

รูปแบบการเสริมพลังอำนาจชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาภายในเขตสุขภาพที่ 5

ธีรนนท์ วรรณศิริ*, ปาณิทรธรรมา ธนาพัทธ์ธวัชกุล**, พวงเพชร กลิ่นเกล้า***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และรูปแบบการเสริมพลังอำนาจในชุมชนและครอบครัว ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น บุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 26 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับสมาชิกในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุจะดูแลครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ 2) แหล่งให้ความรู้ของผู้ดูแลได้แก่ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะส่งผลในการดูแล 4) ฐานะทางเศรษฐกิจที่พึ่งตนเองได้หรือได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินในครอบครัวมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ 5) การช่วยเหลือกันดูแลผู้สูงอายุทำให้ลดความเครียดของผู้ดูแลหลัก 6) ภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลคนเดียวส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม 7) ชุมชนให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการเสริมพลังอำนาจในชุมชนและครอบครัว ดังนี้ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดผู้ดูแลในชุมชนช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพทั่วไป 2) ผู้นำชุมชนช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ สนับสนุนอุปกรณ์และสิ่งของที่จำเป็น 3) ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยได้รับความรู้ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ในครอบครัวส่งเสริมให้บุตรหลาน หรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ 5) การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุและบุตรหลาน เพื่อให้บุตรหลานได้มีความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ

ผลงานวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า การเสริมพลังอำนาจในชุมชนและครอบครัวโดยผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้และทักษะการดูแลอย่างองค์รวม สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จัดสรรผู้ดูแลในชุมชนร่วมดูแลด้วย ผู้นำชุมชนสนับสนุนสิ่งของ หรืออุปกรณ์ ผลการศึกษานี้พยาบาลเวชปฏิบัติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำไปพัฒนาในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง, การเสริมพลังอำนาจ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าผา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Corresponding author, email: sammecat2322@gmail.com, Tel. 061-593-7362

Received : January 2, 2025; Revised : February 27, 2025; Accepted : February 19, 2025

The Empowerment Model for Community and Family to Dependent Elderly Taking Care: A Case Study at Health Region 5

Theranun Wannasiri*, Palinrada Thanapatthiwakul**, Phaungphet Klinklao***

Abstract

This qualitative research aim to study the situation of caring for the dependent elderly and model empowerment in community and family. Key informants were conduct twenty-six leaders in community, health care provider at a Tambon Health Promoting Hospital and family caregiver who lived Banpong District, Ratchaburi Province with purposive sampling.

The research tool included 1) personal data and 2) in-depth interview and focus group family caregiver and community stakeholders. Elderly caring includes themes in the followings. 1) Caregivers who are knowledgeable about the elderly will provide comprehensive care both physical and mental health. 2) Hospitals and Tambon Health Promoting Hospitals are the knowledge bases for caregivers. 3) Having good relationships in the family will result in members taking care each other. 4) Self-reliance in the economic status or receiving financial assistance affects the care of the elderly. 5) Helping each other care for the elderly reduces stress for primary caregiver. The burden of caring for the elderly with a single caregiver has impact on society, the economy, and health. 7) The caregiver receives assistance in caring for the elderly from government officials and the community.

The empowerment model of caring for dependent elderly was as follows: 1) Tambon Health Promoting Hospital provides community caregivers to care for dependent elderly people by assisting them in their daily activities and taking care of their general health; 2) community leaders provide economic support, support equipment and necessary supplies; 3) family caregivers have knowledge in caring for the elderly in both physical and mental aspects, having received knowledge in both hospitals and health promoting hospitals; 4) in the family, encourage children or family members to participate in caring for the elderly; and 5) creating family relationships between the elderly and children so that children will be grateful to the elderly.

Keywords : Dependent elderly, Empowerment, Elderly caregiver

* Assistant Professor, College of Nursing Christian University of Thailand

** Instructor College of Nursing Christian University of Thailand

*** Registered Nurse, Professional Level, Thapa Tambon Health Promoting Hospital, Banpong District, Ratchaburi Province

Corresponding author, email: sammycat2322@gmail.com, Tel. 061-593-7362

Received : January 2, 2025; **Revised :** February 27, 2025; **Accepted :** February 19, 2025

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 อันเป็นผลจากการลดลงของอัตราการเกิด การลดลงของประชากรวัยหนุ่มสาวร่วมกับพัฒนาการด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ จากการศึกษาขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงอายุโดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปี หรือมากกว่าอย่างน้อย ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อม ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ในประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน วัดโดยการตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาช่วงอดอาหาร (Fasting plasma glucose test) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 9.5 ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 10.3 และ 8.6 ตามลำดับ) ส่วนโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2562- 2563 เท่ากับร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และ หญิง ร้อยละ 24.2) สูงกว่า พ.ศ. 2557 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 24.7 พบในเพศชาย สูงกว่าหญิง ระดับเฉลี่ยของคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) เท่ากับ 210.1 มก./ดล. ค่าเฉลี่ยในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (213.2 และ 206.8 มก./ดล.) ระดับไขมันโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุด ในช่วงอายุ 30 - 44 ปี ในผู้ชาย และในช่วงอายุ 45 - 59 ปี ในผู้หญิง ผู้ป่วยที่มีไขมันสูง (TC) $\geq$ 240 มก./ดล.) จะยังไม่ได้รับการรักษาไว้มากที่สุด ส่วนโรคหลอดเลือดหัวใจ พบร้อยละ 1.5 ของประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และร้อยละ 1.8 ของคนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ความชุกนี้เพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 70 - 79 ปีซึ่งมีร้อยละ 5.0 (วิชัย เอกพลากร, 2564)

