

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กุลวิณ์ วุฒิกกร

คุณูปนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาองค์กรและการจัดการสมรรถนะของมนุษย์
วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเนื่องจากผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก ท่านรองศาสตราจารย์ ดร.อิสระ สุวรรณบล ท่านอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ท่านคณบดีวิทยาลัย พาณิชยศาสตร์ คือ ท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บรรพต วิรุณราชที่ปรึกษา ร่วม ท่านรองคณบดี ฝ่ายบัณฑิตศึกษา คือ ท่านรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ และท่าน ดร.ทักษญา สง่าโยธิน ที่ได้ให้ความกรุณาแนะนำด้วยความเอาใจใส่ และติดตามการทำคุษฎีนิพนธ์อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ และรู้สึกซาบซึ้งในความ กรุณาจากท่านเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ท่านรองศาสตราจารย์ ดร.สุจินดา เจียมศรีพงษ์ ซึ่งได้ให้เกียรติรับเป็นประธานกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ และได้กรุณาให้คำแนะนำ อันทำให้คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ความสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณ ดร.อักรกิตต์ พัฒนสัมพันธ์ ดร.นพดล เศษประเสริฐ ดร.เพ็ญพิชชา เกษมพงษ์ทองดี ดร.ภัทรี ปรีสัตต์ และดร.นุจริย์ ภาคสัตย์ ที่ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากทางโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลสงฆ์ บ้านพัก คนชรา บางแค 1 บ้านพักคนชราหญิง ปากเกร็ด สถานบริบาลเดอะซีเนียร์ บ้านพักผู้สูงอายุ เดอะซีเนียร์ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลนครนนทบุรี และชมรมผู้สูงอายุจังหวัด กรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

เนื่องด้วยผู้วิจัยเป็นอาจารย์ สาขาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครเกษม ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ที่ให้ทุนในการศึกษาในครั้งนี้


นอกจากนี้ ผู้วิจัยจึงยังได้รับการสนับสนุนกำลังใจจากคุณพ่อ คุณแม่ น้องสาว ท่านรอง ศาสตราจารย์ ดร.จิตตินันท์ วุฒิกกร และท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิริพร อินทเวทิน คุณครู คณาจารย์ ที่อบรมสอนสั่งมาทุกท่าน รวมทั้งเพื่อน พี่ ๆ น้อง ๆ เจ้าหน้าที่ที่ให้ความช่วยเหลือ และคอยเป็น กำลังใจอย่างดีเสมอมา ซึ่งผู้วิจัยถือว่ามีความเป็นอย่างยิ่ง

คุณค่าอันพึงมีของคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเพื่อตอบแทนพระคุณบิดา มารดา และบูรพาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน ตลอดจนทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้

กุลวีณ์ วุฒิกกร

อาจารย์ผู้ควบคุมคุณฐิณีพนธ์และคณะกรรมการสอบปากเปล่าคุณฐิณีพนธ์ ได้พิจารณา
คุณฐิณีพนธ์ของ กุลวีน ภูติกร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาองค์การและการจัดการสมรรถนะของมนุษย์
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ผู้ควบคุมคุณฐิณีพนธ์

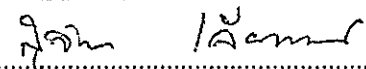
..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.อิสระ สุวรรณบล)

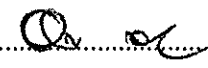
..... อาจารย์ที่ปรึกษารอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บรรพต วิรุณราช)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

..... ประธาน

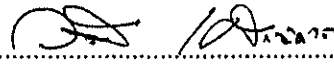
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินดา เข็มศรีพงษ์)

..... กรรมการ

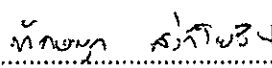
(รองศาสตราจารย์ ดร.อิสระ สุวรรณบล)

..... กรรมการ

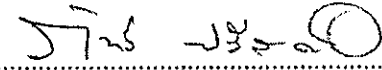
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บรรพต วิรุณราช)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียวอิศเรศ)


..... กรรมการ

(ดร.ทักษญา สง่าโยธิน)

..... กรรมการ

(ดร.ภทธี ปริสตัด)

วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์อนุมัติให้รับคุณฐิณีพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาองค์การและการจัดการสมรรถนะของมนุษย์
ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีวิทยาลัยพาณิชยศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บรรพต วิรุณราช)

วันที่ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

55870006: สาขาวิชา: การพัฒนาองค์การและการจัดการสมรรถนะของมนุษย์;
 ปร.ด. (การพัฒนาองค์การและการจัดการสมรรถนะของมนุษย์)

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา/ สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กุลวีณ์ วุฒิกิร: รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (COMPETENCY DEVELOPMENT PATTERN FOR ELDERLY CAREGIVERS) อาจารย์ผู้ควบคุมคุณวุฒินิพนธ์: อิศระ สุวรรณบด, Ph.D., บรรพต วิรุณราช, ปร.ด. 297 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษารูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (2) เพื่อศึกษาระดับและ
 ความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบัน (3) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแล
 ผู้สูงอายุได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถมาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็น
 รายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ
 Competency dictionary

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative
 research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 เป็นการศึกษา
 สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตอนที่ 2
 เป็นการศึกษาระดับและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบัน และศึกษารูปแบบการพัฒนา
 สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม และขั้นตอนที่ 3 เป็นการประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group
 discussion) จำนวน 6 คน เพื่อทำการตรวจ ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแล
 ผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สมรรถนะ 3 ประการ คือ
 องค์ประกอบ 1 สมรรถนะหลัก ของผู้ดูแล ได้แก่ 1.1 จิตบริการ 1.2 ซื่อสัตย์ในจริยธรรมคุณธรรม 1.3 ความรู้ทาง
 วิชาการและสุขภาพ 1.4 ความมุ่งมั่นทุ่มเทของงานด้วยความเที่ยงธรรม 1.5 การติดต่อสื่อสาร 1.6 การทำงานเป็นทีม
 1.7 ความคิดสร้างสรรค์ องค์ประกอบที่ 2 คือ สมรรถนะหน้าที่ ได้แก่ 2.1 ทักษะการติดต่อผู้สูงอายุ 2.2 การควบคุม
 อารมณ์ และบุคลิกภาพ 2.3 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย 2.4 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ
 2.5 ความรับผิดชอบในงาน 2.6 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง และองค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะ
 การจัดการ ได้แก่ 3.1 การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ 3.2 ภาวะผู้นำ 3.3 ความสามารถในการจัดการ 2) สมรรถนะของ
 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก
 3) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถมาจัดทำ
 แผนพัฒนาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง
 จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency dictionary ด้วยหัวข้อที่ต้องพัฒนา ดังต่อไปนี้ 1. สมรรถนะหน้าที่
 คือ 1.1 เทคนิควิธีการในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง 1.2 เทคนิคในการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์
 1.3 การกิจและความรับผิดชอบในงานการดูแลผู้สูงอายุ 1.4 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้วิจัย
 1.5 การควบคุมอารมณ์และการพัฒนาบุคลิกภาพแก่อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามลำดับ 2. สมรรถนะการจัดการ คือ
 1.1 เทคนิควิธีการมีภาวะผู้นำและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในเหตุการณ์ฉุกเฉิน 1.2 เทคนิคการบริหารจัดการในงาน
 ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตามลำดับ และอันดับ 3. สมรรถนะหลัก คือ 3.1 การสร้างทีมงานและการคิดสร้างสรรค์ในงาน
 ด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3.2 ความรู้ทางด้านวิชาการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3.3 เทคนิคการทำงานมุ่งผลสัมฤทธิ์
 ของงานด้วยความเที่ยงธรรมและเทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้สูงอายุตามลำดับ

55870006: MAJOR: ORGANIZATION DEVELOPMENT AND HUMAN CAPABILITY MANAGEMENT; Ph.D. (ORGANIZATION DEVELOPMENT AND HUMAN CAPABILITY MANAGEMENT)

KEYWORDS: COMPETENCY DEVELOPMENT PATTERN/ ELDERLY CAREGIVERS

KUNLAWEE WUTIKORN: COMPETENCY DEVELOPMENT PATTERN FOR ELDERLY CAREGIVERS. ADVISORS: ISSARA SUWANNABON, Ph.D., BANPOT WIROONRATCH, Ph.D. 297 P. 2015.

This research study aims to (1) examine a competency model of elderly caregivers (2) investigate the level of needs regarding elderly caregivers (3) develop a competency model for elderly caregiver development in order to derive an individual development plan (IDP) from competency gap evaluation. Therefore the competency gap can be fulfilled and the individual development plan will be in accordance with competency dictionary. This mixed method research study has been conducted through 3 main stages governed by both qualitative and quantitative method. At the first stages, literatures related to elderly were reviewed and in-depth interviews were conducted in order to establish the solid background. After that a study of elderly caregiver needs equipped with questionnaire inquiry was conducted at the second stage. Finally a focus group discussion with 6 participants was conducted to evaluation appropriateness of the individual development plan.

According to the result of this study, the following findings have been indicated. 1) The competency model for elderly caregivers consists of 3 major aspects of competency as follows; 1. core competency, 2. functional competency, and 3. managerial competency. The core competency covers the following areas; 1.1 service mind 1.2 ethical value 1.3 academic and healthcare knowledge 1.4 fair achievement motivation 1.5 communication 1.6 team working and 1.7 creativity. The functional competency covers the following areas; 2.1 good attitude toward elderly 2.2 emotional control and personality 2.3 health and safety promotion 2.4 medical equipment maintenance 2.5 responsibility and 2.6 ability to handle blood and body discharge. The managerial competency covers the following areas; 3.1 decision making and problem solving, 3.2 leadership, and 3.3 managerial skills. 2) The current competency of elderly caregivers is at moderate level while the need requiring high competency of elderly caregivers. 3) Regarding the obtained individual development plan (IDP), in order to fill the gap with relevant solutions the following areas need to be improved respectively. First the improvement of functional competency is concerning the following areas; ability to handle blood and body discharge, medical equipment maintenance, responsibility to complete elderly caregiving tasks, elderly health and safety promotion, and emotional control and personality development for elderly caregivers. Second the improvement of managerial competency is concerning leadership and emergency problem solving techniques, elderly caregiving management techniques. Third the improvement of core competency is concerning team building and creativity in elderly caregiving, academic and health care knowledge in elderly caregiving, techniques to develop fair achievement motivation, and techniques to communicate with elderly.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบขั้นตอนการทำวิจัย กรอบที่ 1.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ กรอบที่ 2.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเรื่องรูปแบบ.....	11
แนวคิดเรื่องสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	14
แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะ.....	24
แนวคิดและทฤษฎีผู้สูงอายุ.....	30
แนวคิดเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	50
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	88
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	93
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	93
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	95

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	95
ขั้นตอนการวิจัย.....	97
การตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	99
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	101
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
4 ผลการวิจัย.....	105
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา.....	107
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมทางด้านการวิจัย.....	145
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์เพื่อยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	218
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	245
สรุปผลการวิจัย.....	245
อภิปรายผลการวิจัย.....	246
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	253
บรรณานุกรม.....	256
ภาคผนวก.....	265
ภาคผนวก ก.....	266
ภาคผนวก ข.....	280
ภาคผนวก ค.....	295
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	297

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1 สมรรถนะหลัก.....	21
2-2 สมรรถนะการจัดการ.....	22
2-3 สมรรถนะหน้าที่.....	22
2-4 เปรียบเทียบโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละหลักสูตร.....	69
4-1 ความสามารถในการทำงานเป็นทีม.....	107
4-2 การติดต่อสื่อสาร.....	108
4-3 มีความมุ่งผลสัมฤทธิ์.....	109
4-4 การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ.....	110
4-5 ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์.....	111
4-6 จิตสำนึกการให้บริการ.....	113
4-7 ความซื่อสัตย์สุจริต.....	114
4-8 การปรับตัวและควบคุมตนเอง.....	114
4-9 ถ่ายทอดให้ความรู้และการสอนที่เหมาะสม.....	115
4-10 บุคลิกภาพที่ดี.....	116
4-11 ภาวะผู้นำ.....	117
4-12 นำความรู้ทั่วไปเพื่อเป็นเกร็ดไว้คุยกับผู้สูงอายุ.....	117
4-13 การบริหารจัดการ.....	118
4-14 การจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะโรค และการป้องกันความเจ็บป่วย ปลอดภัยจากความเสี่ยงทางกายภาพ.....	120
4-15 ความสามารถในการด้านการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย.....	121
4-16 ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดการและประเมินผลลัพธ์.....	122
4-17 ความสามารถในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ และชุมชน.....	123
4-18 มีวิชาชีพอย่างมีจริยธรรม.....	124
4-19 ความตระหนักปัญหา สาเหตุ และร่วมมือแก้ไข และมีความสามารถในการเสริมสร้าง พลังอำนาจ.....	125
4-20 ความสามารถในการร่วมทำงานร่วมกับ กับ สหวิชาชีพ.....	126

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-21 การใช้เครื่องมือทางการแพทย์.....	127
4-22 ความสามารถในการใช้เทคนิควิธีในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งออกจาก ร่างกายและการให้ยาผู้สูงอายุ.....	128
4-23 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ.....	129
4-24 ความเข้าใจนโยบายสุขภาพและนโยบายสังคม.....	130
4-25 ความสามารถในการใช้ความรู้และแหล่งทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพ และ สุขศึกษาการป้องกันโรคและประเมินผลสุขภาพ.....	131
4-26 ความเข้าใจการบำบัดฟื้นฟูที่บ้านของบุคคล ครอบครัว ชุมชน.....	132
4-27 ทักษะการสอน การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร และให้การดูแลผู้สูงอายุ.....	133
4-28 ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม.....	134
4-29 ความสามารถในการทำความสะอาดพื้น การซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การป้อนอาหาร และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ.....	135
4-30 ความสามารถในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุได้.....	136
4-31 ความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ.....	137
4-32 ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง.....	138
4-33 ความสามารถในการควบคุมการติดเชื้อ.....	139
4-34 การฝึกฝนป้องกันไฟไหม้.....	140
4-35 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	145
4-36 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาศมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม.....	148
4-37 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาศมรรถนะหลักของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำแนกตามหัวข้อของสมรรถนะ.....	149
4-38 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาศมรรถนะหลักของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อของสมรรถนะ.....	150
4-39 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาศมรรถนะการจัดการของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในรายหัวข้อ.....	154

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อของสมรรถนะ.....	155
4-41 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อของสมรรถนะ.....	158
4-42 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อของสมรรถนะ.....	159
4-43 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติทดสอบที สภาพปัจจุบันสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามเพศ.....	165
4-44 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติทดสอบที ความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามเพศ.....	165
4-45 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ.....	166
4-46 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ.....	167
4-47 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ.....	167
4-48 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ.....	168
4-49 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ.....	169
4-50 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ.....	169
4-51 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ.....	170
4-52 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ.....	171

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-53 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ.....	171
4-54 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ.....	172
4-55 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ.....	173
4-56 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพ.....	174
4-57 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ.....	175
4-58 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ.....	176
4-59 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ.....	177
4-60 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพ ปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว.....	178
4-61 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว.....	179
4-62 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว.....	180
4-63 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพ ปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว.....	181
4-64 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว.....	182
4-65 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามการศึกษาสูงสุด.....	183

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-66 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะ การจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามการศึกษาสูงสุด.....	183
4-67 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามการศึกษาสูงสุด.....	184
4-68 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะ หน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามการศึกษาสูงสุด.....	185
4-69 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	186
4-70 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะ การจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	187
4-71 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	188
4-72 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	189
4-73 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	190
4-74 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหลักของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ.....	191
4-75 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะการจัดการ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ.....	192
4-76 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ.....	192
4-77 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหลักของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ.....	193
4-78 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะการจัดการ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ.....	193

