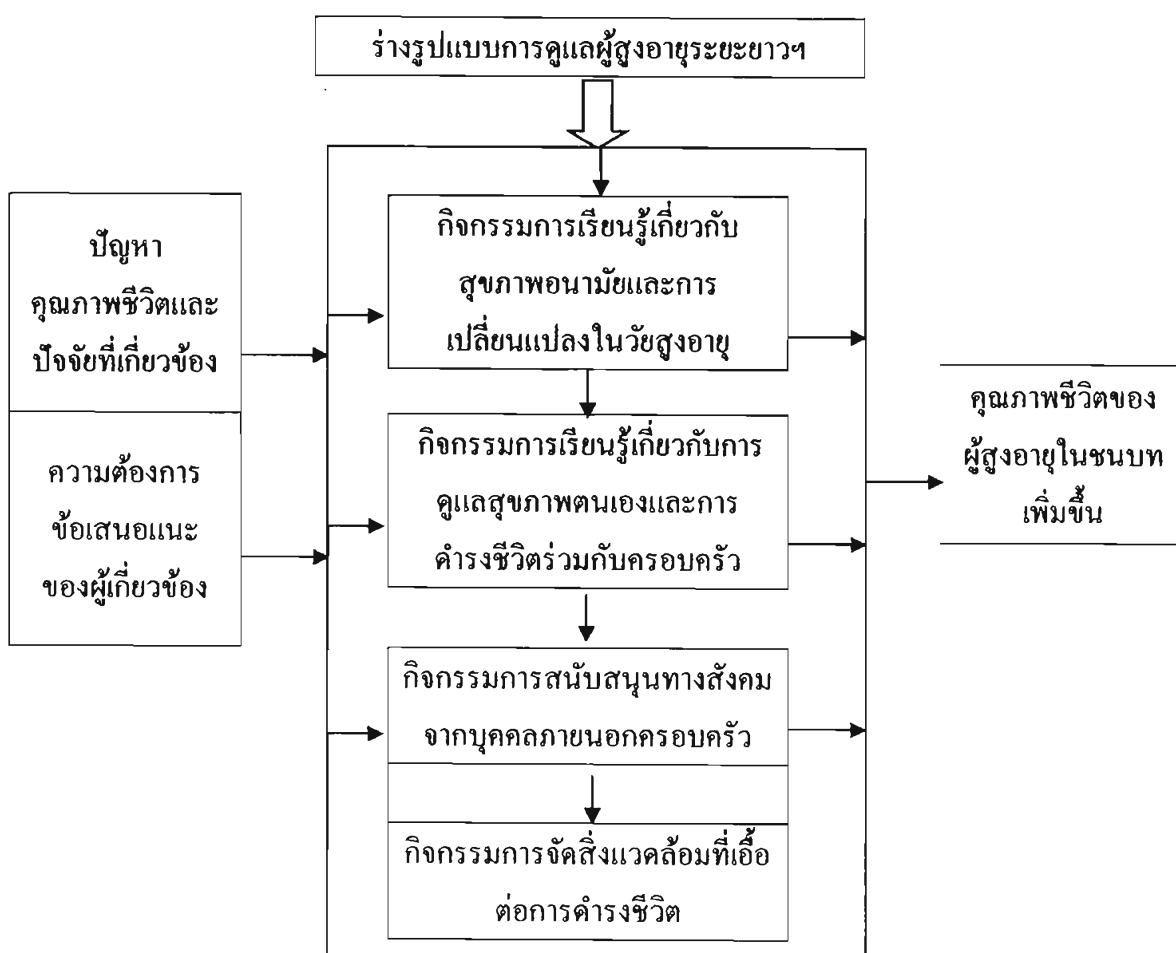
(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ก, ผู้ร่วมสนทนา, 21 มีนาคม 2560)

...จังหวัดนี้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาผู้สูงอายุกำลังเป็นปัญหาของจังหวัดที่ต้องได้รับการแก้ไขแบบเร่งด่วน เพราะนายแพทย์ สสจ. กำหนดให้เป็นปัญหาของจังหวัด โดยกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 80 ปี ยังแจ๋ว เช่น สำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ กำหนดช่องทางพิเศษในการรับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ถ้าจะให้แนะนำเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ตอนนี้จังหวัดได้กำหนดนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดทำโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุร่วมกับท้องถิ่น กิจกรรมได้แก่อบรมเรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ อบรมเกี่ยวกับการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว การดูแลสุขภาพตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ก, ผู้ร่วมสนทนา, 21 มีนาคม 2560)

2. ผลการจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย

นำผลการศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัยของ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ผสมผสานกับผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ดังนี้



ภาพที่ 3 แสดงร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย

ร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ดำเนินการ 1 วัน

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และตระหนักถึงความรุนแรง ความเสี่ยงของผลกระทบจากการสูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตระหนักถึงความรุนแรง ความเสี่ยงของผลกระทบจากการสูงอายุ

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. เรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. การทบทวนผลกระทบของการสูงอายุ
3. เรียนรู้วิธีการลดผลกระทบจากการสูงอายุ

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จของขั้นตอนที่ 1

1. ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. การรับรู้ผลกระทบจากการสูงอายุ

วันที่ 1 ของการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ และละลายพฤติกรรม (เวลา 09.00 – 10.00 น.)

กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย

1.1 การแนะนำตัว โดยวิทยากรหลักแนะนำตนเอง จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนะนำตนเอง

1.2 กิจกรรมชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ซักถามหากมีข้อสงสัย

2. กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ (เวลา 10.00 – 12.00 น.) กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย

2.1 การบรรยาย และให้ผู้เข้ารับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเรื่อง การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ

2.2 เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ซักถามหากมีข้อสงสัยร่วมแสดงความคิดเห็น

3. กิจกรรมการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ ค้นหาวิธีการ และค้นหาปัญหา อุปสรรคการลดผลกระทบของการสูงอายุ (เวลา 13.00 – 15.00 น.) กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย

3.1 การประชุมกลุ่มย่อย โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ออกเป็น กลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน โดยให้แต่ละกลุ่มเลือกประธานกลุ่ม เลขานุการกลุ่ม จากนั้นมอบประเด็นให้ ประชุมกลุ่ม เกี่ยวกับผลกระทบของการสูงอายุ และการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ

3.2 การนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อยเกี่ยวกับผลกระทบของการสูงอายุ และ การหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ โดยวิทยากรจัดทำฉลากให้แต่ละกลุ่มจับเพื่อจัดลำดับในการ นำเสนอผลการสนทนากลุ่ม

3.3 เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ซักถามหากมีข้อสงสัยร่วม แสดงความคิดเห็น

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการดำรงชีวิตร่วมกับ ครอบครัว ดำเนินการ 1 วัน

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

2. การสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

3. กิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จของขั้นตอนที่ 2

1. มีทักษะในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง และการสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

2. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

วันที่ 1 ของการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว (เวลา 09.00 – 12.00 น.) กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย

1.1 การถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้สูงอายุต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นการกระตุ้นการเรียนรู้ในการพัฒนาความสามารถของตน ทำให้เกิดความคาดหวังว่าคนก็สามารถทำได้ถ้าตั้งใจ และพยายาม

1.2 เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ซักถามหากมีข้อสงสัยร่วมแสดงความคิดเห็น

2. กิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว (เวลา 13.00-15.00 น.) กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย

2.1 วิทยากร นำผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดูแลสุขภาพตนเอง ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว และการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ถ่ายทอดให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทราบ

2.2 จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว และหาแนวทางการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

2.3 วิทยากร ให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม โดยการจับสลาก

2.4 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว

ดำเนินการ 1 วัน

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อให้บุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. เพื่อให้บุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพกำหนดภาพที่คาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคตในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. เพื่อให้บุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพกำหนดบทบาท หน้าที่ ในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. เรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. จัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ AIC เพื่อวางแผนการให้ ความร่วมมือในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จของขั้นตอนที่ 4

1. การรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ
2. วิสัยทัศน์ วิธีการดำเนินงานโครงการ และผู้รับผิดชอบในการสนับสนุนจาก บุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กำหนดการจัดกิจกรรม

1. กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ และการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ (เวลา 09.00 – 12.00 น.) กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย

1.1 การบรรยายโดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญหรือผู้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ

1.2 วิทยากรนำเสนอตัวอย่างการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และ บุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.3 การเปิดเวทีให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น

2. กิจกรรมการจัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ AIC เพื่อวาง แผนการให้ความร่วมมือในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (เวลา 13.00-16.00 น.) กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย

2.1 การสร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต

2.2 การคิดค้น หากลวิธี

2.3 การจัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม

2.4 การวางแผน กำหนดผู้รับผิดชอบ

2.5 การจัดทำแผน/กิจกรรม/โครงการ

2.6 การสรุปวิสัยทัศน์ วิธีการดำเนินกิจกรรม โครงการ และผู้รับผิดชอบในการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.7 การเปิดเวทีให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น ชักถาม

ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ดำเนินการ 1 วันครึ่ง

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีแนวทางที่ถูกต้องในการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. กิจกรรมการศึกษาดูงานครอบครัวต้นแบบการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ
2. กิจกรรมสรุปแนวทางการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ

เกณฑ์การประเมินความสำเร็จของขั้นตอนที่ 4

3. ความรู้เกี่ยวกับการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ
2. มีแนวทางที่ถูกต้องในการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ

กำหนดการจัดกิจกรรม

1. กิจกรรมการศึกษาดูงานครอบครัวต้นแบบการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ (เวลา 09.00 – 15.00 น.) กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาดูงานครอบครัวต้นแบบการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ

1.2 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น และชักถาม

2. กิจกรรมสรุปแนวทางการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ(เวลา 9.00-12.00 น.) กิจกรรมย่อย ประกอบด้วย

2.1 จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อสรุปแนวทางการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ

2.2 วิทยากร ให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยอาสาสมัครนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม

2.3 วิทยากร สรุปแนวทางการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ

2.4 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมแสดงความคิดเห็น และซักถาม

หลังจากได้ร่างองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัย ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สรุปได้ดังนี้

สรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และละลายพฤติกรรม 2) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ 3) กิจกรรมการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 2) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว 3) กิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ 2) กิจกรรมการจัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ AIC เพื่อวางแผนการให้ความร่วมมือในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ดำเนินการ 1 วันครึ่ง ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมการศึกษาฐานครอบครัวต้นแบบการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมสรุปแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ

7. ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย

ตาราง 19 แสดงจำนวน และร้อยละจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	18	51.4
หญิง	17	48.6
2. อายุ		
60 – 69 ปี	14	40.0
70-79 ปี	17	48.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	4	11.5
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	72.71 (9.00)	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	72 (60, 88)	
3. สถานภาพ		
โสด	5	14.5
คู่	22	62.8
หม้าย/หย่า/แยก	8	22.7
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	23	65.5
มัธยมศึกษา	7	20.0
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	5	14.5
5. อาชีพหลักปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	28.3
รับจ้าง	4	11.5
ค้าขาย	3	8.2
ข้าราชการบำนาญ	2	5.5
เกษียณกรรม	16	45.5