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและไม่สามารถควบคุมโรคได้จะมีผลให้เกิดภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long term care) เป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การพยาบาลและบริการแก้สังคม ครอบครัวมีหน้าที่หลักในด้านการเป็นผู้ดูแลด้านสุขภาพ ด้านการเงินและด้านที่อยู่อาศัย อีกทั้งรัฐและสังคมให้ความเชื่อมั่นอยู่เสมอว่าครอบครัวจะทำหน้าที่ดังกล่าวได้ดีเยี่ยมทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ที่ผ่านมามีสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2564 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ พยายามที่จะให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยมีเป้าประสงค์ให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูและดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (Respite care) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Long Term Care center) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สปสช.], 2559) ใน

ชุมชนดูแลผู้สูงอายุในระยะพึ่งพิงนำโดยมีหลักสูตรอบรมผู้จัดการ (Care manager) ผู้ดูแล (Care giver) ทำให้เพิ่มศักยภาพผู้ปฏิบัติ ที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุ พร้อมทั้งการบริการการคัดกรอง การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแล เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลสมาชิกในครอบครัว เป็นหลักประกันที่สำคัญในวัยสูงอายุ โดยดูแลด้านสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านที่อยู่อาศัยอีกทั้งรัฐและสังคมให้ความเชื่อมั่นว่าครอบครัวจะทำหน้าที่ได้อย่างดีเยี่ยมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในปี พ.ศ. 2578 จะพบอัตราส่วนผู้สูงอายุพึ่งพิงกลับมาเพิ่มสูงขึ้นหลังจากที่ได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง ปี พ.ศ. 2553 เป็นผลสืบเนื่องมาจากจำนวนประชากรสูงอายุได้เพิ่มมากขึ้น มีจำนวนโรคที่เกิดในวัยสูงอายุมีมากกว่า 1 โรค สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดการดูแลที่ไม่เหมาะสมและไม่ครอบคลุมกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพึ่งพิงมากกว่าเดิม อาจมีมากจนถึงภาวะที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จนในที่สุดผู้ดูแลและผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่อ่อนแอทั้งสองฝ่าย (ประวาลี โอภาสสนันท์, 2559) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่ติดบ้านหรือติดเตียง โดยการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง หรือทั้งหมด ต้องมีผู้ดูแลตั้งแต่การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การเตรียมอาหาร การให้อาหาร การให้ยา การป้องกันการหกล้ม บางครอบครัวประสบปัญหาการขาดงาน รายได้ไม่เพียงพอ ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเครียดของผู้ดูแล ครอบครัวต้องการการสนับสนุนประเภทต่างๆ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ปิ่นนเรศ กาดอุดม และคณะ, 2561; Wicha et al., 2018)

การเสริมพลังอำนาจชุมชนหมายถึงกระบวนการที่ผู้คนสามารถควบคุมปัจจัยและการตัดสินใจที่กำหนดชีวิตของตนเองได้ เป็นกระบวนการที่พวกเขาได้ทรัพยากรและมีคุณลักษณะของตนเอง และสร้างศักยภาพเพื่อเข้าถึงเครือข่าย หรือมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถควบคุมตนเอง (World Health Organization [WHO], 2025) การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับความรู้ และทักษะการดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น กิจวัตรประจำวัน การให้อาหาร การฟื้นฟูสภาพ การช่วยเหลือเมื่อเกิดอันตราย การเข้าถึงการรักษาพยาบาลหรือทรัพยากรในชุมชน ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีศักยภาพในการดูแล จากนโยบายของรัฐบาลที่มีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง อยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุขและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นและมีจำนวนหนึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องมีผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเสริมพลังอำนาจของชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลหนึ่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 2,500 คน มีผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 51 คน และติดเตียง จำนวน 20 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและรูปแบบการเสริมพลังอำนาจการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว
2. ศึกษาแบบการเสริมพลังอำนาจการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของ Havens and Mills (1992) ใช้วิธีการดังนี้ 1) การให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) การให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก 3) การยอมรับในความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเอง ให้ความสำคัญและยอมรับในศักยภาพของตนเอง เพื่อให้เกิดความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) การวิจัยนี้ศึกษาการเสริมพลังอำนาจในชุมชน คือการที่ผู้คนมาร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานอยู่สองประการ ประการแรก ทุกคนมีศักยภาพในการเสริมพลังอำนาจ ประการที่สองชุมชนได้รับการเสริมพลังอำนาจพัฒนาขึ้นจากบุคคลที่ได้รับการเสริมอำนาจที่ทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันสำหรับชุมชนนั้น (Haddad & Toney-Butler, 2023) การวิจัยนี้ศึกษาการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาเรื่องการเสริมพลังอำนาจของชุมชนและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และรูปแบบการเสริมพลังอำนาจของชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในตำบลหนึ่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำท้องถิ่น ตำบลหนึ่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 15 คน และจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 71 คน รวม 86 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 6 คน และผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในตำบลที่ศึกษา จำนวน 20 คน รวมทั้งหมด 26 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองจากบุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ได้คะแนน น้อยกว่า 11 คะแนน

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้สูงอายุป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

2. ผู้ดูแลในครอบครัวปฏิเสธการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ของครัวเรือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ อายุของผู้สูงอายุ โรคของผู้สูงอายุ ระยะเวลาการดูแล

2. แบบประเมินผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้แก่ Bathel Activity of Daily Living: ADL มีจำนวน 10 ข้อ ผู้สูงอายุได้รับการประเมินโดยได้คะแนน 5-11 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง

≤4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมีคะแนนน้อยกว่า 11 คะแนน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

3. แบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มกับผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ทีมสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง แนวทางการสัมภาษณ์จะเกี่ยวข้องกับการเสริมพลังอำนาจ เช่น การได้รับอบรมเสริมความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ หรือช่วยดูแลผู้สูงอายุในระยะพึ่งพิง ผู้บริหาร และผู้นำชุมชนอำนวยความสะดวกในชุมชน เช่น การจัดหาอุปกรณ์ สิ่งของ หรือจัดรถบริการให้กับผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนี้

ชุดที่ 1 สนทนากลุ่มกับทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน ประมาณ 8-10 คน โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ ได้แก่ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง การจัดหาและการจัดการทรัพยากร และการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และแนวทางการดูแล