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-79 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ.....	194
4-80 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหลักของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ.....	195
4-81 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะ การจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ.....	195
4-82 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะ หน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ.....	196
4-83 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหลักของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว.....	197
4-84 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะการจัดการ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว.....	197
4-85 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว.....	198
4-86 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหลักของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา.....	199
4-87 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะการจัดการ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา.....	199
4-88 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา.....	200
4-89 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหลักของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	201
4-90 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะการจัดการ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	202
4-91 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน.....	203

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-92 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องรูปแบบ การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	204
4-93 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.1 จิตบริการ.....	219
4-94 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.2 การยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม.....	220
4-95 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.3 การมีความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ....	221
4-96 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.4 ความมุ่งมั่นทุ่มเทของงานด้วยความ เที่ยงธรรม.....	222
4-97 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.5 การติดต่อสื่อสาร.....	224
4-98 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.6 ทำงานเป็นทีม.....	225
4-99 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.7 ความคิดสร้างสรรค์.....	226
4-100 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 2.1 การแก้ไขปัญหาและการ ตัดสินใจ.....	228
4-101 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 2.2 ภาวะผู้นำ.....	230
4-102 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 2.3 ความสามารถในการจัดการ.....	231
4-103 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.1 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ.....	232

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4-104 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.2 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ...	233
4-105 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.3 การส่งเสริมสุขภาพและ ความปลอดภัย.....	234
4-106 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.4 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือ ต่าง ๆ.....	235
4-107 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.5 ความรับผิดชอบในงาน.....	236
4-108 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.6 ความสามารถในการจัดการกับเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง.....	237
4-109 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ เทคนิควิธีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	238
4-110 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	240
4-111 การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามเส้นทางการพัฒนาบุคลากร.....	242

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบขั้นตอนการทำวิจัย กรอบที่ 1.....	6
1-2 กรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ กรอบที่ 2.....	7
3-1 ขั้นตอนการวิจัย.....	104
4-1 รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	212
4-2 สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	213
4-3 สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	214
4-4 สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	216
4-5 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	217

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกในปัจจุบันและอนาคตกำลังจะเป็นโลกของผู้สูงอายุ จากรายงานสถิติกรมเศรษฐกิจและสังคมขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ประชากรโลกมีจำนวน 6,895,889,018,000 คน ในปี ค.ศ. 2015 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุโลกโดยรวมเพิ่ม 1,000,000,000 คน (United Nations, 2011) เนื่องจากประชากรโลกจะมีอายุยืนยาวขึ้นและมีอัตราการเกิดลดน้อยลง ทำให้จำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว การที่ประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้นถือว่าเป็นความสำเร็จของการสาธารณสุข สำหรับประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จากการที่ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในอีกไม่เกิน 10 ปีข้างหน้า นับจากนี้ หรือราว พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 และจะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึง ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ประมาณ พ.ศ. 2578 ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุวัยต้น จำนวน 5.3 ล้านคน (ร้อยละ 8.2) ผู้สูงอายุวัยกลาง จำนวน 2.9 ล้านคน (ร้อยละ 4.5) และผู้สูงอายุวัยปลาย จำนวน 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.0) ในอนาคตอีก 27 ปี ข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2583 ประมาณว่าจะมีประชากรสูงอายุวัยปลาย หรือผู้มีอายุ 80 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัว ซึ่งเพิ่มเร็วกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ด้วยความจริงที่ว่าคนยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น จึงพอจะเห็นภาพได้ว่าในอนาคตเมื่อสังคมไทยสูงวัยมากขึ้น ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุก็จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(2552)

จากจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้สร้างความวิตกกังวลให้กับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ พยายามที่จะศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อพัฒนาประเทศของตนให้มีคุณภาพ เมื่อต้องเปลี่ยนสภาพเป็น “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” (Orem, 2001) หรือแม้แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย สวีเดน สิงคโปร์ ญี่ปุ่น ล้วนตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เพราะบทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักถูกจำกัดให้ลดลง เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก มีผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณไม่มีประโยชน์ หมด

คุณค่าและเป็นภาระให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเอง หรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัว ต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับความช่วยเหลือ ถ้าผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ (Mason & Lee, 2004) จากสถานการณ์เช่นนี้ ทำให้หลายประเทศได้กำหนดมาตรการแก้ไขปัญหา และมีการวางแผนเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่อาจจะต้องเผชิญ เพื่อดูแลผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ การแพทย์ ยารักษาโรค การดูแลชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อที่ผู้รับและครอบครัวที่มีอยู่ได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง (World Health Organization, 2010)

ซึ่งการศึกษาสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของประชากรผู้สูงอายุตัวอย่างทั้งในเขตชนบท และเขตเมืองที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ รวมจำนวนทั้งสิ้น 56,000 คน พบว่า แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุมีอยู่ 2 แหล่งใหญ่ คือ จากบุตรมากที่สุด รองลงมา คือ จากการทำงาน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ยิ่งหลายรุ่นก็จะได้รับการเกื้อหนุนด้านรายได้จากบุตรมากยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน และในทางตรงกันข้ามจะมีรายได้จากการทำงานด้วยตนเองลดลง ทำให้ไม่เพียงพอของรายได้ลดลงด้วย ส่วนรายได้จากการออมจากกลุ่มสมรส และจากแหล่งอื่นยังมีอยู่ไม่มากนัก (กุศล สุนทรธาดา, 2552) จากการศึกษาปัญหาสถานการณ์ทางสังคม พบว่า ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่คนเดียวมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มสมรสเสียชีวิต รูปแบบครอบครัวขยายเปลี่ยนมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ลูกหลานอพยพแรงงานหรือย้ายถิ่นไปประกอบอาชีพหรือทำมาหากินที่อื่น แล้วส่งหลานกลับมาอยู่กับผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุนอกจากจะต้องดูแลตนเองแล้ว ยังต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานที่ยังเล็กอีกด้วย นอกจากนี้แล้วเมื่อประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อในเรื่องของภาระการเลี้ยงดู โดยคนวัยแรงงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราส่วนเกื้อหนุนที่คนวัยแรงงานจะต้องดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2540 ที่คนวัยแรงงาน 8 คน จะดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือ 6 คน ในปี พ.ศ. 2550 จึงทำให้อุปสงค์ของผู้ช่วยดูแลต่อจำนวนประชากรสูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลในอนาคตสูงขึ้น จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุไทย และประกอบกับลักษณะสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวน้อยลง นอกจากนั้น แนวโน้มโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะทุพพลภาพมากขึ้น (Disability) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ อยู่ในภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลและมีจำนวนมากขึ้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่าแต่เดิมนั้นการดูแลผู้สูงอายุนั้นจำกัดอยู่ที่บทบาทของคนในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรและหลาน ๆ ภายในบ้าน ก็มี การขยายจากภายในครอบครัวไปสู่ความเป็นธุรกิจบริการผู้สูงอายุภายในประเทศและต่างประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

ในต่างประเทศมีความพยายามในการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านการการรักษาพยาบาล ด้านดูแลสุขภาพ ด้านการจัดสวัสดิการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังเตรียมความพร้อมในเรื่องอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทบาทสำคัญยิ่งในอนาคต ส่วนในประเทศไทยมีนโยบายผลักดันธุรกิจบริการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความพยายามของภาครัฐที่ได้เข้ามาแทรกแซงในกระบวนการการควบคุมกำกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยนายศิริวัฒน์ ขจรประศาสน์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงพาณิชย์ได้สั่งการให้กรมพัฒนาธุรกิจการค้าทำแผนผลักดันธุรกิจบริการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหนึ่งในธุรกิจที่มีศักยภาพสูงสุดใน 3 ธุรกิจบริการ (ส่วนอีก 2 ธุรกิจที่เหลือ คือ ธุรกิจสปา ธุรกิจร้านอาหาร) ให้สามารถพัฒนาเข้าสู่เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพภายใน ปี พ.ศ. 2555 เพื่อให้มีความเข้มแข็งก่อนเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ในปี พ.ศ. 2558 (พาณิชย์ ทำแผนดัน 3 ธุรกิจบริการพัฒนาคุณภาพรุกตลาด AEC, ASTV, 2555)

กรมการพัฒนาธุรกิจการค้าพยายามผลักดันธุรกิจบริการผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานสากลเพื่อรองรับแนวโน้มประชากรของโลกที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และได้มีการแบ่งให้มีลักษณะของผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและช่วยเหลือตัวเองได้ กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และกลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่ป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งทำนรองอธิการบดีกรมพัฒนาธุรกิจการค้า ในขณะนั้นได้กล่าวว่า ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุเป็นธุรกิจที่กำลังขยายตัวอย่างมาก อีกทั้งมีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย เช่น ธุรกิจส่งคนเข้าไปดูแลและบริการผู้สูงอายุที่บ้านพัก บริการรับพาไปเที่ยว พาไปพบแพทย์ ซึ่งเป็นการทำหน้าที่แทนคนในครอบครัวที่มีภาระงานประจำ ผู้สูงอายุบางส่วนได้เข้ามาใช้บริการในประเทศไทยและมีช่องทางธุรกิจจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ (สำนักส่งเสริมพัฒนาธุรกิจ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า, 2554)

เนื่องจากความต้องการการดูแลในสถานบริการที่เพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่ปรากฏว่าภาครัฐจัดให้มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ชัดเจน ที่ผ่านมานายกรัฐมนตรีได้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุได้จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้บางส่วน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่ออุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล (สำนักส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2549) ในส่วนภาคเอกชนได้มีสถานประกอบการหลายแห่งเปิดสถานรับดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่จดทะเบียนเป็นสถานดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานของโรงพยาบาล ประเภทเวชกรรมทั่วไปโดยจดทะเบียนของสถาน พยาบาลเอกชนในปัจจุบัน มีจำนวนมากกว่า 400 แห่ง มีเพียง 4 แห่ง ที่ระบุ

ประเภทสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการจดทะเบียนในขนาด 26-100 เตียง (กองประกอบโรค
ศิลปะ, 2549)

จากการวิจัยในระดับคุณลักษณะของอัครกิตต์ พัฒนาสัมพันธ์ (2557) พบว่า องค์การ
ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) โรงพยาบาล 2) สถานบริบาล 3) บ้านพัก
คนชรา หรือสถานสงเคราะห์คนชรา 4) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) สถานที่ดูแลช่วยเหลือใน
การดำรงชีวิตแต่ละประเภทจะมีผู้สูงอายุนิยมใช้บริการ ไม่เหมือนกัน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
ใช้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยเลือกอันดับที่ 1. คือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 71.50 อันดับ
ที่ 2. สถานบริบาล คิดเป็นร้อยละ 20.10 อันดับที่ 3. สถานที่ดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต คิดเป็น
ร้อยละ 12.10 อันดับที่ 4. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 8.40 และอันดับที่ 5. บ้านพัก
คนชรา คิดเป็นร้อยละ 7.80 ดังนั้น บุคลากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จึงมีสมรรถนะแตกต่างกันออกไป
จากข้อมูลดังกล่าวไปแล้ว จะเห็นได้ว่าแนวโน้มความต้องการการดูแลผู้สูงอายุของผู้สูงอายุมิมากขึ้น
ดังนั้น ความต้องการจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ และแนวโน้มมีจำนวน
เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น ในองค์การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ควรมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะ
ที่เหมาะสม

และเนื่องจากในขณะนี้ในประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานที่รับรองและควบคุมคุณภาพ
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ช่วยเหลือที่ได้ผ่านหลักสูตรการฝึกอบรม ถึงแม้ได้มีข้อกำหนดการ
ทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขาอาชีพการดูแลผู้สูงอายุ โดยกระทรวงแรงงานแต่ยัง
ไม่มีข้อบังคับที่ชัดเจนว่าผู้ที่ผ่านการอบรมตามสถานฝึกอบรมต่าง ๆ ต้องผ่านการทดสอบมาตรฐาน
ฝีมือแรงงาน ดังนั้น ในขณะนี้จึงมีผู้ดูแลที่ผ่านการทดสอบฝีมือแรงงานจำนวนน้อย ซึ่งอาจทำให้
ต้องตระหนักถึงประเด็นปัญหาที่ตามมา คือผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีมาตรฐานหรือไม่
อย่างซึ่งจากงานวิจัยของปริญญา แร่ทอง (2547), ปิยาภรณ์ จันทร์โพธิ์ (2547) และศิริพันธุ์ สาสัดย์,
ประนอม รอดคำดี และเดือนใจ ภักดีพรหม (2550) พบว่า ผู้ดูแลไม่มีคุณภาพ ผู้ช่วยดูแลบางราย
ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพียง 3-5 วัน ทางศูนย์ก็จะจัดส่งผู้ช่วยดูแลดังกล่าวไปดูแล
ผู้สูงอายุตามบ้าน ความต้องการของผู้ว่าจ้าง ผู้ช่วยดูแลที่เข้ามาสมัครงานกับศูนย์ที่จัดผู้ดูแลตามบ้าน
ซึ่งส่วนใหญ่เข้ามาสมัครเนื่องจากมีการบอกต่อจากกลุ่มเพื่อนที่ทำงานในลักษณะเดียวกัน และ
ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาบ้าง

จากข้อมูลดังกล่าวไปแล้ว จะเห็นได้ว่าแนวโน้มความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุมิมากขึ้น
อันเนื่องมาจากลูกหลานต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว และเนื่องจากผู้สูงอายุสุขภาพ
มากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการมากขึ้นและเนื่องจากการวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว
พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีคุณภาพและไม่ได้มาตรฐาน ดังนั้น จาก

เหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อที่จะพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในองค์กรผู้สูงอายุให้มีสมรรถนะที่พึงประสงค์และมีความเป็นมืออาชีพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และเป็นแนวทางให้กับสถาบันดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ ในประเทศไทยในการสรรหา คัดเลือก ประเมินผลการปฏิบัติงานและพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับองค์กรดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบัน
3. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถมาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency dictionary

การประเมินช่องว่างของระดับความสามารถมาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency dictionary