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	25	71.3
ระหว่าง 2,001 - 3,000 บาท	6	17.2
มากกว่า 3,001 บาท	4	11.5
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1,614.28 (1,254.20)	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	1,500 (600-5,600)	
7. ความเพียงพอของรายได้		
มีหนี้สิน	6	17.2
พอกินพอใช้	24	68.3
มีเหลือเก็บ	5	14.5
8. แหล่งที่มาของรายได้หลัก		
จากรายได้ของตนเอง	21	60.0
จากบุคคลในครอบครัว	14	40.0
9. โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ไม่มีโรคประจำตัว	20	57.7
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	15	42.3

จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.4 เพศหญิง ร้อยละ 48.6 เพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.71 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 88 ปี ร้อยละ 62.8 สถานภาพคู่ ร้อยละ 22.7 สถานภาพหม้าย/หย่าแยก ร้อยละ 14.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 765.5 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่ากับ 1,614.28 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 600 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุดเท่ากับ 5,600 บาทต่อเดือน ร้อยละ 17.2 มีสถานภาพทางการเงินมีหนี้สิน ร้อยละ 68.3 มีสถานภาพทางการเงินพอกินพอใช้ ร้อยละ 60.0 มีรายได้มาจากการประกอบอาชีพของตนเอง ร้อยละ 42.3 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค

ตาราง 20 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท
ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชนบท	n	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	35	82.60	15.80	-3.358	34	.002
หลังการทดลอง	35	88.48	11.85			

จากตาราง 21 พบว่า ผลการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย พบว่า ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท เพิ่มขึ้น เท่ากับ 5.88 และผลต่างของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.95 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.002$ แสดงว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทดสอบประสิทธิภาพมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน ระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ และรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุโขทัย การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักเกณฑ์ของเครซี และมอร์แกน (1970) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 250 ตัวอย่าง และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ การวิจัยครั้งนี้ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน จำนวน 261 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นแรกสุ่มอำเภอ ขั้นที่สองสุ่มตำบลใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ขั้นที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินดีตอบแบบสัมภาษณ์ จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

ขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน 1 พฤษภาคม 2560–30 กรกฎาคม 2560 แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านครอบครัว ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ส่วนที่ 5 ปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ ส่วนที่ 7 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย ดังนี้ 2.1)การศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ด้วยการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรภาครัฐในพื้นที่ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการสนทนากลุ่มจำนวน 5 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา จากนั้น ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในขั้นตอนวิเคราะห์สภาพปัญหาผนวกกับ

ผลการศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย 2.2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยส่งร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ให้ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ สอบความตรงเชิงเนื้อหา สำนวนภาษา จากนั้นนำมาปรับปรุง และนำไปทดลองใช้ในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยนำกระบวนการดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในตำบลนาเชิงคีรี อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 35 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลางและยินดีเข้าร่วมทดสอบประสิทธิผลโดยดำเนินการทดลองระหว่าง 1 สิงหาคม 2560 – 30 มกราคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test

แบบสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่สอนเกี่ยวกับวิชาสุขภาพผู้สูงอายุ และเคยทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในเขตอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มไปทดลองกับผู้สูงอายุในเขตอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย เพื่อศึกษาความชัดเจนของข้อคำถาม การเข้าใจความหมาย และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อบกพร่องที่ได้จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์คนละประมาณ 20 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเลขที่ IRB 1/2560 โดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดำเนินการ โดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาใน

ครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาระยะที่ 1

ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.6 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.6 ปี ร้อยละ 61.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 82.8 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี่ยยังชีพผู้สูงอายุเท่ากับ 1,478.1 บาท ร้อยละ 69.7 มีสถานภาพทางการเงินพอกินพอใช้ ร้อยละ 44.1 มีรายได้มาจากการประกอบอาชีพของตนเอง ร้อยละ 61.7 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค อยู่อาศัยกับคู่สมรส ร้อยละ 50.2

ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ พบว่า ร้อยละ 55.2 มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.8 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.0 มีในระดับสูง

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ร้อยละ 73.9 มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับต่ำ ร้อยละ 22.6 มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูง

ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว พบว่า ร้อยละ 67.8 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในระดับต่ำ ร้อยละ 28.7 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวในระดับสูง

ด้านการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว พบว่า ร้อยละ 63.2 มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในระดับต่ำ ร้อยละ 29.1 มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.7 มีการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในระดับสูง

ด้านระบบการดูแลสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 5.0 มีระบบการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 93.1 มีระบบการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.9 มีระบบการดูแลสุขภาพในระดับสูง

ด้านความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต พบว่า ร้อยละ 13.8 มีความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในระดับต่ำ ร้อยละ 66.3 มีความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.9 มีความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตในระดับสูง

ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 4.2 มีสิ่งแวดล้อมในระดับต่ำ ร้อยละ 59.4 มีสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.4 มีสิ่งแวดล้อมในระดับสูง

ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ร้อยละ 19.5 มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ร้อยละ 38.3 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.2 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.135$, $p=0.030$) ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.152$, $p=0.014$) การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.185$, $p=0.003$) ระบบการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.201$, $p=0.001$) ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.138$, $p=0.026$) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.169$, $p=0.006$)

ส่วน อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.951$, $p=0.126$) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.111$, $p=0.073$) การดูแลสุขภาพใจใสจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = -0.066$, $p=0.286$)