ชุดที่ 2 สัมภาษณ์ผู้นำชุมชน จำนวน 6-5 คน ได้แก่ บทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน นโยบายและการใช้ทรัพยากรในการดูแล การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนหรือดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และปัญหาอุปสรรคที่พบ และข้อเสนอแนะในการดูแล

ชุดที่ 3 สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 คน ได้แก่ เนื้อหาการดูแลผู้สูงอายุ ความมั่นใจ และสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแล การเข้าถึงองค์กรทางสุขภาพเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแล และปัญหาอุปสรรคในการดูแลและวิธีการแก้ไขปัญหา

4. อุปกรณ์และแบบบันทึกข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องอัดเทป กล้องถ่ายรูป และแบบสังเกตสิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณรอบบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยสร้างแนวทางแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสัมภาษณ์ ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 3 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 3 คน และผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 3 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความชัดเจนของข้อความ โดยแบบสัมภาษณ์จะแตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม ตามบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ. 22/2563 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัย เหตุผลการเชิญเป็นอาสาสมัคร การขอถอนตัว การไม่เปิดเผยข้อมูล การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษาเท่านั้น การนำเสนอในภาพรวม เอกสารที่บันทึกจะถูกทำลายหลังจากการได้รับการตีพิมพ์บทความวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์ในชุมชน ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมในชุมชน วัฒนธรรมในชุมชน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ ลักษณะของชุมชนเป็นเมืองหรือชนบท การประกอบอาชีพ นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะพึ่งพิงในชุมชน
2. ศึกษาเวชระเบียนของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กลุ่มตัวอย่าง จังหวัดราชบุรี

ระยะที่ 2 ศึกษารูปแบบการเสริมพลังอำนาจ วิธีการร่างรูปแบบเสริมพลังอำนาจ ได้แก่

1. นัดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในชุมชน ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ทีมสุขภาพ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อบอกวัตถุประสงค์ในการศึกษา
2. การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ทีมสุขภาพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ในการเสริมพลังอำนาจของชุมชน จำนวน 10 คน และผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 20 คน
3. ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในครอบครัวและชุมชน
4. ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมพลังอำนาจการมีส่วนร่วมในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้มาวิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. การวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดระเบียบข้อมูล 2) การทำความเข้าใจกับข้อมูลอย่างลึกซึ้ง ถ้อยคำไม่เข้าใจต้องอ่านทบทวนหลายรอบ หรืออาจถามผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม 3) จัดหมวดหมู่ข้อมูล 4) ใส่รหัสข้อมูล 5) ตีความข้อมูล โดยนำข้อมูลที่สัมพันธ์กันมาเชื่อมโยงกัน 6) ตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูล 7) เขียนรายงาน (Marshall & Rossman, 2006)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 85) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 35) สถานภาพทางสังคม ไม่ได้เป็นกรรมการหรือสมาชิกของกลุ่มใดในชุมชน (ร้อยละ 40) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 95) ผู้สูงอายุเป็น บิดา/มารดา (ร้อยละ 85) อาศัยบ้านของตนเอง (ร้อยละ 45) ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 95)

ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 80-89 ปี (ร้อยละ 65) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65) ผู้สูงอายุทั้งหมดมีโรคประจำตัว และระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 80) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของตำบลหนึ่งในจังหวัดราชบุรี ดังนี้

สภาพทั่วไป ชุมชนมีลักษณะกึ่งเมืองระยะทางห่างจากกรุงเทพ ประมาณ 70 กิโลเมตร ประชาชนส่วนใหญ่ทำงานในโรงงาน มีทำเกษตรกรรมเล็กน้อย ในตำบลมี 15 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลในชุมชนที่เป็นเขตรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่รับผิดชอบหมู่ 9- 15 รวมทั้งหมด 7 หมู่บ้าน ขึ้นกับเทศบาลตำบล ในชุมชนมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 2,500 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 71 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน 51 คน และผู้ป่วยติดเตียง 20 คน

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิงของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง รายละ 6,000 บาทต่อรายต่อปี โดยแบ่งเป็นเงินเดือนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) และที่เหลือมาจัดสรรในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้แก่ ของใช้ เช่น แพนเพิส หรืออุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ไมค์ย่น เป็นต้น การดำเนินงานในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมดูแลผู้สูงอายุ (CG) จำนวน 5 คน โดยดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ 5- 10 คน จะได้รับเงินเดือน 1,500 บาท ต่อเดือน แต่ถ้าดูแลน้อยกว่า 5 คน จะได้รับเงินเดือน 600 บาท ต่อเดือน การดูแลจะให้หมั่นเวียนดูแลให้ครบทุกบ้านใน 1 เดือน และให้ไปด้วยกันอย่างน้อย 2 คน ซึ่ง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะไปดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะวัดความดันโลหิต ถามอาการในผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงจะต้องช่วยเหลือผู้ดูแลในการทำความสะดวกร่างกาย การให้อาหารบ้าง เป็นต้น นอกจากนี้ถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาเกิดขึ้นจะบอกแก่พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในรพ.สต.