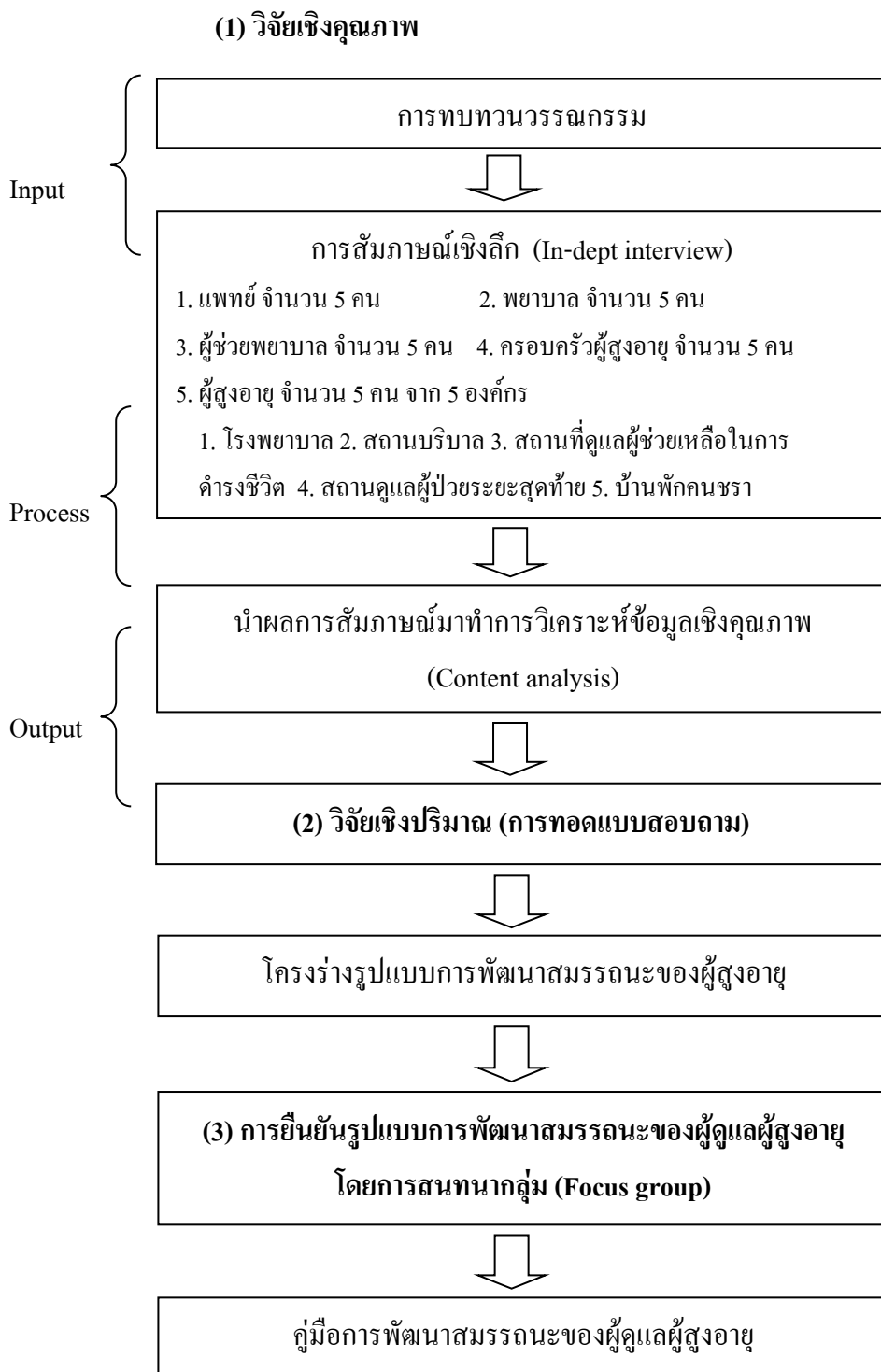
สมมติฐานของการวิจัย

1. ระดับสภาพปัจจุบันสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก
2. ระดับความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก
3. ปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีระดับสภาพปัจจุบันที่แตกต่างกัน
4. ปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีระดับความต้องการที่แตกต่างกัน

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. ระดับและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับใด
3. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

กรอบขั้นตอนการทำวิจัย กรอบที่ 1



ภาพที่ 1-1 กรอบขั้นตอนการทำวิจัย กรอบที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ กรอบที่ 2

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม
ปัจจัยส่วนบุคคล	การพัฒนารูปแบบสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ
1. เพศ 1.1 ชาย 1.2 หญิง 2. อายุ 2.1 อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี 2.2 อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี 2.3 มากกว่า 89 ปีขึ้นไป 3. สถานะภาพ 3.1 โสด 3.2 สมรส 3.3 หม้าย/หย่าร้าง 4. อาชีพก่อนเกษียณ 4.1 ข้าราชการ 4.2 พนักงานรัฐวิสาหกิจ 4.3 พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน 4.4 ธุรกิจส่วนตัว 4.5 รับจ้างทั่วไป 4.6 อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... 5. มีจำนวนบุตรในครอบครัว 5.1 ไม่มีบุตร 5.2 1-2 คน 5.3 3-4 คน 5.4 5-6 คน 5.5 7 คน 5.6 ขึ้นไป 6. การศึกษาสูงสุด 6.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ 6.2 ประถมศึกษา 6.3 มัธยมศึกษา 6.4 อนุปริญญา 6.5 ปริญญาตรี 6.6 สูงกว่าปริญญาตรี 7. รายได้ต่อเดือน 7.1 ไม่มีรายได้ 7.2 น้อยกว่า 5,000 บาท 7.3 5,000-10,000 บาท 7.4 10,001-15,000 บาท 7.5 15,001-20,000 บาท 7.6 20,001-25,000 บาท 7.7 25,001-30,000 บาท 7.8 มากกว่า 30,000 บาท	1. สมรรถนะหลัก 1.1 การทำงานเป็นทีม 1.2 การติดต่อสื่อสาร 1.3 ความมุ่งมั่นสัมฤทธิ์ของงานด้วยความ เที่ยงธรรม 1.4 ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 1.5 จิตบริการ 1.6 ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม 2. สมรรถนะหน้าที่ 3.1 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย 3.2 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ 3.3 ความสามารถในการใช้อุปกรณ์และบำรุง เครื่องมือต่าง ๆ 3.4 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือ สิ่งคัดหลั่ง 3.5 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ 3.6 ความรับผิดชอบในงาน 3. สมรรถนะการจัดการ 2.1 ความสามารถในการจัดการ 2.2 กภาวะผู้นำ 2.3 การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ

ภาพที่ 1-2 กรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ กรอบที่ 2

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลให้กับสถาบันดูแลผู้สูงอายุใช้สำหรับการนำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการสรรหา คัดเลือกและประเมินผลการปฏิบัติงานและพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
2. เพื่อนำมาทำคู่มือการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุในองค์กรผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 3 ด้าน คือ

- 1.1 สมรรถนะหลัก
- 1.2 สมรรถนะหน้าที่
- 1.3 สมรรถนะการจัดการ

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลที่ 1. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุ 2. สถานบริบาลเดอะซีเนียร์ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล 3. บ้านพักผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์ จำนวน 2 คน พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล 4. โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และบ้านพักคนชรา จำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลจนอิ่มตัวได้ จำนวน 17 คน

2.2 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อยู่ในกรุงเทพฯ 728,695 คน และจังหวัดนนทบุรี 232,435 คน รวม 961,130 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อยู่ในกรุงเทพฯ และเขตจังหวัดนนทบุรี ที่มีสุขภาพแข็งแรง มีความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม ตามสูตรของ Krejcie and Morgan

(1970) ใช้ค่าการสุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยการสุ่มแบบสะดวก (Convenience selection)

$$\begin{aligned} \text{ตามสูตร} \quad n &= \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)} \\ n &= \frac{(3.841) 961,130 (0.5) (1-0.5)}{(0.05)^2 (961,130 - 1) + (3.841) 0.5 (1-0.5)} \\ &= 383 \end{aligned}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95 % ($\chi^2 = 3.841$)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด P = 0.5)

2.3 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน เพื่อตรวจประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาศมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยทำการสนทนากลุ่มอิงผู้เชี่ยวชาญ (Focus group discussion)

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา การวิจัยในครั้งนี้เก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ผลการวิจัยตั้งแต่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 เดือน

นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการพัฒนาศมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง โครงสร้างของการวิเคราะห์คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของตำแหน่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนของการดำเนินงานเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์เชิงลึก 2) การศึกษาสภาพปัจจุบันและความต้องการเกี่ยวกับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) การสร้างรูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุและรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4) ยืนยันรูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุและรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) 5) ทำคู่มือการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป เป็นวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ซึ่งต้องการได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยจำแนกผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ อายุ 60-69 ปี เรียกว่าผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 70-79 ปี เรียกว่าผู้สูงอายุตอนกลาง และ อายุ 80 ปี ขึ้นไปเรียกว่า ผู้สูงอายุตอนปลาย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ถูกว่าจ้างให้มาดูแลผู้สูงอายุแล้วได้รับค่าตอบแทน โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุจากกระทรวงศึกษาธิการ หรือกระทรวงสาธารณสุข

สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม และคุณลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะหลัก หมายถึง ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และคุณลักษณะที่ทุกคนในองค์กรจำเป็นต้องมี ที่จะช่วยสนับสนุนในองค์กรบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์ขององค์กร

สมรรถนะการจัดการ หมายถึง ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และคุณลักษณะความสามารถในการจัดการในการดูแลผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ

สมรรถนะหน้าที่ หมายถึง ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และคุณลักษณะในหน้าที่เฉพาะตำแหน่งนั้น ๆ ที่จะต้องมี คือ ตำแหน่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติงาน ตำแหน่งงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้อย่างสัมฤทธิ์ผล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความทางวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเรื่องรูปแบบ
2. แนวคิดเรื่องสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะ
4. แนวคิดและทฤษฎีผู้สูงอายุ
5. แนวคิดเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเรื่องรูปแบบ

1. ความหมายของรูปแบบ

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้นิยาม รูปแบบ หมายถึง รูปที่กำหนดเป็นหลักหรือเป็นแนว ซึ่งเป็นที่ยอมรับ สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเช่นนั้น

วิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์ (2547) กล่าวว่า รูปแบบเป็นการจำลองภาพในอุดมคติที่นำไปสู่การอธิบายคุณลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจที่ไม่มีองค์ประกอบตายตัว หรือรายละเอียดทุกแง่มุม โดยผ่านกระบวนการทดสอบอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความแม่นยำและเชื่อถือได้

สุเทพ บุญเติม (2549, หน้า 5) ให้ความหมายไว้ว่า รูปแบบ (Model) หมายถึง โครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ปัจจัยและกิจกรรมที่สำคัญในเชิงความสัมพันธ์ หรือเหตุผลซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้เข้าใจข้อเท็จจริงในการกำกับติดตามสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ในการบริหารและการจัดการศึกษาของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานในสังกัดพื้นที่การศึกษา

โดยสรุปแล้ว รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างของการดำเนินงานที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญ โดยมีระบบ/ กระบวนการขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์ไว้

2. ประเภทของรูปแบบ

Steiner (1964, p. 23) ได้เสนอว่ารูปแบบสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ

1. รูปแบบเชิงปฏิบัติ (Practical model or model-for) รูปแบบประเภทนี้เป็นแบบจำลองทางกายภาพ เช่น แบบจำลองรถยนต์ เครื่องบิน ภาพจำลอง

2. รูปแบบเชิงทฤษฎี (Theoretical model or model-for) เป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้นจากกรอบความคิดที่มีทฤษฎีเป็นพื้นฐาน ตัวทฤษฎีเองไม่ใช่รูปแบบหรือจำลอง เป็นตัวช่วยให้เกิดรูปแบบที่มีโครงสร้างต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กัน

Smith et al. (1980) แบ่งรูปออกเป็น 2 ประเภท

1. รูปแบบเชิงกายภาพ เป็นรูปแบบรูปปั้นที่มีลักษณะคล้ายของจริง เช่น เครื่องบินจำลอง รูปปั้นคนเหมือน แบบจำลองสิ่งก่อสร้างและรูปแบบเชิงอุปมาที่มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลองทางเคมีในห้องปฏิบัติการทดลองก่อนการทำการทดลองจริง

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ เป็นรูปแบบของข้อความ เป็นการให้ข้อความในการอธิบายต่อ เช่น คำพรรณนาลักษณะงาน และรูปแบบทางคณิตศาสตร์

Keeves (1988, p. 13) จำแนกรูปแบบได้ 5 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบคล้าย (Analogue model) คือ เป็นรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับระบบกายภาพ มักเป็นรูปแบบที่ใช้วิทยาศาสตร์กายภาพ เป็นรูปแบบที่นำไปใช้อุปมากับสิ่งอื่นได้ เช่น รูปแบบจำลองระบบสุริยะที่เกิดขึ้นจริง ธนาคารจำลองกับระบบธนาคารที่เป็นแบบจำลองการผลิตกับการผลิตจริง เป็นต้น

2. รูปแบบที่อธิบายความหมายหรือให้ความหมาย (Semantic models) คือ เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาไทยในการบรรยายลักษณะรูปแบบ รูปแบบชนิดนี้จะช่วยให้วิธีอุปมาในการพิจารณาด้วยภาษา มากกว่าที่จะใช้วิธีอุปมาในการพิจารณาด้วยโครงสร้างกายภาพ

3. รูปแบบที่มีลักษณะเป็นแผนภูมิ แบบแผน หรือ โครงการ (Schematics models)

4. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical models) คือ เป็นรูปแบบที่กำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ในรูปสมการหรือฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์

5. รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal models) คือ เป็นรูปแบบที่มีโครงสร้างเป็นสมการเชิงเส้นที่ประกอบด้วย ตัวแปรสัมพันธ์กันเป็นเหตุผล มีการทดสอบสมมติฐานผลของรูปแบบ

Keeves (1988, p. 560) ได้อธิบายหลักการอย่างกว้าง ๆ ในการสร้างว่ารูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้ และควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ โดยแบ่งรูปแบบเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. รูปแบบเชิงเทียบเคียง (Analogue model) ลักษณะเป็นรูปแบบเชิงกายภาพส่วนใหญ่ ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์ เช่น รูปแบบของการพัฒนาของอะตอม เป็นต้น สร้างขึ้นโดยใช้หลักการเทียบเคียงโครงสร้างของรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายคลึงกัน และทำให้รูปแบบสอดคล้องกับข้อมูล หรือความรู้ที่มีอยู่ในขณะนั้นด้วย รูปแบบที่สร้างขึ้นต้องมีองค์ประกอบชัดเจน เพื่อให้สามารถนำไปทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ และสามารถนำไปใช้ในการหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง

2. รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic model) ลักษณะสำคัญของรูปแบบนี้ คือ การแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบภายในรูปแบบ ในรูปของข้อความ รูปแบบเชิงข้อความ ใช้หลักการเทียบเคียงแนวคิด ปรากฏการณ์และใช้ข้อความในการอธิบาย จึงทำให้เกิดความกระจำงมากขึ้น

3. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical model) รูปแบบนี้เป็นการแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดผลทางการศึกษา รูปแบบลักษณะนี้สามารถนำไปสู่การสร้างทฤษฎี เพราะสามารถนำไปทดสอบสมมติฐานได้ รูปแบบทางคณิตศาสตร์นี้ ส่วนมากมาจากรูปแบบเชิงข้อความ

4. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal model) รูปแบบนี้เริ่มมาจากการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ไปศึกษาเรื่องเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้ทำให้สามารถศึกษา รูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดที่สำคัญของรูปแบบนี้ คือ ต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎี หรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุ เชิงผล ระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในสภาพการณ์ที่เป็นจริง เพื่อทดสอบรูปแบบ

ทศนา เขมมณี (2551, หน้า 20) ได้เสนอขั้นตอนในการสร้างรูปแบบไว้ 5 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นรวบรวมปัญหา (Problem formulation) เพื่อให้รู้ว่าอะไรคือ ปัญหาที่แท้จริง
2. ขั้นพัฒนารูปแบบ (Model construction) ดำเนินการภายหลังจากที่ได้รวบรวมปัญหาต่าง ๆ แล้ว ในการสร้างรูปแบบต้องพิจารณาวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการสร้างและต้องรู้ถึงลักษณะเฉพาะที่ต้องการของผลผลิต ต้องรู้ข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นและควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการสร้างและความสนใจของผู้ใช้ด้วย เพราะถ้ารูปแบบมีค่าใช้จ่ายสูงและไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้ ข้อมูลที่รวบรวมมาอาจมีโอกาสบกพร่องได้ในระหว่างการดำเนินงานขั้นต่าง ๆ จึงควรให้มีการให้คำจำกัดความ สภาพการณ์ การสุ่มตัวอย่าง และทำตามหลักวิชาอย่างเคร่งครัด