ผลการศึกษาระยะที่ 2

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และละลายพฤติกรรม 2) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ 3) กิจกรรมการหาวิธีลดผลกระทบของการสูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว ดำเนินการ 1 วันประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 2) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว 3) กิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ดำเนินการ 1 วัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบของการสูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ 2) กิจกรรมการจัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ AIC เพื่อวางแผนการให้ความร่วมมือใน

การสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ดำเนินการ 1 วันครึ่ง ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมการศึกษาฐานครอบครัวต้นแบบการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมสรุปแนวทางการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในผู้สูงอายุ

โดยผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัยโดยผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการ พบว่า ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าระหว่าง 0.5-1 และเสนอแนะให้ปรับปรุงสำนวนภาษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น

ผลการศึกษาระยะที่ 3

ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้น เท่ากับ 5.88 และผลต่างของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.95 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.002$ แสดงว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิผล ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทดสอบประสิทธิผลมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 19.5 มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ร้อยละ 38.3 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.2 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาทำให้ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำให้มีรายได้ต่ำ และมักถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังหรืออยู่กับบุตรหลาน จึงทำให้ไม่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์และเสนห์ แสงเงิน (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 49.3 มีคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวีรพงษ์ ยางเดี่ยว (2554) ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.7) และสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพงษ์ เกตุคล้ายและคณะ (2555) ที่พบว่าภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอยู่ในระดับ

ปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของธาริน สุขอนันต์ (2554) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.185, p=0.003$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุจะมีโอกาสพูดคุยพบปะกับสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวทราบถึงความต้องการหรือปัญหาต่างๆ ในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่และได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์และเสนห์ แสงเงิน (2560) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.353, p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิพงศ์ บุญผดุง (2551) พบว่าปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.201, p=0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบดังกล่าวในปัจจุบันให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์และเสนห์ แสงเงิน (2560) ที่พบว่าระบบการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.338, p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของวิรพงษ์ ขางเคี้ยว (2554) ที่พบว่าระบบการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท เพิ่มขึ้นเท่ากับ 5.88 และผลต่างของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.95 เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.002$ แสดงว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทดสอบประสิทธิภาพมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดย รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการจัดตั้งเครือข่ายที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์และเสนห์ แสงเงิน (2560) ที่พบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1

กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และ ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต สอดคล้องกับจุฬารัตน์ โสตะ (2549) ที่ได้เสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การเตรียมตัวทางด้านร่างกาย การเตรียมตัวด้านจิตใจ และการเตรียมตัวด้านสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ทะรัมย์ย์ (2551) ซึ่งพบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 1) การให้การศึกษา 2) การบริการสาธารณสุข 3) การบริการด้านที่อยู่อาศัย 4) บริการด้านรายได้ 5) การให้บริการด้านสังคมและ 6) การบริการด้านนันทนาการ

ข้อยุติ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.002$ ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.6 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ดังนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดสวัสดิการเพิ่มเติมจากปกติที่ได้จากภาครัฐ เช่น อาหาร เสื้อผ้า อุปกรณ์ช่วยเดิน ผ้าอ้อมสำเร็จรูปฯ ให้กับผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว
2. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ดังนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุ
3. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งอาจถูกเอารัดเอาเปรียบจากพ่อค้าคนกลางที่มารับซื้อพืชผลทางการเกษตร ดังนั้น หน่วยงานปกครองในพื้นที่ ควรควบคุมกำกับ สนับสนุนข้อมูลหมายให้กับผู้สูงอายุ
4. จากผลการวิจัย พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่ากับ 1,478.1 บาท ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ดังนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดสวัสดิการสินค้าราคา ถูกให้ผู้สูงอายุ

5. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.7 มีโรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 1 โรค ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดคลินิกตรวจรักษาโรคในสถานบริการทุกสัปดาห์ รวมถึงจัดหน่วยเคลื่อนที่บริการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

6. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 6.9 อยู่อาศัยตามลำพัง ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรระบบดูแลความปลอดภัยด้านชีวิตและทรัพย์สินให้กับผู้สูงอายุ

7. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 19.5 มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้าไปตรวจสอบและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อแก้ไขต่อไป

8. จากผลการวิจัย พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทมากที่สุด ดังนั้น ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ใส่ใจและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกายให้เพิ่มมากขึ้น

9. จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย สามารถเพิ่มคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อพัฒนารอบรู้ต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท
2. ควรศึกษาและพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท
3. ควรศึกษาและพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของ

ผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2553). แนวทางการรณรงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตวัยทำงาน และวัยสูงอายุในพื้นที่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2554). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย. สืบค้นเมื่อ 6 เมษายน 2559 จาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>.
- กรมอนามัย. (2550). โครงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคกลุ่มผู้สูงอายุภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2551. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.
- กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จันทร์เพ็ญ ทะเรรัมย์. (2551). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเทศบาลตำบลนางจ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬารักษ์ โสตะ. (2549). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารศูนย์บริการวิชาการ, 14(4), 8-12.
- ชฎารัตน์ เกื้อสุข, นภัทร์ ยาอินดา, พรพรรณ ทรัพย์ไพฑูรย์กิจและอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. (2558). รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสารปีที่ 42 ฉบับพิเศษ ธันวาคม พ.ศ. 2558
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิด และการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐจิรา กิตติธรรมาญจน์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานนักบริบาลชุมชน ตามโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ธนัช กนกเทศ. (2549). การพัฒนามาตรฐาน และตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง. ศศ.ค., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- ประภาพร มโนรัตน์. (2553). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเกษียณ. วิทยานิพนธ์ สด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ปิ่นนเรศ กาดอุดม, คณิศร แก้วแดง และรัชสมน นามวงษ์. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ผกามาศ กมลพรวิจิตร, วิภาดา ท้าวประยูร และมนู วาทีสุนทร. (2549). บทบาทและความสัมพันธ์ของวัด และพระสงฆ์กับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. (2555). ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ขอนแก่น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). Aging Society ที่ประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2553, จาก <http://tgri.thainhf.org/index.php?module=news&page2=detail&id=160>.
- ระพีพรรณ คำหอม. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.nesac.go.th/document/images06/06100012d.doc>
- วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง. (2553). การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษา จังหวัดเพชรบุรี. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม และสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2553). อนาคตประเทศไทยกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 12 เมษายน 2553, จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_096.htm.
- วีรพงษ์ ยางเดี่ยว. (2554). ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ สส.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550). ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: กลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคชนวณิชย์ และธนิภานต์ ศักดาพร. (2552). โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว และชุมชนชนบทไทย. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. (2552). รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย (โครงการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- เสน่ห์ แสงเงิน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ศิวไลซ์ วรรณวิจิตร และถาวร มาดั้น. (2555). ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 หน้า 68-81 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2555)
- เสน่ห์ แสงเงิน และถาวรมาดั้น. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2561) หน้า 174-184.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). รายงานประจำปี 2551. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- สุทธิพงษ์ บุญผดุง. (2554). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สมศักดิ์ ชุมทรัพย์. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- สมคิด ดันติไวยพจน์และสุมนา ดันติไวยพจน์. (2557). ประสิทธิภาพของกระบวนการเพิ่มความสามรถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม-สิงหาคม 2557
- สมจิตต์ ศิริวรรณรังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2559). หน้า 182-191
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554). สืบตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. จดหมายข่าวเพื่อนสร้างสุข; 6(60) : 6-7.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).(2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคม และประชากร 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2558). รายงานประจำปี 2558. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2552). คู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อสม. เพื่อผู้สูงวัยสายใยรักครอบครัว ชุมชน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). สุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี.
- สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2551). ความรู้เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). การทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2553). มโนทัศน์ทางนโยบายระดับชาติด้านผู้สูงอายุและวัยผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2553, จาก http://www.thaitgri.org/images/storiesDocument/OldResearch/research_budget_8.pdf
- สุทธิพงษ์ บุญผดุง (2554) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. สืบค้นเมื่อ 6 เมษายน 2559 จาก <http://www.ssruii.ssu.ac.th/bitstream/ssruir/482/1/057-54.pdf>.
- อรรณพ แผนคง. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- อรรณพ คูหาและนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2552). โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. บริษัท ซีจี ทูล จำกัด.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3): 607-610.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).(2005). Long-term care for older people. Paris: OECD Publishing.

- United Nations. (2008). Regional dimensions of the ageing situation united nations.
New York: Printed at United Nations Headquarters.
- United Nations. (2008). Guild to the nation implementation of the Madrid International plan of
action on ageing. New York: United Nations Headquarters.
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and
Generic of the Assessment : Field trial version Geneva.
- World Health Organization. (2000). Home-based long term care. Report of WHO study
group. Geneva.
- World Health Organization. (2002). Active ageing a policy framework no communicable disease
prevention and health promotion ageing and life course. Switzerland: Geneva.
- World Health Organization. (2006). Integrating poverty and gender into health programmes: A
sourcebook for health professionals: module on ageing.
N.P.: Regional Office for the Western Pacific.
- World Health Organization. (2008). Age-friendly PHC centres toolkit. Switzerland: Geneva.
- World Health Organization. (2010). Health Promotion. Retrieved January 15, 2010, from
<http://www.who.int/healthpromotion/en/>
- Yurick, A.G. (1980). The aged person and nursing process. New York: Appleton Century-Crofts.

ภาคผนวก



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสัมภาษณ์โครงการวิจัย

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 9 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ส่วนที่ 4 ปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านสุขภาพ ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุ ส่วนที่ 8 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่วนที่ 9 แนวคำถามการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท
2. แบบสัมภาษณ์นี้ มีทั้งหมด 11 หน้า ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ประมาณ 30 นาที
3. การบันทึกตามแบบสัมภาษณ์ ดำเนินการโดยทำเครื่องหมาย ☒ และเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนด
4. ข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการรับบริการจากภาครัฐในทุกรณี ขอให้ท่านตอบข้อมูลตามความเป็นจริง
5. กรุณาตอบข้อมูลให้ครบทุกข้อคำถาม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์โครงการวิจัย
รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ และเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ
() โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก
4. นับถือศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () ปริญญาโท ปริญญาเอก
6. อาชีพหลักในปัจจุบัน
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () รับจ้าง () ค้าขาย
() ข้าราชการบำนาญ () เกษตรกรรม () อื่นๆ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ.....บาท (รวมเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากภาครัฐ)
8. ท่านคิดว่าสถานภาพทางการเงินของท่านเป็นอย่างไร
() มีหนี้สิน () พอกินพอใช้ () มีเหลือเก็บ
9. แหล่งที่มาของรายได้ (แหล่งรายได้หลัก)
() จากรายได้ของตนเอง () จากบุคคลในครอบครัว
() จากแหล่งอื่น (ระบุ) 1.....2.....3.....