เทศบาลจะรับผิดชอบในด้านความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต โดยการให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่ 600 บาท อายุ 60-69 ปี และเพิ่มขึ้นอีก 100 บาท ทุก 10 ปี เบี้ยยังชีพผู้พิการได้เดือนละ 1,000 บาท นอกจากนั้นเทศบาลยังมีนักบริบาลผู้สูงอายุ โดยการรับสมัครผู้ที่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่กรมอนามัยเป็นผู้จัดอบรม เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รับผิดชอบ 8 คนต่อเดือน ดูแลพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่เวลา 08.00-17.00 น. โดยดูแลบ้านละ 2 ชั่วโมง และหมั่นเวียนดูแลทุกวัน ใน 8 ครอบครัว

ส่วนที่ 3 รูปแบบการเสริมพลังอำนาจการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและครอบครัว

ในการสัมภาษณ์ผู้นำท้องถิ่น ผู้ให้บริการทางสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษามีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่เป็น อสม. จะมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ

ท้องถิ่นจะรับสมัครผู้ที่รับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น ได้แก่ อสม. หรือเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อดูแลผู้สูงอายุในระยะพึ่งพิงในตำบล สมาชิกในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เป็นผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจะขอไปอบรมเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตนเอง ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“เมื่อหน่วยงานขอรับสมัครผู้ที่จะไปอบรม CG มาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้สมัครเพราะได้มาดูแลพ่อแม่ การดูแลจะต่างกันเยอะเลยคือแต่ก่อนเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุเลยว่าเราจะต้องค่อยค่อยพูดค่อยค่อยอะไรหรือว่าเอาใจใส่อะไรให้เค้าแบบว่าบางทีเราเหนื่อยมาเราเอาความแรงของเรากระทบกับ

เค้า เค้าก็น้อยใจ การฝึกพ่อในการใช้ขาและการฝึกความจำให้แม่ เค้าเดินไม่ได้แล้วก็บอกให้เค้าใช้เท้าพารรถไปให้ใช้เท้าเอา แต่ส่วนแม่เค้านี้พูดมาก็ลืมพูดไปก็ลืม หนูก็ต้องดึงให้มาอยู่กับปัจจุบันเข้ามาหา เค้านี้ถึงแต่อดีต เค้าจะไปหาพ่อแม่เค้าอย่างเดียวเลย ก็บอกตอนนี้เราอยู่บ้านเราแต่เค้าก็จะกลับบ้านเค้าอย่างนี้ค่ะ เราอยู่บ้านเรา แม่มีลูกก็คนแม่มีใครมั่งซื้ออะไรมั่งให้เค้าย้อนหาปัจจุบันไม่ให้ย้อนหาอดีตอย่างนี้ค่ะก็ได้โยคะค่ะ” (4)

ส่วนครอบครัวที่มีผู้ดูแลเป็น อสม. จะนำความรู้ที่ได้รับจากการประชุมจาก รพ.สต. มาใช้ในการดูแลพ่อหรือแม่ ดังตัวอย่างคำกล่าวดังนี้

“จะอยู่กับแม่ตลอด ถ้าไม่เข้าใจในการดูแลและถามหมออนามัย และฉันเป็นอสม. ทำให้เข้าใจในการดูแลมากขึ้น” (6)

ผู้ดูแลบางคนที่ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแล หรือไม่ได้เป็นบุคลากรทางสุขภาพ จะต้องการรู้เรื่องความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับพ่อหรือแม่

“อย่างวันนี้ที่เขาเป็น คือเราไม่รู้ว่าเขาเป็นอะไรจะพาไปโรงพยาบาลตอนนี้ก็น่ากลัว อย่างเขาเจ็บขึ้นมาเนี่ยเราไม่รู้เลยว่าเขาเป็นอะไรเพราะเขาบอกเราไม่ได้ บางทีภายในนี้ไม่รู้ ภายนอกเนี่ยเราดูแลได้หมด เรายังคอยสังเกตเอา อย่างบางทีที่เขาซุนถึงซุนซุนเลยไม่ใช่ใส่มือใส่มืออย่างเนี่ยเราก็ไม่รู้ว่าเป็นเกี่ยวกับอะไร ทุกวันนี้ไปอนามัยก็ไม่ได้ไปแล้วเพราะว่าเจาะเลือดแล้วไปตรวจเอาเอง” (17)

2. แหล่งความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุเคยรับการรักษา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแล้วนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดเตียง ก่อนจำหน่ายพยาบาลจะสอนญาติในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เรื่องอาหาร การพักผ่อน การให้ยา และการดูแลเฉพาะด้าน เช่น การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ได้รับความรู้จากโรงพยาบาลในการทำกายภาพบำบัด การให้แกชวยก้ามมือออกกำลังกายแขน ขาข้างที่อ่อนแรง แล้วก็เรื่องโภชนาการ แล้วก็เรื่องยา” (13)

“การให้อาหารตามสายแล้วก็การทำความสะอาดแผลการดูแลผู้สูงอายุไม่ให้เกิดแผลตามที่หมอบอก ขึ้นแรกได้จากโรงพยาบาลก่อนตอนที่แม่ออกจากโรงพยาบาลแล้วก็ อสม. บ้าง หมออนามัยบ้าง” (16)

3. การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะส่งผลให้สมาชิกดูแลซึ่งกันและกัน

ในครอบครัวที่เลี้ยงบุตรหลาน มีการอบรมที่ดี ให้ความรักความอบอุ่น ทำให้มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ทำให้บุตรมีความรักใคร่สนิทสนมกับบิดามารดา เมื่อบิดามารดาช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บุตรจะดูแลอย่างดี ผู้สูงอายุที่อารมณ์ดีจะทำให้ผู้ดูแลไม่เครียด และมีความรักใคร่ซึ่งกันและกัน ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“อยู่กับแม่มาตั้งแต่เด็กๆ หนูดูแลได้ มีพี่สาวอยู่ใกล้บ้านมีลูก 2 คน และน้องสาวมีลูก 1 คน ถ้าเรามีธุระก็บอกให้พี่ น้อง หรือ หลานๆ มาสลับเปลี่ยนกันดูแลได้ เราต้องสอนให้เด็กๆ เรื่องคุณธรรม” (20)

“ก็ใกล้ชิดกันมาตลอดอยู่แล้วเพราะว่ามีแค่พ่อจะสนิทกันอยู่ด้วยกันมาตลอด พอเป็นอย่างนี้ก็คุยกันปกติเหมือนเดิม คุยกันรู้เรื่อง เพราะว่าสนิทกันอยู่แล้ว” (7)