3. การทดสอบรูปแบบ (Testing the model) เมื่อสร้างรูปแบบเสร็จแล้วควรทดสอบโดยพิจารณาถึง

3.1 มีความตรงตามสถานการณ์จริง (Valid) รูปแบบที่สร้างหากมีความใกล้เคียงกับความจริงจะดีมาก เพราะจะช่วยให้การตัดสินใจดีขึ้น ไม่ยุ่งยากต่อการนำไปใช้ และควรพิจารณาถึงระดับของความสำเร็จจากการแก้ปัญหา

3.2 มีการนำไปทดลองใช้เพื่อเปรียบเทียบว่าผลการนำไปใช้ ทำให้มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานอย่างไร การทดลองใช้มี 2 ลักษณะ คือ ทดลองย้อนหลัง (Retrospective valuation) โดยใช้กับข้อมูลในอดีตและการทดลองใช้ปฏิบัติในปัจจุบัน (Pretest)

4. การทำให้สำเร็จ (Implementation) เมื่อผ่านการทดสอบแล้วก็ควรสามารถที่จะนำไปใช้ให้เกิดความสำเร็จ เพราะไม่มีรูปแบบใดที่จะเรียกว่าสำเร็จอย่างสมบูรณ์ จนกว่าจะได้รับการยอมรับ ได้รับความสนใจ และมีการนำไปใช้

5. การพัฒนาปรับปรุงรูปแบบให้ทันสมัย (Model updating) แม้จะมีการนำรูปแบบไปใช้อย่างประสบความสำเร็จ แต่ก็ควรมีการพัฒนาปรับปรุง ประยุกต์ให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและสถานการณ์ที่กระทบจากภายในและภายนอกองค์กรด้วย

แนวคิดเรื่องสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ความหมายของสมรรถนะ

ความหมายของสมรรถนะจากการศึกษาความหมายของสมรรถนะที่นักวิชาการหลายท่าน ได้กล่าวถึงความหมายของสมรรถนะ มีดังนี้

Tracey and Sharyn (2003, p. 10) กล่าวว่า Mc Celland ได้อธิบายความหมายของสมรรถนะ (Competency) หมายถึง ลักษณะบุคคล แรงจูงใจ พฤติกรรม ทักษะหรือความรู้ที่ทำให้เกิดแรงขับ ทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Competency จาก Anne Mulcahy ซึ่งเป็น CEO ของบริษัท Xerox ไว้ดังนี้ คือ สมรรถนะ (Competency) หมายถึง การรวมเอาความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และทัศนคติอันเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ได้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ชัชวาลิต สรวารี (2550, หน้า 160-165) ได้สรุป ความหมายของสมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะของงานหรือคุณสมบัติพึงประสงค์ของงาน แบ่งออกได้ 2 ส่วน คือ สมรรถนะ (Competency) ที่งานต้องการ และสมรรถนะ (Competency) ที่มีอยู่ในตัวตน ซึ่งเน้นการให้ความสำคัญกับทักษะ (Skill) และความรู้ (Knowledge) รวมถึงลักษณะที่สามารถเห็นได้ภายนอก มากำหนดเป็นหัวใจของสมรรถนะ (Competency) ในองค์กรประสบความสำเร็จ ซึ่งได้แก่

1. Social role คือ บทบาทสังคม ซึ่งแสดงออกตามค่านิยม หรือ Value ที่คน ๆ นั้นมี (คือ สิ่งที่คน ๆ นั้นคิดว่าสำคัญ มาจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม การเรียนรู้)

2. Self-image คือ ภาพที่คน ๆ นั้นมองตัวเอง
3. Traits/ personality คือ บุคลิกภาพและตัวตนที่แท้จริงของคน ๆ นั้น
4. Motive คือ แรงจูงใจที่ผลักดันให้คนมีพฤติกรรมในแบบที่คน ๆ นั้นเป็นอยู่

คณีย์ เทียนพุด (2550, หน้า 53) ได้สรุปรูปแบบความสามารถที่ใช้ในธุรกิจ ดังนี้
 สมรรถนะ (Competency) คือ การบูรณาการความรู้ ทักษะ ทักษะทัศนคติ และคุณลักษณะส่วนบุคคล (Personal attributes) มาใช้ได้ดีในบทบาทนั้น ๆ จนกระทั่งเกิดผลงานที่คุณค่าสูงสุด (Superior performance) หรือมีประสิทธิภาพมากที่สุด

รัชนิวรรณ วณิชย์ถนอม (2550) สมรรถนะ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่ทำให้บุคลากรในองค์กรปฏิบัติงานได้ผลงานที่โดดเด่นกว่าคนอื่น ๆ โดยบุคลากรเหล่านี้แสดงคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมดังกล่าวมากกว่าเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่หลากหลายกว่าและได้ผลงานดีกว่าผู้อื่น

ธำรงค์ศักดิ์ กงศาสวัสดิ์ (2552) สมรรถนะ คือ คุณลักษณะ เช่น ความรู้ความสามารถ ความชำนาญ ทักษะทัศนคติ ความเชื่อ ตลอดจนพฤติกรรมของบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2553, หน้า 100) กล่าวว่า สมรรถนะ หรือความสามารถในการทำงาน (Competence/ competency) หมายถึง ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และคุณลักษณะของบุคคล ซึ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงานในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดและความหมายสมรรถนะของนักวิชาการแต่ละท่าน จึงสามารถสรุปได้ว่า สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ความรู้ความสามารถ ทักษะและคุณลักษณะของบุคคล ซึ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงานในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง แล้วส่งผลต่อความสำเร็จในหน้าที่และความรับผิดชอบในการทำงาน

2. Competency model

Competency model คือ รูปแบบการจัดกลุ่ม Competency ขององค์กรหรือหน่วยงานหนึ่ง ๆ โดยรูปแบบดังกล่าวมักเกิดจากการนำวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) ค่านิยมหลัก (Core values) หรือแผนกลยุทธ์ (Strategic plan) ขององค์กรมาพิจารณาร่วมกับงานในฝ่ายต่าง ๆ ขององค์กร

รูปแบบของ Competency หรือ Competency model มักจะประกอบด้วยประเภท (Category) หรือกลุ่ม (Groups) ของ Competency ประมาณ 2-4 กลุ่ม ซึ่งได้เรียกกลุ่มดังกล่าวว่า Cluster โดยแต่ละ Cluster ก็จะประกอบด้วย Competency ประมาณ 2-5 ตัว (อาจมากหรือน้อยกว่านี้

ก็ได้ โดยการจัดประเภทของสมรรถนะตามแนวคิดของนักวิชาการต่าง ๆ โดยจะกล่าวถึงในรายละเอียด มีดังนี้ (สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ, 2550, หน้า 29)

McClland (n.d. อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548) ประกอบด้วย

1. สมรรถนะหลัก (Core competency) เป็นสมรรถนะหลักขององค์กรที่ทุกหน่วยงานต้องถือเป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ได้แก่ ความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ (Achievement orientation) การติดต่อสื่อสาร (Communication) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) การให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer focus) ความซื่อสัตย์สุจริต (Integrity) การคิดอย่างเป็นระบบ (System thinking) และการทำงานเป็นทีม (Team work)

2. สมรรถนะวิชาชีพ (Professional competency) เป็นสมรรถนะของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งจะกำหนดไว้ในแต่ละสาขาวิชาชีพว่าบุคคลในวิชาชีพนี้ควรมีสมรรถนะ หรือคุณลักษณะอย่างไร ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์กร (Organization) การแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์ (Creative problem solving) อดทนต่อความกดดัน (Tolerance for stress) และการควบคุมตนเอง (Self control)

3. สมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical competency) เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานตามลักษณะเฉพาะแต่ละกิจกรรม ในการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ที่สำคัญ และจำเป็นในวิชาชีพ ได้แก่ ความคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking) การใช้เทคโนโลยี (IT Application) การใส่ใจในเรื่องคุณภาพ (Quality focus) และความชำนาญด้านเทคนิค (Technical expertise)

ปิยะชัย จันทรวงศ์ไพศาล (2549, หน้า 16-60) จำแนกสมรรถนะเป็น 3 ประเภท คือ

1) สมรรถนะหลัก หมายถึง ส่วนที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เป็นผลมาจากการผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีที่ซับซ้อนและการปฏิบัติงานอย่างกลมกลืนที่จะสนับสนุนวิสัยทัศน์ พันธกิจ และความสามารถหลักขององค์กร 2) สมรรถนะการบริหารจัดการ (Professional competency) หมายถึง ความสามารถในการบริหารจัดการตามกลยุทธ์ขององค์กร และหน่วยงานที่มีความยืดหยุ่น เมื่อกลยุทธ์ปรับไปตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปัจจัยต่าง ๆ บุคลากรในองค์กรจะต้องปรับตัวให้สามารถตอบสนองตามกลยุทธ์นั้น และ 3) สมรรถนะในงาน หมายถึง ความสามารถที่มีเฉพาะในตำแหน่งงานนั้น ๆ เพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรมีความรู้ ทักษะ และความสามารถเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

ณรงค์วิทย์ แสนทอง (2550, หน้า 10-11) ได้กล่าวถึงประเภทของสมรรถนะ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. Core competency หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะทัศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยของคนในองค์กร โดยรวม ที่จะช่วยสนับสนุนให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ได้

2. Job competency หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยที่จะช่วยส่งเสริมให้คน ๆ นั้น สามารถสร้างผลงานในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งนั้น ๆ ได้สูงกว่ามาตรฐาน

3. Personal competency หมายถึง บุคลิกลักษณะของคนที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยที่ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ โดดเด่นกว่าคนทั่วไป เช่น พวกที่สามารถอาศัยอยู่กับแมลงป่องหรือสรพิษได้ เป็นต้น ซึ่งมักจะเรียกว่า Personal competency ว่า ความสามารถพิเศษส่วนบุคคล

สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ (2550, หน้า 29-30) ประเภทของ Competency มี 5 กลุ่ม คือ

1. Core competency เป็น Competency ที่สะท้อนค่านิยมหลักที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของพนักงานทุกคนในองค์กร เป็น Competency ร่วม ที่องค์กรคาดหวังให้พนักงานทุกคน ทุกตำแหน่งต้อง “มี” เช่น การทำงานเป็นทีม การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

2. Managerial competency หมายถึง กลุ่ม Competency ที่เกี่ยวข้องกับ “ทักษะ” ด้านการบริหารจัดการ โดยองค์กรคาดหวังให้พนักงานในตำแหน่ง “หัวหน้างาน” หรือผู้ที่ต้องบังคับบัญชา “ลูกน้อง” ต้องมีทักษะดังกล่าว เช่น การตัดสินใจ การวางแผน

3. Functional competency เป็นกลุ่ม Competency ที่เกี่ยวข้องกับ “ความรู้” และ “ทักษะ” ของกลุ่มงาน หรือฝ่ายงานหนึ่ง ๆ (Job family) ซึ่ง Competency ในกลุ่มนี้จะเป็น Competency ร่วมของพนักงานทุกคนที่ทำงานในกลุ่มงานหรือฝ่ายงานนั้น ๆ

4. Job or technical competency หมายถึง Competency ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ “ความรู้” และ “ทักษะ” ที่จำเป็นต่อการทำงานของพนักงานในตำแหน่งหนึ่ง ๆ โดยพนักงานแต่ละคนจะมี Job competency แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของตน

5. Personal attributes เป็นกลุ่ม Competency ที่เป็นคุณลักษณะที่ซ่อนอยู่ในบุคคลแต่ละคน ซึ่งมีผลอย่างมากต่อทัศนคติในการทำงานและความสำเร็จในงานของบุคคล ๆ นั้น โดยสรุป สมรรถนะแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1. สมรรถนะหลัก 2. สมรรถนะการจัดการ 3. สมรรถนะหน้าที่ ประเภทที่ 1 สมรรถนะหลัก มีองค์ประกอบ คือ คุณลักษณะ (ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม) ที่ทุกคนในองค์กรจำเป็นต้องมี เพื่อที่จะทำให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้สำเร็จลุล่วงตาม วิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) เป้าหมาย (Goal) ขององค์กร ประเภทที่ 2 สมรรถนะการจัดการ มีองค์ประกอบ คือ คุณลักษณะ (ความรู้ ทักษะและพฤติกรรม) ความสามารถในการจัดการ ในการดูแลผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ ประเภทที่ 3 สมรรถนะหน้าที่ มีองค์ประกอบ คือ คุณลักษณะ (ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม) ความสามารถที่มีเฉพาะในตำแหน่งนั้น ๆ เพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรมีความรู้ ทักษะ และความสามารถเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

3. Competency dictionary

Competency dictionary หมายถึง เอกสารที่รวบรวม Competency ทั้งหมดขององค์กร เพื่อใช้ในการอ้างอิงในการกำหนดและนำกิจกรรมการพัฒนาองค์กรที่เกี่ยวกับกระบวนการการบริหารทรัพยากรมนุษย์ไปสู่การปฏิบัติ โดย Competency dictionary จะแสดงรายละเอียดต่าง ๆ ของ Competency แต่ละตัว (สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ, 2550, หน้า 30-31)

คำจำกัดความ (Definition) คือ ความหมายของ Competency แต่ละตัวที่องค์กรกำหนดขึ้นเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันของสมาชิกในองค์กร

ระดับความสามารถ (Proficiency level) คือ ระดับความยากง่ายของ Competency แต่ละตัว โดยทั่วไปจะกำหนดไว้ประมาณ 4-6 ระดับ

ตัวชี้วัดด้านพฤติกรรม (Behavioral indicator) คือ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงาน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์กรใช้ในการวัด Competency นั้น ๆ ของพนักงานแต่ละคน

4. สมรรถนะของผู้ช่วยดูแล

สมรรถนะของผู้ช่วยดูแลทางด้านสุขภาพที่ให้ออกรับบทบาทในการปฏิบัติงานทั่วไป แบ่งออกเป็น 7 หัวข้อใหญ่ ๆ (Kent, 2006 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2549, หน้า 40-41) คือ

1. การแนะนำเบื้องต้น (Orientation) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ช่วยดูแลทางด้านสุขภาพ เช่น ลักษณะของงาน บทบาทและหน้าที่ การขอวันหยุด และการรายงานความเจ็บป่วยของตนเอง เครื่องแบบ ขั้นตอนการร้องเรียน นโยบายในแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ผู้ที่ให้อาหารเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย สถานที่เก็บหนังสือรายงานอุบัติเหตุ การรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง การรายงานการซ่อมบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น

2. สุขภาพและความปลอดภัย (Health and safety) ผู้ช่วยดูแลจะต้องมีเอกสารเกี่ยวกับนโยบายในการปฏิบัติ เพื่อควบคุมการติดเชื้อ และระบุปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมได้

3. การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control) ผู้ช่วยดูแลจะต้องทราบวิธีการล้างมืออย่างถูกต้อง สามารถระบุและอภิปรายกับพี่เลี้ยงในเรื่องการเตรียมทำความสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อ และเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ มีความเข้าใจในวิธีการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายและแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในเรื่องการจัดการกับตัวอย่าง รวมถึงการติดป้ายชื่อ การเก็บและการส่งตัวอย่างไปยังทางห้องปฏิบัติการ

4. การฝึกฝนการป้องกันไฟไหม้ (Fire training) ผู้ช่วยดูแลจะต้องแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในการป้องกันไฟไหม้และวิธีปฏิบัติ เมื่อมีไฟไหม้เกิดขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบ ทราบสถานที่

ให้สัญญาณไฟไหม้ การปิดวาล์วแก๊สและอุปกรณ์ฉุกเฉิน และมีความเข้าใจในความถี่ของการฝึกอบรมซ้ำเรื่องไฟไหม้