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัว

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ และเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนด

1. ลักษณะการอยู่อาศัย
() อยู่คนเดียว () อยู่กับคู่สมรส 2 คน () อยู่กับบุตรหลาน
2. ลักษณะครอบครัว
() ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย

3. ปัญหาในครอบครัว

() ไม่มี

() มีปัญหาครอบครัว ระบุ.....

4. สัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	คนในครอบครัวยกย่องและเห็นความสำคัญของท่าน			
2	คนในครอบครัวห่วงใยท่านเสมอ			
3	เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจท่านได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว			
4	ท่านเข้ากับบุตรหลานและคนในครอบครัวอย่างดี			
5	บุตรหลานเชื่อฟังและให้ความสำคัญต่อคำแนะนำของท่าน			
6	ท่านเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว			
7	เมื่อเกิดปัญหาท่านแก้ไขปัญหาให้แก่สมาชิกครอบครัว			
8	ครอบครัวของท่านอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข			

5. การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	ท่านมีโอกาสให้คำแนะนำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว			
2	ท่านมีโอกาสตัดสินใจปัญหาต่างๆ แก่สมาชิกในครอบครัว			
3	ท่านมีโอกาสพูดคุยพบปะกับสมาชิกในครอบครัว			
4	ท่านมีโอกาสไปร่วมกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัว			
5	ท่านมักจะดูแลบุตรหลานหรือทำงานช่วยเหลือครอบครัว			

6. การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องอาหารสำหรับท่าน			
2	คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องเสื้อผ้า การแต่งกายของท่าน			
3	คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพของท่าน			
4	คนในครอบครัวดูแลเมื่อท่านเจ็บป่วย			
5	คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัวของท่าน			
6	คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในการทำงานอดิเรก			
7	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้ทำงานใช้ความรู้ ความสามารถตามความพอใจ			
8	คนในครอบครัวให้ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา			
9	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้พบญาติและเพื่อนฝูง			
10	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่บุตร หลานจัดขึ้นในบ้าน			

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุ แต่ละข้อและโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ด้านสุขภาพจาก อสม.อย่างสม่ำเสมอ			
2	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพ โดย อสม.อย่างสม่ำเสมอ			
3	ท่านมีความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพเวลาเจ็บป่วย			
4	ท่านมีความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการสุขภาพ			
5	ท่านได้รับการรับบริการตรวจสุขภาพ จากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสม่ำเสมอ			

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
6	ท่านได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสม่ำเสมอ			
7	ท่านได้รับการติดตามดูแลที่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างต่อเนื่อง			
8	ท่านได้ใช้บริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ			
9	ท่านได้รับการบริการด้านสุขภาพที่ดีจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ			
10	ท่านได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ดีจากบัตรสวัสดิการผู้สูงอายุ			
11	ท่านได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพจากบัตรสวัสดิการผู้สูงอายุ			
12	ท่านได้รับประโยชน์มากจากกิจกรรมด้านสุขภาพ ที่จัดโดย อบต.			
13	ท่านได้รับการบริการด้านสุขภาพที่ดี สำหรับผู้สูงอายุที่จัดโดย อบต.			
14	ท่านได้รับการบริการด้านสุขภาพที่บ้าน โดย อบต.อย่างสม่ำเสมอ			
15	ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดย อบต.อย่างต่อเนื่อง			

ส่วนที่ 4 ปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุ แต่ละข้อและ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย			
2	ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารที่สะอาด ถูกหลักอนามัย			
3	ท่านมีเครื่องใช้จำเป็นร่างกาย เช่น นม โอวัลติน ไมโลเป็นประจำ			
4	ท่านมีน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอตลอดปี			

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
5	ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์			
6	ที่อยู่อาศัยของท่าน ก่อสร้างอย่างแข็งแรง คงทน			
7	ที่อยู่อาศัยของท่าน มีเครื่องอำนวยความสะดวกเพียงพอ			
8	สภาพแวดล้อมบ้านท่าน ไม่มีกลิ่นเหม็น หรือมีควัน ฝุ่น ละอองรบกวน			
9	ที่อยู่อาศัยของท่าน ไม่มีเสียงดังรบกวน			
10	ที่อยู่อาศัยของท่านกว้างขวาง โล่งสบาย			

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุ แต่ละข้อและโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ลักษณะบ้านมั่นคง ถาวร			
2. พื้นที่รอบบ้าน ไม่แออัด และไม่ห่างจากชุมชนเกินไป			
3. มีถนนหรือทางเข้าบ้านที่สะดวก			
4. บ้านตั้งอยู่ในเขตที่ปลอดภัยจากอาชญากรรมปราศจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ			
5. มีไฟฟ้า และน้ำประปา			
6. มีโทรศัพท์			
7. มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี			
8. มีการกักน้ำเสียอย่างถูกวิธี			
9. มีรั้วรอบขอบชิด			
10. ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินบริเวณบ้าน			
11. รอบบ้านไม่รก			
12. พื้นที่รอบบ้าน ไม่ลื่น			
13. ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้าน			

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
14. ประตูห้องต่าง ๆ กว้างเพียงพอ และสามารถให้รถนั่งเข้าออกได้สะดวก			
15. พื้นบ้านเรียบไม่เค้นสะดุด			
16. มีราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำ และทางเดินที่ใช้ประจำ			
17. มีราวบันไดที่แข็งแรง			
18. มีข้อมูลแหล่งขอความช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน			
19. มีไฟสว่างทุกห้อง บันได และทางเดิน			
20. มีม่านกันหน้าต่าง บริเวณที่มีแสงจ้าหรือมีแสงรบกวนเวลากลางคืน			