“อยากได้นี้เราก็งัยไม่มีนะ แต่แกไม่เงี้ยวอย่างกินข้าวเนี่ยมีไข่ต้มกับน้ำปลาเนี่ยเค้ากินได้ ไม่ใช่ต้องกินอย่างงี้ให้ได้” (13)

“ดูแลแม่ตั้งแต่เช้าจนเข้านอน กินข้าว ขับถ่าย การนอน พอใจที่ทำให้พ่อแม่ ไม่ต้องการให้ใคร มาดูแล แม่พอช่วยตัวเองได้แต่เดินไม่ไหว” (1)

ส่วนในครอบครัวที่พ่อแม่ บำป๋ายาย สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับลูกหลานตั้งแต่อยู่ด้วยกัน จะทำให้ ลูกหลานไม่กล้าเข้าใกล้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเสียย่ายผู้ดูแลจะไม่กล้าทำอะไรมาก กลัวผู้ป่วยจะด่า ดังตัวอย่าง คำกล่าวดังต่อไปนี้

“พ่อแม่เป็นคนด่าเก่ง ลูกหลานจะไม่อยากเข้าใกล้ พ่อตอนนี้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตอนนี ้กระตุกหัดที่สะโพกด้วย ไม่ค่อยกล้าที่จะยกขา กลัวเขาจะอารมณ์เสีย ลูกๆ หนูจะไม่เข้าใกล้เพราะตอนเขา เล็กๆ จะถูกด่าตลอด ไม่เคยพูดดีกับหลาน” (11)

4. ฐานะทางเศรษฐกิจที่พึ่งตนเองได้หรือได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินส่งผลต่อการดูแล ผู้สูงอายุ

ครอบครัวที่มีฐานะที่พอพึ่งตนเองได้ บุตรหลายคนมีอาชีพมีรายได้ ผู้ดูแลจะได้รับความ ช่วยเหลือจากพี่น้องที่ยังประกอบอาชีพ โดยจะสนับสนุนสิ่งของ หรืออุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การ ดูแลผู้สูงอายุไม่มีอุปสรรค ผู้ดูแลหลักลาออกจากงานเพื่อมาดูแลอย่างใกล้ชิด ดังตัวอย่าง คำกล่าวต่อไปนี้

“ไม่เคยร้องขอความช่วยเหลือจากชุมชน ถ้าพ่อมีปัญหาจะเรียก 1699 ได้เลย” (7)

“ดูแลพ่อตามธรรมชาติ อันไหนที่แกถูกใจแกก็กินเยอะหน้อยอันไหนไม่ถูกใจแกก็กินน้อย ที่นี้ เรื่องกระโถนนี่เข้ามาเราก็อเท ตรงที่นอนแกจะนะถ้าวันไหนถ่ายเราก็อเท มีล้างกระโถนอย่างดี มีแปรงล้างให้ อย่างดี เวลาช่วงที่กลางคืนไม่ได้ออกมาไม่ได้ลุกมาไง บางทีกินยาถ่ายช่วงเย็นไม่ถ่าย ไปถ่ายเอาตึกตึก น้อง เขาก็ซื้อขานั่งมาให้ถ้าถ่ายใส่กระโถนเข้ามาฉันก็เป็นคนจัดการเอง ล้างเทเสร็จ คือไม่รังเกียจ คือว่าทำได้” (9)

“กับข้าวถุนี้แม่ไม่กินเลย ทำอาหารเช้า กลางวัน เย็น เดียวก็ต้องหาให้แล้วเนี่ยกลางวัน เย็น ก็ กินกับแม่นี้แหละ สองคนเนี่ย” (12)

“อุปกรณ์ทำแผล ซื้อเอง ทำแผลตอนนี้ไม่มีแผลแล้ว เพื่อจะได้ทำแผลให้สะอาด” (7)

ในครอบครัวที่เศรษฐกิจไม่ดี ผู้สูงอายุจะได้รับความสนใจน้อยในการดูแลกิจวัตรประจำวัน หรือ เมื่อมีปัญหาสุขภาพก็ไม่ได้รับการรักษา จะผลัการะให้คนใดคนหนึ่งดูแลพ่อแม่ และออกค่าใช้จ่ายใน ครอบครัว ผู้สูงอายุจะได้รับเงินผู้สูงอายุ หรือคนพิการร่วมด้วย ดังตัวอย่าง คำกล่าวต่อไปนี้

“มีน้องชายสติไม่ดีช่วยดูแล ฉันไม่ได้ทำงาน ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ไม่ได้เอาแม่ไปรักษาริดสีดวง เพราะกลัวเสียค่ารักษามาก แม่ใช้แอมเพิลมาก เข้าห้องน้ำแต่ละครั้งต้องเปลี่ยนเพราะเขาถ่ายใส่แอมเพิล” (18)

“แต่ก่อนเราคิดว่าเรายังทำงานได้ไง ใหม่ใหม่ยังไปทำงานได้อะไรได้ พอคิดว่าเดี๋ยวเราต้องไป ทำงานพอมันสะดวก มีรายจ่าย มันก็มีการสะสมความเครียดขึ้นเรื่อยเรื่อย รายจ่ายมันไม่พอกับที่เราได้อย่าง เจี้ย เพราะผมมีลูกสองคนที่เรียนอยู่ตอนนี้ขึ้นปริญญาตรีก็ใช้เงินเยอะแล้วไหนจะต้องดูแลแม่ เรื่องการเงิน เราต้องดูแลคนเดียว ความเครียดก็สะสมสะสมจนมันล้นจนมันไม่รู้จะล้นไปไหนแล้วอะ แต่ก่อน มันเหมือน เครียดแต่ว่าตอนนี้ เหมือนเครียดอยู่แล้วยังออกไม่หมดแต่ว่าตอนนี้ก็ลดลงแล้ว เพราะว่าพี่สาวเขาช่วย เรื่องค่าใช้จ่ายที่เราต้องใช้ ดูแลแม่ตั้งแต่เรื่องอาหารการกินอย่างจับฉ่ายนี้เน้นเลยแล้วก็ผลไม้ กินข้าวเสร็จให้ กินผลไม้เพื่ออยากให้เขาขับถ่ายแต่เขาก็คนแก่ บางครั้งเขาอีเขาบอกเราไม่ได้ ตื่นมาตอนเช้าจะจับขาอย่างนี้