5. การทำงานในสถานบริการปฐมภูมิ (Working in primary care) โดยมีความเข้าใจและยินยอมลงชื่อการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

6. ตำแหน่งใหม่และหน้าที่รับผิดชอบ (The new post & responsibilities) สามารถอธิบายการกระทำในการช่วยเหลือแพทย์หรือพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่แพ้อย่างรุนแรง สามารถระบุอุปกรณ์ในที่ทำงานได้และทราบวิธีการทดสอบมาตรฐานของเครื่อง รวมทั้งการบำรุง รักษาอุปกรณ์ เช่น เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดัน โลหิต และเครื่องมืออุปกรณ์ไร้เชื้อ นอกจากนี้จะต้องรู้จักขั้นตอนการปฏิบัติในการสั่งยาและเก็บยาและวัคซีนที่ถูกต้อง รวมทั้งสามารถอธิบายวิธีการจะปกป้องความลับของผู้ป่วย

7. การพัฒนาวิชาชีพ (Professional development) ทราบวิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วยจากความดัน โลหิต อุณหภูมิ รวมทั้งทราบค่าปกติและวิธีปฏิบัติเมื่อค่าที่ได้จากการสังเกต ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ สามารถวัด EKG และขั้นตอนการส่งต่อเมื่อมีค่าผิดปกติ รวมทั้ง เข้าใจวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงความมีศักดิ์ศรีในตนเอง ในขณะที่ให้การช่วยเหลือแพทย์ใน การให้ดูแลรักษา

โดยสรุป สมรรถนะของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่ดังนี้ คือ เข้าใจนโยบายด้านสุขภาพและความปลอดภัยของรัฐบาลและองค์กร โดยสามารถดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของตนเองและผู้สูงอายุ มีการดูแลและรายงานการซ่อมบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ และควบคุมการติดเชื้อโดยการเตรียมการในการทำมาสะอาด การใช้หน้ากากาเชื้อ และมีความสามารถในการใช้เทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ มีความเข้าใจวิธีการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง มีการฝึกฝนการป้องกันไฟไหม้โดยมีความรู้ในการป้องกันไฟไหม้และวิธีปฏิบัติเมื่อมีไฟไหม้เกิดขึ้น มีจริยธรรมคุณธรรมในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ ทำหน้าที่ช่วยเหลือแพทย์หรือพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยที่แพ้อย่างรุนแรง รวมถึงความสามารถในการบำรุงรักษาอุปกรณ์และทราบวิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วยจากความดัน โลหิตสูง โดยทราบค่าปกติและสามารถส่งต่อเมื่อมีค่าผิดปกติ รวมทั้งมีความเข้าใจวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงความมีศักดิ์ศรีในตนเอง ในขณะที่ให้ความช่วยเหลือแพทย์ พยาบาลในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

5. บทบาทของพยาบาลและผู้ช่วยดูแล

จากการศึกษาของ Perry, Carpenter, Challis and Hope (2003) พบว่า พยาบาลมีความรู้ดีกว่าตนเองมีหลายบทบาท เช่น เป็นผู้บริหาร (Administrator) ผู้จัดการ (Manager) ผู้ตรวจการ (Supervisor) พยาบาล (Nurse) และผู้ดูแลในช่วงที่ปฏิบัติงาน (Career) อย่างไรก็ตาม ใน

การทำงานของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มพยาบาลขั้นพื้นฐาน ในขณะที่กลุ่มผู้ช่วยการดูแล มองว่าตนเองมีบทบาท ไม่แตกต่างกับพยาบาลหรือสามารถทำหน้าที่แทนกันได้ (Masterson, 2004)

ด้วยตระหนักถึงคุณภาพการดูแลในสถานบริบาลผู้สูงอายุ จึงนำไปสู่การเรียกร้องให้มีการฝึกอบรมผู้ช่วยดูแล และการออกประกาศนียบัตร (Qualification) ในระดับที่สูงขึ้นอยู่เสมอ ๆ ต่อมารัฐบาลได้ตั้งหน่วยงานฝึกอบรมสำหรับการบริการด้านสังคมที่เป็นส่วนบุคคล (Training Organization for Personal Social Services: TOPSS) และได้แนะนำสภาการดูแลด้านสังคมทั่วไป (General Social Care for Personal Social Services: TOPSS) และได้แนะนำสภาการดูแลด้านสังคมทั่วไป (General Social Care Council: GSCC) ซึ่งต่อมาเป็นผู้ที่ให้การดูแลด้านการฝึกอบรมและการให้ประกาศนียบัตรให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล (Care Standards Act 2000) ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของคุณวุฒิทั้งพยาบาลและผู้ช่วยดูแล เนื่องจากการเตรียมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับมาตรฐานในการพยาบาล (Masterson, 2004)

6. สมรรถนะของผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการ

สถานบริบาลมีการจ้างงานมากกว่า 41,000 คน มากกว่าสถานสงเคราะห์อื่น ๆ บุคลากรเจ้าหน้าที่ในสถานบริบาล ประกอบด้วย (Campbell, 1984; Lassey & Lassey, 2001)

1. แพทย์ (Doctor) เกณฑ์ข้อบังคับในระดับชาติ ระบุว่าจะต้องมีแพทย์ 1 คน ต่อผู้ป่วยไม่เกิน 100 คน
2. พยาบาล อัตราพยาบาลต่อผู้พักอาศัยจะต้องเป็น 1: 35 โดยเฉลี่ยมีพยาบาลประมาณ 3 คน ในสถานบริบาลแต่ละแห่ง
3. ผู้ให้การดูแล (Care worker) ที่ทำหน้าที่คล้าย ๆ กับพนักงานผู้ช่วยทางการแพทย์แต่ในประเทศญี่ปุ่นจะให้การยอมรับว่าเป็นอาชีพทางสังคมเคราะห์มากกว่าทางด้านสุขภาพ จึงเรียกว่าเป็น Care worker มากกว่า Nursing aides เกณฑ์ข้อบังคับในระดับชาติ ระบุว่าจะต้องมีผู้ให้การดูแล 1 คน ต่อผู้ป่วย 3-4 คน ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่มีหลายหน้าที่ ทั้งทำความสะอาดพื้น การซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้พักอาศัย การอาบน้ำ การป้อนอาหารและการดูแลผู้ป่วย
4. ผู้อำนวยการ (Director) เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการบริหารจัดการในสถานบริบาล
5. นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) อาจทำงานเป็นบางเวลา
6. นักโภชนาการ (Nutritionist) สถานบริบาลทุกแห่งจะมีนักโภชนาการประจำกเว้นในสถานที่มีผู้พักอาศัยน้อยกว่า 80 คน
7. เสมียน
8. พ่อครัว

9. นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดในอดีตไม่ได้กำหนดสัดส่วนไว้ว่าต้องมีประจำสถานบริการ เนื่องจากมีบุคลากรประเภทนี้ค่อนข้างน้อยในประเทศไทย เนื่องจากขาดการเอาใจใส่ในการส่งเสริมการฝึกอบรม

สมรรถนะแบ่งเป็น 3 ประเภท

ตารางที่ 2-1 สมรรถนะหลัก

ที่	ชื่อ	องค์ประกอบ
1.	McClland (n.d. อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)	สมรรถนะหลัก (Core competency) เป็นสมรรถนะหลักขององค์กรที่ทุกหน่วยงานต้องถือเป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ได้แก่ ความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ (Achievement orientation) การติดต่อสื่อสาร (Communication) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) การให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer focus) ความซื่อสัตย์สุจริต (Integrity) การคิดอย่างเป็นระบบ (System thinking) และการทำงานเป็นทีม (Team work)
2.	ปิยะชัย จันทรวงศ์ไพศาล (2549)	สมรรถนะหลัก หมายถึง ส่วนที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เป็นผลมาจากการผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีที่ซับซ้อนและการปฏิบัติงานอย่างกลมกลืนที่จะสนับสนุนวิสัยทัศน์ พันธกิจ และความสามารถหลักขององค์กร
3.	สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ (2550)	Core competency เป็น Competency ที่สะท้อนค่านิยมหลักที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของพนักงานทุกคนในองค์กรเป็น Competency ร่วม ที่องค์กรคาดหวังให้พนักงานทุกคน ทุกตำแหน่งต้อง “มี” เช่น การทำงานเป็นทีม การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2-2 สมรรถนะการจัดการ

ที่	ชื่อ	องค์ประกอบ
1.	ปิยะชัย จันทรวงศ์ไพศาล (2549)	ด้านการบริหารจัดการ
2.	สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ (2550)	ด้านการบริหารจัดการ

ตารางที่ 2-3 สมรรถนะหน้าที่

ที่	ชื่อ	องค์ประกอบ
1.	Campbell (1984) และ Lassey and Lassey (2001)	ผู้ให้การดูแล (Care worker) ที่ทำหน้าที่คล้าย ๆ กับ พนักงานผู้ช่วยทางการแพทย์ แต่ในประเทศญี่ปุ่นจะ ให้การยอมรับว่าเป็นอาชีพทางสังคมเคราะห์มากกว่า
2.	Kent (2006 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2549, หน้า 40-41)	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแนะนำเบื้องต้น (Orientation) ที่เกี่ยวข้องกับ การทำงานของผู้ช่วยดูแลทางด้านสุขภาพ เช่น ลักษณะของงาน บทบาทและหน้าที่ การขอวันหยุด และการรายงานความเจ็บป่วยของตนเอง เครื่องแบบ ขั้นตอนการร้องเรียน นโยบายในแนวทางการปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ผู้ที่ให้ดูแลเรื่องสุขภาพและ ความปลอดภัย สถานที่เก็บหนังสือรายงานอุบัติเหตุ การรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง การรายงาน การซ่อมบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น 2. สุขภาพและความปลอดภัย (Health and safety) ผู้ช่วยดูแลจะต้องมีเอกสารเกี่ยวกับนโยบายในการ ปฏิบัติเพื่อควบคุมการติดเชื้อ และระบุปัจจัยเสี่ยงใน สิ่งแวดล้อมได้

ตารางที่ 2-3 (ต่อ)

ที่	ชื่อ	องค์ประกอบ
		<p>3. การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control) ผู้ช่วยดูแลจะต้องทราบวิธีการล้างมืออย่างถูกต้อง สามารถระบุและอภิปรายกับพี่เลี้ยงในเรื่องการเตรียมทำความสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อ และเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ มีความเข้าใจในวิธีการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกาย และแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในเรื่องการจัดการกับตัวอย่าง รวมถึงการติดป้ายชื่อ การเก็บและการส่งตัวอย่างไปยังทางห้องปฏิบัติการ</p>
		<p>4. การฝึกฝนการป้องกันไฟไหม้ (Fire training) ผู้ช่วยดูแลจะต้องแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในการป้องกันไฟไหม้และวิธีปฏิบัติ เมื่อมีไฟไหม้เกิดขึ้นในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทราบสถานที่ให้สัญญาณไฟไหม้ การปิดวาล์วแก๊สและอุปกรณ์ฉุกเฉิน และมีความเข้าใจในความถี่ของการฝึกอบรมซ้ำเรื่องไฟไหม้</p>
		<p>5. การทำงานในสถานบริการปฐมภูมิ (Working in primary care) โดยมีความเข้าใจและยินยอมลงชื่อการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ</p>
		<p>6. ตำแหน่งใหม่และหน้าที่รับผิดชอบ (The new post & responsibilities) สามารถอธิบายการกระทำในการช่วยเหลือแพทย์หรือพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่แพ้ยารุนแรง สามารถระบุอุปกรณ์ในที่ทำงานได้และทราบวิธีการทดสอบมาตรฐานของเครื่องรวมทั้งการบำรุงรักษาอุปกรณ์ เช่น เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องมืออุปกรณ์ไร้เชื้อ นอกจากนี้จะต้องรู้จักขั้นตอนการปฏิบัติในการสั่งยาและเก็บยาและวัคซีนที่ถูกต้อง รวมทั้งสามารถอธิบายวิธีการจะปกป้องความลับของผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 2-3 (ต่อ)

ที่	ชื่อ	องค์ประกอบ
		7. การพัฒนาวิชาชีพ (Professional development) ทราบวิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วยจากความดันโลหิต อุณหภูมิ รวมทั้งทราบค่าปกติและวิธีปฏิบัติ เมื่อค่าที่ได้จากการสังเกตไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้สามารถวัด EKG และขั้นตอนการส่งต่อเมื่อมีค่าผิดปกติ รวมทั้งเข้าใจวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงความมีศักดิ์ศรีในตนเอง ในขณะที่ให้การช่วยเหลือแพทย์ในการให้ดูแลรักษา

แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะ

การนำสมรรถนะไปใช้ประโยชน์ของภายในองค์กร โดยใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์กรมีประโยชน์ต่อบุคลากร ผู้บริหาร หน่วยงาน ผู้บริหารระดับสูง และฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล (นิสตรรก์ เวชยานนท์, 2550)

1. บุคลากร (Operators)

1.1 ช่วยให้ผู้บุคลากรทราบถึงระดับสมรรถนะของตนเอง (ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะ) ว่าอยู่ในระดับใด มีจุดแข็งจุดอ่อนในเรื่องใดบ้าง และจะต้องพัฒนาสมรรถนะในเรื่องใดบ้าง

1.2 ช่วยให้ผู้บุคลากรทราบกรอบพฤติกรรมมาตรฐาน หรือพฤติกรรมที่องค์กรคาดหวังให้ตนแสดงพฤติกรรมในตำแหน่งนั้นอย่างไรบ้าง และสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดผลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน และเป็นระบบมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร

1.3 ช่วยให้ผู้พนักงานทราบถึงเส้นทางความเจริญเติบโต ก้าวหน้าในสายวิชาชีพ (Career development) ของตนเอง และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้บรรลุเป้าหมายอย่างชัดเจน

2. ผู้บริหารระดับหน่วยงาน (Director, dean)

2.1 ช่วยให้ผู้บริหารระดับหน่วยงาน ทราบถึงสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะ) ที่บุคคลในหน่วยงานของตนเอง จำเป็นต้องให้การปฏิบัติในตำแหน่งนั้นประสบความสำเร็จ และบรรลุเป้าหมาย

2.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานของตนเป็นรายบุคคล

2.3 ใช้เป็นเครื่องมือในการพิจารณา สรรหา และคัดเลือกบุคลากรของหน่วยงานให้ตรงกับคุณสมบัติของตำแหน่งงานนั้น ๆ

3. ผู้บริหารระดับสูง (Top executive)

3.1 สามารถเชื่อมโยงหรือแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมองค์กร หรือยุทธศาสตร์ขององค์กรมาสู่กระบวนการการบริหารทรัพยากรบุคคลได้อย่างชัดเจน

3.2 ใช้สมรรถนะเป็นตัวผลักดัน (Driver) ให้วิสัยทัศน์ พันธกิจ วัฒนธรรมองค์กร หรือยุทธศาสตร์ขององค์กรบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงาน

3.3 ช่วยให้องค์กรสามารถประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนในศักยภาพของบุคลากรในองค์กร และสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

3.4 สามารถนำไปใช้วัดผลการดำเนินงานขององค์กรได้อย่างเป็นระบบและชัดเจน

4. ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล (Human resource management division)

4.1 เห็นภาพรวมของสมรรถนะองค์กร สมรรถนะหลัก และสมรรถนะหลักตามกลุ่มงานสายวิชาชีพของบุคลากรทุกตำแหน่งงาน

4.2 สามารถวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนา และฝึกอบรมบุคลากรในองค์กรได้ตรงตามความต้องการของบุคลากรและหน่วยงาน