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านสุขภาพ

- โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
() ไม่มีโรคประจำตัว () มีโรคประจำตัว (ระบุ) 1.....
- ท่านรับประทานยารักษาโรคประจำตัวสม่ำเสมอหรือไม่
() ไม่รับประทาน () รับประทาน สม่ำเสมอ
- ส่วนใหญ่ท่านไปรับการรักษาโรคประจำตัวที่ไหน ระบุ.....
- เมื่อท่านเจ็บป่วยบุคคลที่ดูแลท่านมากที่สุด (ตอบเพียงข้อเดียว)
() สามี/ภรรยา () พี่น้อง () บุตร
() หลาน () เพื่อนบ้าน () อื่นๆ ระบุ.....
- เมื่อท่านเจ็บป่วยใครเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ท่านมากที่สุด (ตอบเพียงข้อเดียว)
() ตนเอง () คู่สมรส () บุตร
() หลาน () เพื่อนบ้าน () อื่นๆ ระบุ.....
- ท่านสามารถมองเห็นได้ตามปกติหรือไม่
() ปกติ () ไม่ปกติ
- ท่านสามารถเดินได้ตามปกติหรือไม่
() ปกติ () ไม่ปกติ
- ท่านมีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือไม่
() ไม่มี () มี

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุ

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุ แต่ละข้อและโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งจำเป็น		
2. การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพเป็นการนำความรู้มาปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง		
3. การดื่มสุราทำให้เกิดโรคตับแข็ง สติปัญญาเสื่อม		
4. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง		
5. การดื่มชา กาแฟ เป็นสาเหตุให้นอนไม่หลับ		
6. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้ร่างกายแข็งแรง		
7. การรับประทานอาหารประเภทปลา เช่น ปลาทู ปลาน้อยเป็นประจำจะทำให้กระดูกแข็งแรง		
8. จำนวนมื้ออาหารในผู้สูงอายุควรแบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวัน		
9. การรับประทานผัก และผลไม้ จะช่วยแก้ไขภาวะท้องผูก		
10. การเข้าร่วมงานสังคม เช่น งานบวช งานศพจะทำให้สดชื่น ไม่เหงา		
11. การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว		
12. การให้อภัย จะทำให้รู้สึกสบายใจ		
13. การอ่านหนังสือธรรมะ การสวดมนต์จะทำให้จิตใจสงบ		
14. เมื่อมีความเครียดการหาเพื่อนพูดคุยสามารถผ่อนคลายความเครียดได้		
15. การทาครีมบำรุงผิวหน้าสามารถป้องกันผิวแห้งแตกได้		
16. การใส่แว่นตาเพื่อให้การมองเห็นชัดเจนสามารถป้องกันอุบัติเหตุได้		
17. การฉีดวัคซีนสามารถป้องกันโรคได้ เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่		
18. การมีราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำ สามารถป้องกันการหกล้มได้		
19. เครื่องช่วยฟังสามารถแก้ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุได้		
20. การใส่ฟันปลอมช่วยให้บดเคี้ยวอาหารได้มากขึ้น		

ส่วนที่ 8 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2: ประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงความคิดเห็นเดียว

ข้อคำถามคุณภาพชีวิต	ความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
OLD-01 การที่ท่านรู้สึกสูญเสียการรับรู้ (เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส) มีผลกระทบต่อภารกิจประจำวัน					
OLD-02 มีการสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น หรือการสัมผัส มีกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม					
OLD-03 มีอิสระในการตัดสินใจ					
OLD-04 มีความสามารถในการกำหนดอนาคตของตนเอง					
OLD-05 ความรู้สึกว่าคนรอบข้างเคารพในเสรีภาพ					
OLD-06 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสาเหตุที่จะทำตาย					
OLD-07 กลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมการตายได้					
OLD-08 การกลัวความตาย					
OLD-09 การกลัวว่าจะได้รับความเจ็บปวดก่อนตาย					
OLD-10 ปัญหาที่เกี่ยวกับระบบการรับรู้ (เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส) มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น					
OLD-11 สามารถทำในสิ่งที่อยากทำ					
OLD-12 พอใจในโอกาสที่ประสบความสำเร็จในชีวิต					
OLD-13 มีความรู้สึกกับการได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ					
OLD-14 มีความรู้สึกว่าได้ทำงานในแต่ละวันอย่างเพียงพอแล้ว					
OLD-15 พอใจกับการประสบความสำเร็จในชีวิต					
OLD-16 พอใจกับการจัดสรรเวลา					
OLD-17 พอใจกับระดับในการทำกิจกรรม					
OLD-18 พอใจกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน					
OLD-19 มีความสุขกับสิ่งที่สามารถคาดหวังว่าจะได้รับ					

ส่วนที่ 2: ประเมินคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ข้อคำถามคุณภาพชีวิต	ความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
OLD-20 การรับรู้ความรู้สึก (เช่น การได้ยินการมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส)					
OLD-21 การมีความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีความสำคัญในชีวิต					
OLD-22 ในชีวิตมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรัก					
OLD-23 ในชีวิตได้ให้ความรักแก่คนอื่น					
OLD-24 ในชีวิตได้รับความรักจากคนอื่น					

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
ในการศึกษาภาวะสุขภาพ และสภาพปัญหาสุขภาพ
ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท

1. ท่านคิดว่าสุขภาพท่านเป็นอย่างไร
2. ท่านคิดว่าท่านได้รับผลกระทบจากการสูงอายุอะไรบ้าง อย่างไร
3. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบทมีประโยชน์อย่างไร
4. ท่านได้ปฏิบัติตนและได้รับการดูแลสุขภาพอะไรบ้าง อย่างไร
 - 4.1 ด้านการแสวงหาความรู้ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเอง ข้อจำกัดของการสูงอายุ สุขวิทยาส่วนบุคคล
 - 4.2 ด้านการแพทย์ ประกอบด้วย การไปตรวจสุขภาพ การไปพบแพทย์ตามนัด
 - 4.3 การป้องกันการเกิดโรค และภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย เช่น การฉีกรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เลิกสูบบุหรี่ การควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต
 - 4.4 การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานยา
 - 4.5 การป้องกันโรคกระดูกพรุน
 - 4.6 การป้องกันการหกล้ม
 - 4.7 การส่งเสริมการมองเห็น การได้ยิน
 - 4.8 ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - 4.9 ป้องกันโรคอัลไซเมอร์ และโรคทางจิต
 - 4.10 การออกกำลังกาย
 - 4.11 การพักผ่อน การนอนหลับ
 - 4.12 การส่งเสริมสุขภาพจิต
 - 4.13 การทำธุรกรรมในผู้สูงอายุ เช่น การได้รับอันตรายทางกาย เช่น จากลูกหลานมาข่มขู่ เอาเงิน การดบตี ทำร้ายร่างกาย การไม่ให้สิทธิ การกักขังหน่วงเหนี่ยว การถูกเหยียดหยาม การไม่ได้รับความเป็นธรรมในชุมชน เป็นต้น
 - 4.14 การส่งเสริมสุขภาพด้านสังคม
5. ท่านคิดว่าอุปสรรคของการดูแลผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง
6. ท่านได้รับการสนับสนุน การชี้แนะด้านการปฏิบัติตน การได้รับการดูแลจากใครบ้าง อย่างไร

**แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม
ในการศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท**

ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และ
กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ

1. ท่านให้ความหมายของคำว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท
อย่างไร
2. ท่านคิดว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท ควรมีลักษณะ องค์ประกอบ
ขั้นตอนเป็นอย่างไร
3. ท่านคิดว่าบทบาทของท่านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท ควรเป็นอย่างไร
4. ท่านคิดว่าผู้ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนชนบท ควรเป็นใครบ้าง
และมีบทบาทอย่างไร



ประวัตินักวิจัย
อาจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน

ชื่อ – สกุล นายเสน่ห์ แสงเงิน (Mr.Sane Saengngoen)

อายุ 48 ปี (เกิด 1 ธันวาคม 2513)

วุฒิการศึกษา

- **ปริญญาเอก :** สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2556
- **ปริญญาโท :** ศีษสาสตรมหาบัณฑิต(สิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2541
- **ปริญญาตรี :** สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2537

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

- อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- (อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)

สถานที่ปฏิบัติงาน

- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ที่อยู่ - 51/54 หมู่ที่ 4 ตำบลบ้านหลุม อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย 64000

โทรศัพท์ 089-7053633

E – mail: sane.s@ru.ac.th

ผลงานทางวิชาการ (ย้อนหลัง 5 ปี)

- **เสน่ห์ แสงเงิน และถาวรมาคั่น. (2561).** การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2561) หน้า 174-184.
- **เสน่ห์ แสงเงิน ถาวรมาคั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2560).** คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย. ตีพิมพ์เผยแพร่ในการประชุมระดับชาตินเรศวรวิจัย ครั้งที่ 1 วิจัยและนวัตกรรม ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม. วันที่ 20-21 กรกฎาคม 2560 มหาวิทยาลัยนเรศวร หน้า 649-655 (proceeding)

- สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน. (2560). ผลของโปรแกรมลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 26 ฉบับที่ 6 (พฤศจิกายน – ธันวาคม 2560). หน้า 1052-1061
- ถาวร มาดั้น และเสน่ห์ แสงเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2560) หน้า 67-78
- สุรเดช สำราญจิตต์ เสน่ห์ แสงเงิน ถาวร มาดั้น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2560). การประเมินหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ตีพิมพ์เผยแพร่ในการประชุมระดับชาติ “National Conference on Building the Learning Organization for Human Resource Development Among ASEAN Countries” วันที่ 3 เมษายน 2560 คณะทรัพยากรมนุษย มหาวิทยาลัยรามคำแหง หน้า 222- 227 (proceeding)
- บุญรักษ์ พันธมิตร และเสน่ห์ แสงเงิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชื้อชาญ อำเภอยะหริ่ง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2559). หน้า 30-38
- สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2559). หน้า 182-191
- อนิรุช จันทพาส และเสน่ห์ แสงเงิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกมะลิ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2559) หน้า 14-20
- สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน. (2557). ประสิทธิภาพของกระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 11 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557). หน้า 15-22
- สมคิด ดันติไวทยพันธุ์ และเสน่ห์ แสงเงิน. (2555). ผลกระทบทางสุขภาพจากการได้รับวันนุหรีมือสองของสตรีที่สามีสูบบุหรี่ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2555). หน้า 267-275

- Narongsak Noosorn and **Sane Saengngern**. (2014). Health Risk Appraisal in Older People Living Alone in the Lower Northern Region of Thailand. European Journal of Social Sciences.Vol.41 No.4. PP. 650-656
- Narongsak Noosorn and **Sanae Saengngern**. (2013). Health promoting behaviors among older people living alone with chronic disease in lower northern region of Thailand. European scientific journal, February 2013 edition vol.9, No.6 ISSN: PP. 214 - 266

ตำรา

เสน่ห์ แสงเงิน (2560) เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขประยุกต์สำหรับผู้บริหาร สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2560 ISBN 978-616-414-376-0