(เอามือจับปลายนิ้วเท้ากระดก) เพราะว่ามันองทั้งคืนเหมือนกับว่าถ้าคนเป็นตะคริวเราก็จะคันอย่างนี้ ใช้นิ้วมันก็จะหาย แล้วก็จับลงมาพอสักอาบน้ำเสร็จ” (17)

5. การช่วยเหลือกันดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวทำให้ความเครียดของผู้ดูแลหลักลดลง

ครอบครัวที่พี่น้องอยู่ในละแวกเดียวกันจะช่วยกันดูแลพ่อหรือแม่ ทำให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาทำภารกิจอื่นได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ไม่หงุดหงิดหรอก เพราะว่าถ้าคิดว่าจะไปไหนอะ จะไปวัด ส่วนมากจะไปวัดไปช่วยวัด ไปเช้าจะไปถวายข้าวพระเสร็จแล้วก็กลับมา สิ่งนี้ถือว่าดีแล้วไปวัดก่อนนะไปถวายข้าวพระก่อนแล้วก็กลับมา ก็ซื้ออาหารมาแล้วก็มาหาให้แกกินอย่างเงี้ย ก็ไม่มีผลกระทบอะไร พ่อช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เดินในบ้านได้” (9)

“ถึงแม้จะอยู่ 2 คนกับแฟนและฉันเดินไม่สะดวก แต่ตอนเช้าลูกสาวจะขับรถมาช่วยอาบน้ำให้พ่อ และเอาอาหารมาให้ทุกวัน ส่วนหลานชายถ้ากลับมาเสาร์อาทิตย์ จะเอาของมาให้ตาบ่อยๆ” (10)

“มีแม่ช่วยดูแล มีพี่น้องช่วยยกตัวเวลาอาบน้ำ” (1, 3, 6)

“บางที่เราทำสิ่งที่ไม่ควรทำกับพ่อบ่อยๆ เราก็เหนื่อยนี้พูดตรงตรงผมพูดตรงตรงผมก็เหนื่อย คือเราจะพักผ่อนเขาเรียกอีกแล้วแต่เราไม่ไหวเราไม่ไหว เออในใจคิดว่านี่คือพ่อวัย ความไม่ไหวนี้คือแป็บเดียว แต่เราไปนึกถึงใจเขา เพราะความเครียด ปัญหาที่กับพ่อนี้แหละครับ บางทีบอกอย่าง เขาทำอีกอย่าง เขาไม่แกล้งหรอก แต่ว่าเราคิดว่าเออไม่น่าพูดอย่างนั้นบางที แต่ด้วยความไม่ไหวบางทีคิดหลายหลายอย่าง แต่พอมาทีหลังเราก็ขอโทษเขา” (13)

6. การรับภาระดูแลผู้สูงอายุคนเดียวส่งผลกระทบต่อจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม

ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุคนเดียวจะไม่สามารถทำภารกิจส่วนตัวได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“จะไปไหนต้องรีบไปรีบมา ต้องเรียกลูกมาดูแลแทน” (1, 2, 4)

“งานที่นำมาทำที่บ้าน ไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง ต้องเดินเข้าๆ ออกๆ เพราะเป็นห่วงแม่ที่อยู่ในบ้าน” (1)

“ถ้าญาติไม่อยู่บ้าน เช่นไปทำงาน จะอึดแอ่ขึ้นไปอาบน้ำจะลำบาก บางครั้งปวดหลัง” (3)

“ก็คือมีผลต่อสุขภาพอะเนอะ ทุกวันตื่นสี่สัปดาห์รอบ บางทีตื่นขึ้นมากว่านอนหลับ นอนไม่หลับก็มี” (13)

“ไม่มีรายได้ และร่างกายฉันไม่แข็งแรง” (15)

“แต่ก่อนขายลูกขึ้น ขายไถ่อย่าง ขายอะไรตอนเย็น ที่นี้ขามันไม่ค่อยไหวแล้วไง ลูกสาวบอกให้เลิกขายให้มาดูแลแม่ ถ้าขายก็ไม่ได้มาดูแล ไม่ได้อยู่ใกล้ชิดเขาไง” (8)

“แม่เคยล้มหลายครั้ง ก็ถึงจะไปไหนก็ไม่ได้ อยู่อย่างนี้ตลอด” (12)

“เวลาทำงานที่บ้านจะให้เขาอยู่ใกล้ๆ ถ้าวันไหนเขาบอกว่าวันไหนเขาเวียนหัวหรืออะไรอย่างเงี้ย ก็จะไม่ให้เขาออกไปไหนก็อยู่ใกล้ ใกล้ก็เรียกถ้ามีเสียงนั้นเขาก็ไม่เป็นไรฉันไม่มีอุปสรรคดูแลแม่นะทำได้ อยู่ ก็ไม่ได้ไปไหน ก็ต้องดูแล” (12)

7. ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่รัฐและจากชุมชน

เทศบาลได้มีนักบริบาลผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย ได้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยจะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว เช่นการช่วยให้อาหาร การช่วยการดูแลความสะอาดร่างกาย เป็นต้น หรืออาจจะช่วยอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุถ้าผู้ดูแลต้องไปทำธุระนอกบ้านช่วงสั้น

ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมาช่วยอุ้มในการอาบน้ำ” (11, 17)

ครอบครัวผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือจากอสม. หรือผู้ดูแลในชุมชน (Care Giver) ดังคำกล่าว

“ผู้ป่วยติดเตียงจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้บ้างเรื่องการให้อาหารที่ย่อยง่าย การพลิกตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ” (2)

“อสม. มาวัดความดันเดือนละครั้ง ก็ไม่รู้จะให้เขาทำอะไรอีก” (1,2)