4.3 นำไปใช้เป็นพื้นฐานในการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์กร อาทิเช่น การสรรหาและการคัดเลือก การพัฒนาบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติงาน การวางแผนสืบทอดตำแหน่ง การพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ การดูแลรักษาบุคลากร และการจ่ายผลตอบแทน เป็นต้น

การนำแนวคิด Competency มาประยุกต์ใช้กับระบบการฝึกอบรมขององค์กร เพื่อพัฒนาให้ระบบดังกล่าวเป็น Competency-based training system มีขั้นตอนดังนี้ (ศุภัญญา รัศมีธรรม โขติ, 2550)

1. นำวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) ค่านิยมหลัก (Core values) และกลยุทธ์ (Strategy) ขององค์กรมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนด Core competency ขององค์กรเป็น Competency ที่พนักงานทุกคนต้องมีในระดับที่องค์กรคาดหวัง โดย Competency model ที่สร้างขึ้นจะมุ่งเน้น Competency ที่ทุกตำแหน่งทั้งในปัจจุบันและอนาคตจำเป็นต้องมี จึงจะสามารถสร้างผลงานที่ดีที่สุดตามที่องค์กรคาดหวังได้

2. มีการกำหนดชื่อ (Competency name) นิยามหรือความหมาย (Competency definition) ระดับความสามารถ (Proficiency level) และตัวชี้วัดพฤติกรรม (Behavioral indicator) ที่สะท้อนให้เห็นระดับความสามารถต่าง ๆ ของ Competency แต่ละตัว โดย Core competency และรายละเอียดต้องเป็นที่ยอมรับของสมาชิกทุกคนในองค์กร Core competency ที่จัดทำอย่างสมบูรณ์ เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Core competency dictionary

3. การทำ Competency-job mapping คือ การกำหนดระดับความสามารถของแต่ละ Core competency ให้กับทุกตำแหน่งงาน โดยแต่ละตัวสอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งงานนั้น ๆ

4. ประเมิน “ช่องว่าง” ระหว่างระดับความสามารถของ Competency แต่ละตัวที่องค์กรคาดหวังจากพนักงานกับระดับความสามารถที่แท้จริงของพนักงานแต่ละคน ขั้นตอนนี้เรียกว่า การจัดทำ Gap analysis หรือการวิเคราะห์ช่องว่างของระดับความสามารถ จะทำให้องค์กรได้ Competency profile ของพนักงานแต่ละคน และทราบว่าพนักงานคนใดบ้างที่มีระดับความสามารถใน Competency หนึ่ง ๆ เท่ากับ ต่ำกว่า หรือสูงกว่าที่องค์กรคาดหวัง

5. นำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถ มาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง

6. จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency dictionary ด้วยการกำหนดหลักสูตรฝึกอบรมที่สามารถลด Competency gap (ส่วนต่างหรือช่องว่างระหว่างความสามารถที่องค์กรคาดหวังกับความสามารถที่พนักงานมีอยู่ในปัจจุบัน) ให้แก่พนักงานเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้พนักงานได้รับการพัฒนา Competency ให้อยู่ในระดับที่องค์กรคาดหวัง

ขั้นตอนในการจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมตามแนว Competency

การกำหนดหลักสูตรฝึกอบรมขององค์กรที่เป็น Competency-based training หมายถึง การจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้สอดคล้องกับ Competency model ขององค์กร เพื่อลด Competency gap และพัฒนาให้พนักงานมีความสามารถในระดับที่องค์กรคาดหวัง ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้ (สุกัญญา รัศมีธรรม โชติ, 2550)

ขั้นตอนที่ 1 การตัดสินใจว่า Competency ใด ควรพัฒนาให้เกิดขึ้นในตัวพนักงาน เป็นการตัดสินใจว่าองค์กรควรพัฒนาพนักงานให้มี Competency ใด และ Competency ใดที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในตัวพนักงานได้ยาก ไม่คุ้มค่าที่จะทุ่มทรัพยากรในการพัฒนา Competency นั้น ๆ ในกรณีนี้ องค์กรควรสรรหาบุคคลที่มี Competency ดังกล่าวอยู่แล้วมาเป็นพนักงานขององค์กร

ขั้นตอนที่ 2 เลือกวิธีการพัฒนาบุคลากรที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เป็นการเลือกวิธีการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสมกับองค์กรและผู้เข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งมีหลายวิธีการ เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับโดยศูนย์พัฒนา (Development center feedback) การกำหนดแนวทางพัฒนาตนเอง (Self-development resource guides) การฝึกอบรมด้วย วีดีโอ บทเรียนบนระบบคอมพิวเตอร์ (Computer and interactive video-assisted self-instruction) การมอบหมายงาน (Job assignment) ระบบพี่เลี้ยง (Mentoring system) ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดหลักสูตรฝึกอบรมและกิจกรรมการพัฒนาที่สอดคล้องกับ Competency dictionary องค์กร ต้องจัดทำแผนฝึกอบรมกลาง (Training road map) ซึ่งมีหลักสูตรต่าง ๆ ที่สามารถรองรับการพัฒนาบุคลากรทุกคน โดยทุกระดับของ Competency แต่ละตัวจะมีหลักสูตรเฉพาะที่ช่วยพัฒนา Competency ระดับนั้น ๆ ให้เกิดขึ้น องค์กรต้องให้การสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการฝึกอบรม เพื่อส่งเสริมให้พนักงานพัฒนาตนเองตามวิธีการต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกอบรมวิทยากร (Train trainers) องค์กรที่มีได้ว่าจ้างสถาบันการศึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาจัดหลักสูตรตาม Competency model ขององค์กร ก็สามารถจัดหลักสูตรฝึกอบรมภายในองค์กร (In-house training) โดยให้พนักงานที่มีผลงานดีเลิศ ซึ่งเกิดจาก Competency หนึ่ง ๆ ของตนเป็นวิทยากร เพื่อการพัฒนา Competency นั้น ๆ โดยผู้ที่จะเป็นวิทยากร ต้องได้รับการฝึกอบรมเนื้อหาของ Competency ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทักษะต่าง ๆ ของกระบวนการ Competency-based training จนสามารถถ่ายทอดให้พนักงานอื่น ๆ เข้าใจง่าย ทั้งนี้หลักสูตรฝึกอบรม วิทยากรต้องอยู่ในรูปของ Competency-based training

ขั้นตอนที่ 5 การฝึกอบรมพนักงาน (Train learners) ตามโปรแกรมการฝึกอบรมที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 6 การวัดผลหลักสูตรการฝึกอบรม (Evaluate training results) การประเมินผลหลักสูตรตามแนว Competency ประกอบด้วย การประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในงาน (On-the-job behavior change) และผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของยอดขาย ผลผลิตหรือคุณภาพ รวมทั้งตัวชี้วัดด้านการบริการลูกค้า หรือการลดลงของการลาออก การร้องเรียน และปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคน เป็นต้น

สรุปจากปัญหาที่เกิดขึ้นมีแนวทางในการแก้ปัญหา โดยใช้ทฤษฎีของการจัดการสมรรถนะสร้างตัวแบบสมรรถนะ (Competency model) ของพนักงาน เป็นกรอบของเส้นทางการฝึกอบรม(Training road map) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หาสมรรถนะหลัก (Core competency) ของพนักงานในบริษัท เพื่อให้ทราบถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถที่พนักงานทุกคนในองค์กรจำเป็นต้องมีเพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายของบริษัท

2. หาสมรรถนะตามหน้าที่ (Functional competency) และสมรรถนะเชิงบริหาร (Managerial competency) ของพนักงาน เพื่อให้พนักงานมีความรู้ ทักษะ และความรู้ ความสามารถของพนักงานให้ตรงกับความต้องการของแผนก

3. นำหลักการของสมรรถนะมาใช้เป็นเครื่องมือในการรับพนักงานเข้ามาปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ พร้อมทั้งนำมาประเมินสมรรถนะ (Competency assessment) ของพนักงานในแผนกเพื่อหาช่องว่างของสมรรถนะ (Competency gap)

4. ใช้ข้อมูลจากการประเมินสมรรถนะเพื่อกำหนดเส้นทางการฝึกอบรมในการพัฒนา (Training road map) ให้แก่พนักงานในแผนก

กรอบแนวคิดเรื่องการพัฒนาสมรรถนะ

ต้นแบบสมรรถนะและแผนการพัฒนาสมรรถนะเพียงหนึ่งในปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่ปัจจัยการพัฒนาที่สำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาสมรรถนะประสบความสำเร็จ (สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ, 2553, หน้า 45-48) ประกอบด้วย

ปัจจัยที่ 1 ผู้พัฒนาและผู้รับการพัฒนาจะต้องเข้าใจสมรรถนะรายการนั้น ๆ (Aware) ดังนั้น ในแต่ละหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะต้องมีความเข้าใจความหมายหรือคำจำกัดความของสมรรถนะนั้นตามคำอธิบายคำจำกัดความที่กำหนดขึ้นอย่างชัดเจน

ปัจจัยที่ 2 ผู้พัฒนาและผู้รับการพัฒนาต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นสมรรถนะใดเมื่อเห็น (Focus) เนื่องจากในเชิงทฤษฎี หากไม่สามารถสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัว การเรียนรู้จากการเก็บข้อมูลและการนำพฤติกรรมมาปฏิบัติ/ แสดงซ้ำ ก็จะเป็นไปได้ยากขึ้นด้วย ซึ่งแนวคิดนี้ก็สอดคล้องกับแนวคิดของนักวิจัย Albert Bandura ซึ่งกล่าวว่าผู้รับการพัฒนาจะเกิดการเรียนรู้ที่แท้จริงจากการประมวลผลของเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่ 3 ผู้รับการพัฒนาต้องสามารถประเมินตนเองได้ว่าตนมีสมรรถนะอยู่ในระดับใด (Self-assessment) เนื่องจากทฤษฎีแรงจูงใจกล่าวว่าผู้ที่รับการพัฒนาไม่มีการพัฒนา หากไม่เกิดแรงผลักดันจากภายใน (Self motivation) ซึ่งแรงขับเคลื่อนจะเกิดจากการประเมินตนเอง และพบว่า

เกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่องค์กรคาดหวังกับสมรรถนะที่ตนเองมีอยู่ หลังจากนั้นจึงจะนำไปสู่การพัฒนา โดยองค์กรมีหน้าที่ในการสนับสนุนเท่านั้น จากหลักการดังกล่าวนี้ ทำให้คู่มือการพัฒนาสมรรถนะของกรมควบคุมมลพิษ เน้นการจัดทำแนวทางในการจัดแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อให้ผู้รับการพัฒนามีโอกาสในการเลือกแนวทางพัฒนาตนเอง

ปัจจัยที่ 4 ผู้พัฒนาและผู้รับการพัฒนาต้องมีการฝึกฝนสมรรถนะนั้น ๆ จนเป็นนิสัย (Practice) เนื่องจากการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การพัฒนาและปรับปรุงไม่ควรเป็นการทำเป็นครั้งคราวเหมือนกับ “การกระโดด” แล้วสุดท้ายก็กลับสู่ที่เดิม แต่ควรเป็นการปรับปรุงการพัฒนาที่ถาวร และเป็นขั้นตอน เหมือนกับ “การขึ้นบันได” บุคคลและองค์กรสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ด้วยการจัดการประเมินและการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องมีการสร้างมาตรฐาน (หรือการสร้างขั้นบันได) อย่างถาวรว่าต้องการสนับสนุนให้บุคลากรขององค์กรเติบโตไปในทิศทางใดด้วยกระบวนการใด อย่างไรก็ตาม มาตรฐานที่ดีจะเกิดขึ้นได้จากการมีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ผสมผสานกับการมีการติดตาม ทบทวน และประเมินผลเพื่อพัฒนาและการปรับปรุงสร้างมาตรฐานที่ดีขึ้นต่อไปอย่างสม่ำเสมอ (ซึ่งเปรียบเสมือนการสร้างบันไดที่สูงขึ้นอีกหนึ่งขั้น) ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning organization) จากหลักดังกล่าว ทำให้คู่มือการพัฒนาสมรรถนะของกรมควบคุมมลพิษ เน้นการพัฒนาในหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาผ่านการฝึกอบรม การพัฒนาผ่านการอ่านหนังสือ การพัฒนาผ่านการมอบหมายงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้การพัฒนาทำได้หลายรูปแบบอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ปัจจัยที่ 5 ผู้พัฒนาและผู้รับการพัฒนาต้องมีการรับฟังความคิดเห็นหรือข้อติชมของผู้อื่น (Feedback) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยความคิดเห็นข้อติชมที่มีประโยชน์

ปัจจัยที่ 6 การสอนงานผู้อื่น (Coaching) จะเกิดประโยชน์แก่ผู้สอน กล่าวคือ

1. ทำให้ความรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากการสอนผู้อื่นจะทำให้มีการสังเคราะห์และสรุปความรู้ที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และในที่สุดก็จะเป็นการสร้างผู้เชี่ยวชาญในความรู้ที่เพิ่มขึ้น

2. ได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากกระบวนการเรียนรู้ของคนอื่น โดยทั่วไปผู้รับการสอนมักมีคำถามหรือข้อสงสัยที่ทำให้ต้องพยายามหาคำตอบที่หลากหลายกับบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ก็คือผู้สอนจะสามารถเพิ่มประสบการณ์ในการประยุกต์ความรู้ของตนมากขึ้น

3. เพิ่มการเรียนรู้จากรูปแบบ (Style) การเรียนรู้ของผู้อื่น กล่าวคือ การเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล จะทำให้มุมมองในการเรียนรู้ของผู้สอนขยายมากขึ้น
 ทางเลือกในการพัฒนาสมรรถนะมีดังนี้
 1. การสัมมนา (Workshops) หรือการฝึกอบรมต่าง ๆ
 2. การให้ฝึกปฏิบัติงานจริง (On-the-job training) เช่น การมอบหมายงาน การหมุนเวียนงาน โครงการเฉพาะกิจ เป็นต้น
 3. การดูงานทั้งในและต่างประเทศ
 4. การศึกษาตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ การดูวิดีโอหรือสารคดี เป็นต้น
 5. การสอนงาน (Coaching)

แนวคิดและทฤษฎีผู้สูงอายุ

1. โครงสร้างประชากรของประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยในช่วง 60 ปี (พ.ศ. 2513-2573) ซึ่งเป็นปีราคาดที่เพิ่งเริ่มโครงการวางแผนครอบครัว มีฐานกว้างมาก เนื่องจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) สูง โดยที่ประชากรวัยแรงงาน ซึ่งอยู่ส่วนกลางของ พีรามิดก็มีจำนวนมากเช่นกัน ในขณะที่ส่วนบนของพีรามิดจะแคบ เนื่องจากประชากรวัยสูงอายุยังมีสัดส่วนต่ำ (กรมอนามัย, 2556, หน้า 4)

ในปี พ.ศ. 2553 ฐานของพีรามิดแคบลง เพราะอัตราการเกิดได้ลดต่ำลง ส่วนบนของพีระมิดเริ่มป้านขึ้นเพราะชีวิตคนไทยยืนยาวขึ้น มาถึงในปี พ.ศ. 2543 และ 2553 สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลงเหลือร้อยละ 19 ขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13 ในอนาคตฐานของพีรามิดจะยิ่งแคบเข้าและส่วนยอดจะกว้างมากขึ้นและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552, หน้า 20)

ในอนาคตอีก 20 ปี (ปี พ.ศ. 2573) พีรามิดประชากรจะมีฐานแคบลงไปอีก โดยสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง อันเนื่องมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ส่วนบนของพีรามิดจะขยายกว้างมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยประชากรวัยสูงอายุจะมีสัดส่วนสูงขึ้นไปถึง 2 เท่าตัว เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553 เนื่องจากคนที่เกิดหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มาถึงวัยสูงอายุ และประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอีก สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

2. สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน

จากความสำเร็จความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้ลดอัตราการเพิ่มประชากรได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

อย่างรวดเร็ว กล่าวคือ สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สูงขึ้นจนกลายเป็นประเทศของสังคมผู้สูงวัย คือ มีประชากรสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตาม สังคมไทยได้เริ่มเตรียมการล่วงหน้ามาบ้างแล้ว เช่น แผนพัฒนาประเทศ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และแผนอื่น ๆ ให้มีความสำคัญและมีเรื่องของการพัฒนาเพื่อผู้สูงอายุอยู่ด้วยเสมอมา

ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 หรือ 7.0 ล้านคน เป็นร้อยละ 11.7 หรือ 7.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และร้อยละ 20.0 หรือ 14.5 ล้าน ในปี พ.ศ. 2568 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551 ก) นับว่าอัตราการก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ องค์การสหประชาชาติ ให้นิยามว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นสัดส่วนร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปี ขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นร้อยละ 20 หรืออายุ 65 ปี ขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 14 “การเปลี่ยนแปลงทางสังคมไทย” เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามช่วงวัย พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) ซึ่งต้องพึงพาสุง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551 ก)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ

ความคาดหมายการคงชีพของประชากรจากอายุ 60 ปี สูงขึ้น แม้แต่ในประเทศกำลังพัฒนา ประชากรไม่เพียงแต่อายุยืนขึ้น แต่ยังมีสุขภาพที่จะนำชีวิตไปสู่ความสำเร็จได้ แพทย์ทางชราภาพวิทยา จำแนกผู้สูงอายุไว้ดังนี้ คือ อายุ 60-70 ปี เรียกว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) และอายุ 70 หรือ 75 ปี ขึ้นไป เรียกว่า ผู้สูงอายุวัยสูงอายุ (Old old) (กรมอนามัย, 2556, หน้า 11)

ผู้สูงอายุ คือ ปุชนิยบุคคล คือ คลังสมอง คือ ภูมิปัญญาของแผ่นดิน ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชน แต่ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงและมีสุขภาพจิตดี ก็จะสามารถช่วยเหลือสังคมได้อย่างมีคุณค่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นประเด็นสำคัญ การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ต้องคำนึงถึงการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ และบูรณาการทั้งด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (กรมอนามัย, 2556, หน้า 11)

4. แนวคิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสมรรถภาพตามวัย

การเจริญและการเสื่อมโทรมของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในเด็ก การเจริญมีมากกว่าร่างกาย จึงมีการขยายขนาดทั้งด้านความสูงและด้านน้ำหนักตัว จนกระทั่งเมื่อโตเต็มที่ การขยายทางด้านความสูงจะหยุด ด้านน้ำหนักตัวจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ช้า ๆ ส่วนใหญ่ไปในทางบวกคือเพิ่มขึ้น การเจริญที่มีอยู่ในช่วงนี้ของชีวิต คือ การซ่อมแซมส่วนที่เสื่อมโทรมไปในผู้สูงอายุ อัตราการเสื่อมโทรมมีมากกว่าการเจริญ จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่าง ๆ ได้โดยทั่วไป และเกิดเป็นโรคที่พบเสมอ อาทิเช่น หลอดเลือดตีบแข็ง ข้อติดขัด โรคหัวใจเสื่อมสภาพ ถูกลมโป่งพอง เป็นต้น (กรมอนามัย, 2556)

การเปลี่ยนแปลงตามวัยของคนแต่ละคนในแต่ละระยะมีการแตกต่างกันอยู่บ้าง จะเห็นได้ว่า คนบางคนดูแก่กว่าอายุจริง แต่บางคนดูอ่อนกว่าอายุจริง สิ่งที่เป็นตัวกำหนดการเจริญและเสื่อมที่สำคัญ คือ ลักษณะจำเพาะในเซลล์ของแต่ละคน ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ แต่สิ่งแวดล้อมก็สามารถเปลี่ยนแปลงอัตราการเจริญและเสื่อมได้มาก อาทิเช่น ดินฟ้าอากาศ อาหาร งานอาชีพ การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา การพักผ่อน ความเครียด ฯลฯ

โดยทั่วไปหลังอายุ 30 ปี ไปแล้ว ร่างกายจะค่อย ๆ เสื่อมโทรมลงและสมรรถภาพจะค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่ไม่อาจเห็นได้ด้วยตาเปล่า คือ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในของระบบต่าง ๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง องค์ประกอบ และหน้าที่การทำงาน

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุสภาพร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการดำรงอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดขึ้นช้า ๆ ในภาวะปกติ อวัยวะของระบบต่าง ๆ ยังทำหน้าที่ได้อย่างปกติ แต่ในภาวะบีบคั้น ไม่ว่าจะเกิดจากทางอารมณ์หรือทางร่างกาย หรือสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาสภาพสมดุลของร่างกายไว้ได้ ทำให้เกิดอาการผิดปกติ และทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่าย

4.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (กรมอนามัย, 2554)

4.1.1 ผิวหนัง ผิวเหี่ยวย่น เส้นเลือดฝอยแตกง่าย ทำให้เกิดแผล จะหายช้า ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้หนาวได้ง่ายเมื่ออากาศเย็น ผิวแห้ง คัน การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง

- 4.1.2 กระจก กระจกเชื่อม พรุน มวลกระจกตกลง แหกหักได้ง่ายเมื่อหกล้ม
ข้ออักเสบ เกิดอาการบวม ปวดตามข้อ
- 4.1.3 กล้ามเนื้อ ความอ่อนแอ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ร่างกาย
เคลื่อนไหวได้ช้าลง หกล้มง่าย มือสั่น จับของไม่แน่นของหลุดมือได้ง่าย
- 4.1.4 หัวใจ เหนื่อยง่าย เนื่องจากหัวใจบีบตัวได้น้อยลง หากทำงานหนักหรือ
ตื่นเต้นมากเกินไป อาจทำให้หัวใจวายได้
- 4.1.5 เส้นเลือดตีบแข็ง ทำให้ความดันเลือดสูงได้ง่าย เป็นลมหน้ามืดง่าย ขณะ
เปลี่ยนท่าทาง เช่น จากท่านอนเป็นท่านั่ง
- 4.1.6 ระบบหายใจ เหนื่อยง่าย สำลักอาหารเข้าหลอดลมได้ง่าย
- 4.1.7 ระบบทางเดินอาหาร เบื่ออาหาร (น้ำลายลดลง การรับรสและกลิ่นไม่ดี)
อาหารลงกระเพาะได้ช้า ท้องผูกง่าย กลืนอุจจาระไม่ค่อยได้
- 4.1.8 ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ขนาดกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้น้ำปัสสาวะเต็ม
เร็ว ถ่ายปัสสาวะบ่อยในผู้สูงอายุชาย ปัสสาวะไม่สะดวก ใช้เวลานานในการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง
(อาจเนื่องจากลูกหมากโต) ในเพศหญิงกระบังลมหย่อน
- 4.1.9 ช่องคลอด อักเสบและติดเชื้อได้ง่าย
- 4.1.10 สมอ ความจำเสื่อม (จี้ลีม) พุดเรื่องซ้ำเดิม นอนหลับยาก หลับไม่สนิท
หลับช่วงกลางวัน ไม่นอนช่วงกลางคืน
- 4.1.11 ตา พร่ามัวมองไม่ชัด สายตาฝ้าฟาง น้ำตาไหล เนื่องจากการระคายตา
สายตาวาว
- 4.1.12 หู ได้ยินไม่ชัดเจน (หูตึง)
- 4.1.13 การดมกลิ่น การรับกลิ่นไม่ดี ทำให้เบื่ออาหาร ไม่ได้กลิ่นบูดเน่าอาหารเสีย
- 4.1.14 การรับรส ไม่ดี ทำให้เบื่ออาหาร เดิมเครื่องปรุงรสมากขึ้น ทำให้อาหารมี
รสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด เป็นต้น

ภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ

ระบบภูมิคุ้มกันเป็นระบบของร่างกายที่ประกอบด้วยระบบย่อย ๆ อีกหลายระบบ
ทำงานประสานกัน ในการต่อสู้กับเชื้อโรคที่มีอยู่แล้วในร่างกาย หรือเพิ่งจะเข้ามาใหม่ ระบบที่มี
การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจากธรรมชาติ คือ ระบบภูมิคุ้มกันชนิดฟังก์ชันเซลล์ การที่ผู้สูงอายุมิ
ความบกพร่องในระบบนี้เอง ทำให้อุบัติการณ์ของวัณโรคและงูสวัดเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ นอกจากนี้
ยังมีข้อชี้ว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นก็น่าจะมีสาเหตุมาจากระบบภูมิคุ้มกัน
ชนิดฟังก์ชันเซลล์ที่ด้อยประสิทธิภาพลง การที่ร่างกายของผู้สูงอายุมิปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่ง

แปลกปลอมด้วยระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดแปลกไป ทำให้อาการและอาการแสดงหลังการเจ็บป่วย ต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไปด้วย เช่น ภาวะที่อุณหภูมิในร่างกายไม่สูงขึ้นหรือกลับต่ำลงในการติดเชื้อใน กระแสโลหิต เป็นต้น

4.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่

4.2.1 การรับรู้ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง จะเรียนรู้ สิ่งใหม่ ๆ ได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัว

4.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้า

4.2.3 ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ ตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น

4.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

4.3.1 ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างไปจาก สังคม

4.3.2 คนส่วนใหญ่มักมองว่า ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพ และความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่ให้ความรับผิดชอบ

4.3.3 จากบทบาทที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว จะกลายเป็นผู้อาศัย หรือผู้ตามใน ครอบครัว

ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุผู้สูงอายุมิธรรมชาติสำคัญ เกี่ยวกับอารมณ์จิตใจแบบ โตขึ้นอยู่กับช่วงวัยที่ผ่านมา มีบุคลิกภาพเป็นแบบใด ซึ่งเป็นลักษณะ เฉพาะตน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจเกิดควบคู่กับความเปลี่ยนแปลงทางกาย ซึ่ง ความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่เป็นไปในลักษณะเสื่อมนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมองว่าตนเองไร้ค่า ต้อง พึ่งพาผู้อื่น เมื่อประกอบกับการสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่การงานในสังคมแล้ว ผู้สูงอายุมิ ความกังวลใจน้อย และกระทบกระเทือนใจได้ง่าย ๆ อารมณ์ของผู้สูงอายุก็เหมือนกับอารมณ์ของ คนในวัยอื่น ๆ แต่บางอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นมากในช่วงวัยสูงอายุ ดังนี้

- อารมณ์เหงาและอารมณ์ว่าเหว เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาว่างจากอาชีพและภารกิจ ต่าง ๆ มาก การประสบการพลัดพรากจากไปของผู้ที่ใกล้ชิดและเป็นที่ยรัก นอกจากนี้ สภาวะทางกาย ได้แก่ สายตาไม่ดี หูไม่ดี กิจกรรมที่ทำจึงมีข้อจำกัด โดยอารมณ์เหงาในวัยสูงอายุมักจะมีอารมณ์ อื่น ๆ ร่วมด้วย และก่อให้เกิดผลกระทบทางใจหลายประการ เช่น ซึมเศร้า เบื่ออาหาร เกิดโรคภัย ไข้เจ็บ หลง ๆ ลืม ๆ นอนไม่หลับ เจ็บป่วยตามที่ต่าง ๆ

- การย้อนคิดถึงความหลังมีหลายรูปแบบ เช่น นั่งคิดคนเดียวเงียบ ๆ บอกเล่าให้ผู้อื่น เขียนด้วยตัวหนังสือ เดินทางไปในสถานที่คุ้นเคย ฯลฯ สาเหตุของการย้อนคิดถึงความหลังนั้น เป็นการย้อนอดีต เพื่อดูว่าชีวิตที่ผ่านมาสมหวังหรือไม่ หากพึงพอใจกับอดีตก็จะยอมรับในสิ่งที่เป็น แต่ถ้าย้อนไปแล้วรู้สึกไม่พอใจ ผู้สูงอายุก็จะรู้สึกคับแค้นใจ ทั้งนี้หากผู้สูงอายุได้ย้อนคิดถึงอดีตด้วยความพอใจและเพื่อปรับตน จะทำให้ตระหนักถึงความไม่เที่ยงของชีวิต จะเป็นผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขในวัยสูงอายุ

- อารมณ์เศร้าจากการพลัดพราก เป็นการเศร้าจากการสูญเสียคนที่รัก โดยจะมีความคิด และอารมณ์ทางลบต่าง ๆ เช่น ว้าวุ่น เลื่อนลอย หลง ๆ ลืม ๆ หรือมีความเจ็บปวดทางกาย หากผู้ที่จากไปมีความผูกพันกันทางความคิด อารมณ์ จิตใจอย่างมาก เขาอาจตายตามไปในเวลาไม่ช้า ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าใจเกิดขึ้นได้ หากสามารถทำใจยอมรับการตาย สามารถพูดถึงคนที่จากไปโดยไม่ขมขื่น อาลัยอาวรณ์ ซึ่งอารมณ์เศร้านี้ หากมีอาการอื่นร่วม กลายเป็นโรคซึมเศร้า ไม่สนใจตนเอง อาจต้องปรึกษาแพทย์

- วิตกกังวล กลัวว่าจะต้องพึ่งลูกหลาน ขาดความเชื่อมั่น นอนไม่หลับ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวภัย กลัวขาดความสามารถ กลัวไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลาน ผู้สูงอายุ มักกลัวไปต่าง ๆ นานา ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นลมง่าย หายใจไม่ออก เบื่ออาหาร เป็นต้น

- โกรธ เมื่อมีความเห็นขัดแย้ง ลูกหลานไม่ยอมรับฟังความคิดเห็น
- กลัวถูกทอดทิ้ง เพราะช่วยตัวเองได้น้อยลง
- ใจน้อย เพราะคิดว่าตนเองไร้ค่า ลูกหลานไม่สนใจ
- หงุดหงิด เพราะทำอะไรด้วยตนเองได้น้อยลง ใครทำก็ไม่ถูกใจ จึงกลายเป็นคนจู้จี้ ขี้บ่น แสลงอน

กล่าวโดยสรุปไม่ว่าจะเป็นอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุควรได้มีการปรับตัว ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนี้

- เปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งของตนเองและสิ่งใหม่ ๆ ในสังคม โดยเริ่มจากการปรับใจ

- เปิดรับและยอมรับความคิดเห็นของลูกหลานและคนอื่นให้มากขึ้น
- ไม่เก็บตัวหรือแยกตัว พยายามร่วมกิจกรรมกับครอบครัวตามศักยภาพของผู้สูงอายุ

- คิดยืดหยุ่นในเรื่องต่าง ๆ ว่าทำอย่างไร จึงจะอยู่ร่วมกับครอบครัวและคนอื่นให้ได้อย่างดีที่สุดเท่าที่ทำได้ และขัดแย้งกันน้อยที่สุด

- ยอมรับความช่วยเหลือและการดูแลของลูกหลานเมื่อถึงเวลาจำเป็น

- ทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ ไม่ให้ตนเองเกิดความเครียด หงุดหงิด รู้จักผ่อนคลาย

คลาย

5. การปรับตัวของลูกหลานและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5.1 ผู้ดูแลต้องปรับตนเองด้วย โดยการปรับใจ ปรับความคิด ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

5.2 ปรับการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงานของตนเองให้สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