“เทศบาลบางครั้งจะให้แพมเพิส เพราะแม่จะใช้มาก อยากรได้” (2,3)

“ได้ค่าเบี้ยยังชีพพ่อและแม่ จึงได้ซื้อของที่จำเป็น (4)

“พระที่วัดใกล้บ้านก็มาบริจาคสิ่งของ” (12)

“ก็มีเทศบาลมาให้ข้าวบ้าง ที่วัดก็ให้นมมาล้างตาช่วยบำรุงสมอง มีข้าวมีน้ำตาล พระก็ให้มาล้างให้ไม่ทุเคื่อนนานนานจะมาซักที แต่ที่วัดเขาจะให้นมมาเกือบทุกอาทิตย์กล่องใหญ่ใหญ่ และถามสุขภาพคนแก่ การเป็นอยู่เป็นอย่างไรดูแลเป็นอย่างไรบ้างคนแก่เป็นอย่างไรบ้างแล้วไปมาหาสู่.....” (13)

ส่วนที่ 4 รูปแบบการเสริมพลังอำนาจในชุมชน และครอบครัว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้นำชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ได้รูปแบบดังนี้

การเสริมพลังอำนาจในชุมชน ได้แก่

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดผู้ดูแลในชุมชน (Care giver) ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง โดยช่วยเหลือผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพทั่วไป หรืออยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุเมื่อผู้ดูแลไปธุระจำเป็น เป็นต้น

2. ผู้นำชุมชนช่วยเหลือผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ การให้อุปกรณ์หรือของใช้ที่จำเป็น ได้แก่ แพมเพิส อุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น

การเสริมพลังอำนาจในครอบครัว ได้แก่

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้รับความรู้จากบุคลากรที่โรงพยาบาลหรือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ

2. ในครอบครัวส่งเสริมให้บุตรหลาน หรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดความเครียดทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจแก่ผู้ดูแลหลัก

3. การสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุและบุตรหลาน เพื่อให้บุตรหลานได้มีความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลกันในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการเสริมพลังอำนาจในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีต้นแบบหลายแห่ง โดยเชิญชวนแกนนำในชุมชนที่ต้องพัฒนาผู้สูงอายุ ซึ่งต้องเรียนรู้ในการดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่สามารถเรียนรู้ได้ และผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมาอบรมก่อน
2. การส่งเสริมให้เพื่อนบ้านช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะช่วยเหลือบ้านที่มีผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง การให้รางวัลแก่หมู่บ้านที่เพื่อนบ้านช่วยเหลือกัน เมื่อมีผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น
3. การสร้าง Application จากบ้านผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง มาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจะได้ติดต่อกับบุคลากรทางสุขภาพ ในกรณีที่จะขอความช่วยเหลือด่วน

การอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จะได้รับการอบรมจากกรมอนามัยตามข้อกำหนดของรัฐบาล
 หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2567) ในชุมชนจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (CG) ซึ่งได้รับการอบรมจากกรมอนามัย และพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดทำตารางการดูแลให้ ส่วนใหญ่จะให้การดูแลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ชุมชนจะได้รับนโยบายจากรัฐบาลด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2558 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจเกิดปัญหาติดบ้านหรือติดเตียง ในปัจจุบันครอบครัวมีศักยภาพลดลงจากการที่สมาชิกย้ายเข้าสู่เมืองใหญ่เพื่อประกอบอาชีพ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีจำนวนลดลง ในชุมชนจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากการศึกษาในชุมชนพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุ จำนวน 1 ราย เป็นจำนวน 18 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 อายุระหว่าง 80-89 ปี จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 ผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลได้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุจนถึงปัจจุบันของผู้ดูแล ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 ปี จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจะรับภาระคนเดียวจะก่อให้เกิดความเครียด ดังนั้นครอบครัวต้องการการสนับสนุนประเภทต่างๆ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Wicha et al., 2018)

2. ในชุมชนจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ชุมชนได้คัดกรองผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อการจัดบริการให้เหมาะสมตามนโยบายของรัฐบาล โดยได้รับเงินตามจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแล การแบ่งเงินที่ได้จะเป็นค่าเงินเดือนของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับเงินเดือนประมาณ 1500 บาท ดูแลผู้ป่วย 5-10 คน ส่วนเงินที่เหลือจะจัดสรรซื้อของใช้ที่จำเป็น เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุต้องใช้ เช่น แพนเปส ไมค์ยัน เป็นต้น การช่วยเหลือในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) โดยมีระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ 1) การเข้าถึง

ระบบการดูแลผู้สูงอายุ 2) บทบาทหลักของผู้ให้บริการ 3) การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ และ 4) การมีส่วนร่วมของเครือข่าย (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Wicha et al., 2018)

การเสริมพลังอำนาจของชุมชนและครอบครัว มีวิธีการดังนี้

1. การให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถให้บุคคล ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุจะได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดความมั่นใจและมีความภาคภูมิใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ ผู้ดูแลที่มีความรู้ เช่น อสม. ซึ่งได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นในชุมชนมี อสม. มาช่วยดูแลผู้สูงอายุและให้คำแนะนำ จึงทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่เกิดปัญหา ในครอบครัวมีความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาการส่งเสริมผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวได้เรียนรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการป้องกันความพิการ และการลดสมองเสื่อม หลังการปฏิบัติ 9 เดือน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมความสามารถทางประสาทสัมผัส การมีส่วนร่วมทางสังคม ความใกล้ชิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้การดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และภาวะซึมเศร้ายังลดลงในเดือนที่ 12 อีกด้วย (Yodmai et al., 2021) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีบทบาทในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ (นงนุช โอปะ และคณะ, 2564) นอกจากนั้นการดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลต้องมีความรู้ในเรื่องด้านสวัสดิการทางสังคม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้วย (นิขารีย์ ใจคำวัง และคณะ, 2562)

2. การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุและบุตรหลาน เพื่อให้บุตรหลานได้มีความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลกันในครอบครัว จากการศึกษาพบว่าในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะใส่ใจดูแลผู้สูงอายุ ดังการศึกษาในการดูแลผู้สูงอายุโดยพบว่า ผู้ดูแลหลักมีความคิดความเชื่อ 2 ด้าน คือ 1) ความคิดความเชื่อ ทางบวก คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นผู้มีพระคุณต่อผู้ดูแลหลัก ในกลุ่มนี้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่เหมาะสม 2) ความคิดความเชื่อทางลบ คือ ผู้ดูแลหลักมองถึงการกระทำของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในอดีตว่าขาดความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ลำเอียง ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดการอคติ ส่งผลสะท้อนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่เหมาะสม มีการปล่อยปละละเลย (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัวทำให้บุคคลในครอบครัวมีความรักใคร่และเชื่อฟังซึ่งกันและกัน จากการศึกษาความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความผูกพันระหว่างบิดามารดากับบุตร พบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยป้องกันพฤติกรรมรุนแรงของวัยรุ่นได้ (รุ่งฤดี วงศ์ชุม, 2562)

3. การส่งเสริมชุมชนในท้องถิ่นช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยปกติผู้ดูแลหลักทำหน้าที่ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การดูแลความสะอาดและสุขภาพโดยรวม ซึ่งเป็นกิจกรรมหลัก ส่วนสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็น ซึ่งผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ความเครียด ซึ่งไม่สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ ไม่สามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะถ้าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษาของชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) พบว่าการดูแลผู้สูงอายุควรมีกลุ่มเครือข่าย กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน โดยให้มีการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลาย และระบบสวัสดิการของรัฐมาช่วย

ดังนั้นจึงควรมีผู้ช่วยเหลือทั้งในครอบครัว เพื่อนบ้านและในชุมชน ซึ่งเพื่อนบ้านเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดจะสามารถให้การช่วยเหลือได้ง่าย ดังนั้นในชุมชนต้องช่วยเหลือในการดูแลนอกจากญาติพี่น้องต้องมีส่วนช่วยเหลือแล้ว เพื่อนบ้านควรที่จะช่วยเหลือ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลหลักมีปัญหาทั้งทางสุขภาพ และภาวะทางเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การประสานงานระหว่างผู้ดูแลในครอบครัว และในชุมชน (CG) ในบางกรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีฐานะจำเป็นต้องทำ เช่น ต้องไปตรวจสุขภาพ หรือรับยาให้ผู้สูงอายุ ขอความร่วมมือผู้ดูแลในชุมชนดูแลแทน เพื่อลดความเครียดผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลเกิดปัญหาสุขภาพ
2. การประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวทราบถึงการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่ง่ายและรวดเร็ว
3. การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เพื่อนบ้าน หรือจัดกลุ่มดูแลซึ่งกันและกัน
4. การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างวัยรุ่นและผู้สูงอายุ โดยการให้นักเรียนในสถาบันการศึกษาได้เข้ามีส่วนร่วมในการดูแล พูดคุยกับผู้สูงอายุ เป็นต้น
5. นักปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพในชุมชนควรนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงวิธีการเสริมพลังอำนาจให้ชุมชนและในพื้นที่อื่นๆ ที่หลากหลาย และหาต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่ก่อเกิดประสิทธิภาพ
2. ควรศึกษาผลของการส่งเสริมการเพิ่มพลังอำนาจในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. บริษัทธนจินตา ศรีเอชเอ็น จำกัด.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, และ วารีย์ ศรีสุรพล (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(ฉบับพิเศษ), 387-405.
- ณิชารีย์ ใจคำวัง, วรดา จักขุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู, และ อินธิรา ตระกูลฤกษ์. (2562). ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคู้ตะเภา อำเภอมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*, 3(5), 1-19.

- นงนุช โอบะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ, และ ชญาภา บุญลือ. (2564). การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1), 13-24.
- ปะราลี โอภาสสนันท์. (2559). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ในศตวรรษที่ 21* (พิมพ์ครั้งที่ 2). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.
- ปิ่นนเรศ กาดอุดม, ฆนรศ อภิญาลังกร, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ, และ นิมิตฺตรา แว. (2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3), 300-310.
- วิชัย เอกพลากร (บก). (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซด์ จำกัด.
- รุ่งฤดี วงศ์ชุม. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรกับพฤติกรรมความรุนแรงของวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 8-23.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1687612748-2406_0.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560, 7 ธันวาคม). ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. https://www.nesdc.go.th/download/Social/Social_Report/2560_article_q3_002.pdf
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2567). *คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุงปีพ.ศ. 2567*. <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/download/?did=217712&id=121979&reload=>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559*. http://phn.bangkok.go.th/file_book
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในอุทิศประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17(3), 236-242.
- Haddad, L. M., & Toney-Butler, T. M. (2023, May 19). *Empowerment*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430929/>
- Havens, D. S., & Mills, M. E. (1992). Staff nurse empowerment: Current status and future projections. *Nursing Administration Quarterly*, 16(3), 58-64. <http://doi.org/10.1097/00006216-199201630-00010>
- Marshall, C., & Rossman, G. (2006). *Designing qualitative research* (4th ed.). Sage Publications.
- Wicha, S., Saovapha, B., Sripattarakul, S., Manop, N., Muankonkaew, T., & Srirungueang, S. (2018). Health status of dependent older people and pattern of care among caregivers: A case study of hong ha health promoting hospital, Lampang, Thailand. *Asian Journal for Public Opinion Research*, 5(3), 228-249. <https://doi.org/10.15206/ajpor.2018.5.3.228>

World Health Organization. (2025). *Track 1: Community empowerment*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

Yodmai,K., Somrongthong,R., Nanthamongkolchai, S., & Suksatan, W. (2021). Effects of the older family network program on improving quality of life among older adults in Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8(14), 1373–1383. <https://doi:10.2147/JMDH.S315775>