5.3 เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก เช่น การที่ลูกหลานมาเยี่ยมผู้สูงอายุบ่อย ๆ แสดงความรักด้วยการ โอบกอด ให้ความเวลาในการพูดคุย หรือทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวตามสภาพผู้สูงอายุ ดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน ถนอมจิตใจ

5.4 ให้เกียรติและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น คอยซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้สึก ความเป็นอยู่

5.5 ให้ผู้สูงอายุช่วยในการอบรมบุตรหลาน ดูแลกิจการในบ้านเท่าที่ทำได้

5.6 ผู้ดูแลต้องสร้างบรรยากาศที่จะทำให้เกิดอารมณ์ขันในผู้สูงอายุ จะช่วยลดความเศร้าและความเหงาได้ เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

5.7 อย่าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเขาเป็นผู้ที่ทำให้ท่านต้องแบกภาระเหนื่อยยากในการดูแล

5.8 เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย อึดอัดในการดูแลผู้สูงอายุ อาจหาผู้อื่นมาดูแล สลับเวลา และหาวิธีการผ่อนคลายตนเองบ้าง เพื่อไม่ให้เกิดความกดดันในการดูแลและช่วยลดภาวะความเครียด

5.9 ให้ความผู้สูงอายุในการปรับตัว ผู้สูงอายุที่เคยมีชีวิตอยู่ด้วยตนเอง เมื่อต้องย้ายมาอยู่กับผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงในชีวิตเป็นเรื่องที่สำคัญของผู้สูงอายุ จำเป็นจะต้องใช้เวลาในการปรับตัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยเป็นพ่อแม่ดูแลลูกมา เมื่อต้องมาอยู่ในความดูแลของลูก ต้องปรับตัวทั้งกายและใจค่อนข้างมาก อาจมีการไม่พอใจ ไม่รวมมือ ต้องเตรียมเผชิญพฤติกรรมเหล่านี้

6. สถานะสุขภาพผู้สูงอายุ และความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อมีอายุมากขึ้น การทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกายค่อย ๆ เสื่อมถอยลง ส่งผลทำให้มีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง และจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข ทำให้อัตราการตายด้วยโรคติดเชื้อมีแนวโน้มลดลง มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น และมีอายุยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าผู้รอดชีวิตเหล่านั้นมักมีความพิการหลงเหลือ (กรมอนามัย, 2556)

นอกจากนี้ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง กลับพบมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รักษาไม่หาย มีภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง และการดูแลระยะยาว จากข้อมูลรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป โดยรวมของตนเองในระหว่าง 7 วัน ก่อนสัมภาษณ์ ร้อยละ 43.0 ของผู้สูงอายุ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 28.9 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 21.5 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก และในเรื่องของการมองเห็น พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.7) มองเห็นได้ชัดเจน 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.4) ของผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน เมื่อใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ 20.5 มองเห็นไม่ชัดเจน และร้อยละ 0.4 มองไม่เห็นเลย

ยิ่งอายุมากขึ้นฟันแท้ก็ยิ่งเหลือน้อยลง ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพในช่องปากของแต่ละคน เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.6) ของผู้สูงอายุ มีฟันแท้เหลืออยู่ น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งในทางการแพทย์ระบุว่า การมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ จะทำให้มีความยากลำบากใน การบดเคี้ยวอาหาร มีโอกาสสูงที่จะเป็น โรคขาดสารอาหารและน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จำนวน 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 เป็นอัมพาต/ อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือด ในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) มีสัดส่วนของ การเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ วัยต้น (60-69 ปี) และวัยปลาย (80 ปี ขึ้นไป) ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลายพบอุบัติการณ์ของโรค อัมพาต/ อัมพฤกษ์

การสำรวจในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 69.3 ประชากรในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นโรค เรื้อรัง และพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป พบว่า มี ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรค พร้อมกันถึงร้อยละ 70.8

ปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุที่พบ คือ ปวดข้อ และปวดหลังเรื้อรัง พบว่า มีความชุก ถึง 1 ใน 3 ของปัญหาสุขภาพอื่น ๆ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด

7. การจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ในการดำรงชีวิตประจำวันของคนเรา ไม่ว่าในฐานะใด ย่อมทำให้เกิดความเหนื่อย เมื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ หากปล่อยให้ความเหนื่อยเมื่อยล้าทับถมทวีขึ้นทุกวัน จะส่งผลให้ สุขภาพเสื่อมโทรมทั้งกายและใจ อาจถึงกับทำให้เกิดปัญหาที่เรื้อรัง ไม่สามารถดำรงตนอยู่ในสังคม

ต่อไปได้ จึงมีความจำเป็นจะต้องผ่อนคลายความเครียดเสียบ้าง ด้วยการให้ร่างกายหรือจิตใจได้มีโอกาสพักผ่อน การคลายความเครียดดังกล่าว สามารถทำได้หลายวิธีตามเวลาและโอกาสที่เหมาะสม และตามความพึงพอใจของแต่ละคน วิธีหนึ่งที่สามารถคลายความเครียดได้ดีที่สามารถเสริมสร้างสุขภาพให้ดีขึ้นได้คือ วิธีนันทนาการ (กรมอนามัย, 2556)

นันทนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ทำด้วยความสมัครใจในยามว่าง เพื่อให้เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน ผ่อนคลายความตึงเครียด และเกิดความสุขทางใจ กิจกรรมนี้ต้องไม่เป็นอาชีพ มีคุณประโยชน์ต่อตนเองและส่วนรวม ทั้งยังไม่ขัดต่อขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และกฎหมายบ้านเมือง

7.1 ลักษณะของนันทนาการ

นันทนาการจะทำให้เกิดความสุขสนุกสนาน ความเพลิดเพลินที่เหมาะสมกับวัย บุคลิกความสามารถทางกาย จิตใจ เวลา โอกาส และสถานที่ของแต่ละบุคคล โดยแต่ละบุคคลอาจจะเลือกนันทนาการที่เหมาะสมกับตนเองให้มากที่สุด (กรมอนามัย, 2556)

ลักษณะของนันทนาการที่สำคัญ พอสรุปได้ดังนี้

7.1.1 เป็นกิจกรรมที่ทำโดยสมัครใจ ไม่ถูกบังคับ เช่น วิ่งออกกำลังกาย เมื่อมีเวลาว่าง เล่นกีฬาตามที่ตนเองชอบ เป็นต้น

7.1.2 เป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง นอกเหนือจากเวลาในการทำงานในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายกับงานประจำ

7.1.3 เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขสนุกสนาน เพลิดเพลิน ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ

7.1.4 เป็นกิจกรรมที่ไม่มีจุดประสงค์เพื่ออาชีพ เช่น การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ ภาพยนตร์ เป็นต้น และถ้าทำเป็นอาชีพ เช่น อาชีพนักแสดง อาชีพเพาะปลูกต้นไม้เพื่อจำหน่ายไม่จัดเป็นนันทนาการ

7.1.5 ต้องไม่ขัดต่อธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และกฎหมายบ้านเมือง และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ตนเองและผู้อื่น เช่น การเล่นเกมพนัน การลักขโมย เป็นต้น

7.1.6 มีลักษณะสร้างสรรค์ คือ เกิดประโยชน์ต่อตัวเอง เช่น เสริมสร้างสุขภาพกายและสุขภาพจิต หรือเพิ่มพูนความรู้ และเกิดประโยชน์ต่อสังคม เช่น การรณรงค์ปลูกต้นไม้ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและสัตว์ป่า

7.2 ประเภทของกิจกรรมนันทนาการ

กิจกรรมนันทนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นกิจกรรมเบา ๆ ที่ผู้สูงอายุเลือกทำตามความต้องการ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุจัดให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ กิจกรรมดังกล่าว ได้แก่ (กรมอนามัย, 2553)

7.2.1 กิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การร่วมในงานบุญ งานประเพณี งานเทศกาล งานของเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเข้าร่วมอยู่ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าร่วมเป็นสมาชิก ชมรมหรือกลุ่ม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มศาสนา ซึ่งผู้สูงอายุเองเห็นด้วยว่า มีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุควรเข้าสังคม พบปะกับบุคคลต่าง ๆ โดยเฉพาะการพบปะพูดคุยกับลูกหลานญาติ เพื่อนฝูง ตลอดจนการดูโทรทัศน์กับครอบครัว ศึกษาปฏิบัติธรรม และปลูกต้นไม้กับครอบครัวหรือเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน

7.2.2 กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่มีประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความเสื่อม จึงจำเป็นต้องออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพและพิการของอวัยวะต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ปอด และหัวใจ เป็นต้น การออกกำลังกายยังช่วยให้ร่างกายคล่องตัว ไม่หกล้มง่าย และไม่อ่อนเกินไป ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้สูงอายุได้ลดความเครียดกิจกรรมการออกกำลังกาย มีหลายรูปแบบ ได้แก่

7.2.2.1 การทำกายบริหาร เช่น การรำมวยจีน การฝึกโยคะ เป็นต้น การทำกายบริหารจะช่วยทำให้ข้อต่อและกล้ามเนื้อแข็งแรง ทรงตัวดี ไม่หกล้มง่าย

7.2.2.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างต่อเนื่อง นานประมาณ 3-5 นาที ขึ้นไป เพื่อช่วยป้องกันโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งควรได้รับการตรวจสุขภาพ และคำแนะนำจากแพทย์ก่อน ทั้งนี้ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และเหมาะสมสำหรับร่างกายของแต่ละคน ตัวอย่างของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การวิ่งเหยาะ หรือจ็อกกิ้ง การเดินเร็ว จักรยาน ว่ายน้ำ การเดินแอโรบิก หรือการใช้อุปกรณ์ บางอย่าง เช่น การเดินบนสายพาน การขี่จักรยานอยู่กับที่

7.2.2.3 การเล่นกีฬาหรือเกม เช่น เล่นหมากรุก หมากรอส กอล์ฟ โยนห่วง เปตอง ทอยลูกแก้ว และเกมต่าง ๆ เป็นต้น ผู้สูงอายุสามารถเลือกเล่นกีฬาที่ตนเองชอบ เป็นการออกกำลังกายที่สนุกสนาน และยังได้พบปะผู้อื่น เป็นการส่งเสริมด้านการเข้าสังคมด้วย

7.2.2.4 กิจกรรมการท่องเที่ยว ได้แก่ การเดินทางไกลในโลกกว้าง การท่องเที่ยวในเมืองไทย ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด การเป็นมัคคุเทศก์หรือไกด์บรรยายในการท่องเที่ยว การเขียนหนังสือคู่มือการท่องเที่ยว เป็นต้น เนื่องจากการเดินทางท่องเที่ยวเป็นการส่งเสริม

ประสบการณ์ของชีวิต เสริมสร้างความคิดให้ก้าวไกล ทำให้ชีวิตไม่ต้องอยู่กับที่ตลอดเวลา เหมือนกับได้ชาร์จไฟหรือแบตเตอรี่ให้ตัวเอง ทำให้มองดูเปล่งปลั่งดังคนหนุ่มสาวอยู่เสมอ ชีวิตมีความสุขสนุกสนานไปอีกรูปแบบหนึ่ง แม้ว่าจะเหน็ดเหนื่อยกับการเดินทางบ้างก็ตาม แต่ก็เป็นการสร้างความสนุกสนานรื่นเริงบันเทิงใจได้เป็นอย่างดี เมื่อหัวใจเป็นสุข ทุกข์ย่อมไม่มี เป็นการหนีความเปลี่ยนแปลงของร่างกายก่อนวัยอันควรไม่มากนักน้อย

กิจกรรมการท่องเที่ยวอาจเป็นการเข้าชมพิพิธภัณฑ์ สวนสัตว์ วัดวาอาราม พระราชวัง อุทยาน ประวัติศาสตร์ อุทยานธรรมชาติ การท่องเที่ยวเชิงเกษตรนิเวศน์ การท่องเที่ยวแบบร่วมอาศัยที่บ้านเดียวกันกับคนในท้องถิ่นหรือโฮมสเตย์ การท่องเที่ยวแบบวิถีสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งปัจจุบันสถานที่ท่องเที่ยวหลายแห่งให้ผู้สูงอายุเข้าชม โดยไม่เก็บค่าเข้าชม หรือถ้ามีการเก็บก็เพียงครั้งเดียว นอกจากนั้น ยังมีบริการรถนั่งเงิน รถกระเช้า ไม้บริการแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งค่าโดยสารรถไฟ รถประจำทาง รถปรับอากาศ ลดราคาให้กับผู้สูงอายุ

7.2.3 กิจกรรมงานอดิเรก เช่น การทำงานฝีมือ งานเย็บปักถักร้อย ทอผ้า ทำหุ่น ทำอาหารคาวหวาน งานวาดภาพ ฟ้อนรำหรือเต้นรำ ร้องเพลง งานช่างไม้ การจัดสวน เป็นต้น กิจกรรมงานอดิเรกนี้เป็นการทำงานที่ตนรักชอบ และประสงค์ที่จะทำต่อไป เพื่อความผ่อนคลายความบันเทิงให้กับชีวิตตนเอง บางครั้งรู้สึกอิ่มเอมและพึงพอใจกับผลงานที่ได้รับ เช่น งานฝีมือต่าง ๆ และยังเป็นสุขใจมากยิ่งขึ้น เมื่อได้มอบสิ่งที่เป็นงานฝีมือเหล่านั้นแก่ลูก หลาน ญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูง ซึ่งงานอดิเรกนี้บางครั้งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้บำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เช่น การเป็นอาสาสมัคร การเป็นวิทยากรในการอบรมวิชาการและวิชาชีพแก่สังคม เป็นการถ่ายทอดภูมิปัญญาจากคนรุ่นหนึ่งสู่รุ่นต่อ ๆ ไป ทำให้มีการดำรงสืบทอดศิลปวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่นและของชาติสืบไป

ประเภทของกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมนันทนาการมีหลายประเภท เพื่อให้บุคคลเข้าร่วมทำกิจกรรมได้ตามความสนใจดังนี้ (กรมอนามัย, 2556)

- การฝีมือและศิลปหัตถกรรม (Arts and crafts) เป็นงานฝีมือหรือสิ่งประดิษฐ์ต่าง ๆ เช่น การวาดรูป งานแกะสลัก งานปั้น การประดิษฐ์ดอกไม้ เย็บปักถักร้อย ทำตุ๊กตา ประดิษฐ์ข้าวของเครื่องใช้ และงานศิลปะอื่น ๆ
- เกมสกีฬา และกรีฑา (Games, sport and track and fields) กิจกรรมนันทนาการประเภทนี้เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กีฬากลางแจ้ง (Outdoor Games) ได้แก่ กีฬาที่ต้องใช้สนามกลางแจ้ง เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล และกิจกรรมกลางแจ้งอื่น ๆ กีฬาในร่ม (Indoor games) ได้แก่ กิจกรรมในโรงยิมเนเซียม หรือในห้องนันทนาการ เช่น แบดมินตัน เทเบิลเทนนิส หมากรุก ฯลฯ

- ดนตรีและร้องเพลง (Music) เป็นกิจกรรมนันทนาการที่ให้ความบันเทิง ดนตรีเป็นภาษาสากลที่ทุกชาติ ทุกภาษาสามารถเข้าใจเหมือนกัน แต่ละชาติ แต่ละท้องถิ่นจะมีเพลงพื้นบ้านของตนเอง และเครื่องดนตรีพื้นบ้าน เราสามารถเลือกได้ตามความสนใจ ไม่ว่าจะเป็นสากลหรือพื้นบ้าน

- ละครและภาพยนตร์ (Drama) เป็นนันทนาการประเภทให้ความรู้ความบันเทิง ความสนุกสนาน เพลิดเพลิน และสะท้อนให้เห็นถึงสภาพจริงของสังคมยุคนั้น ๆ

- งานอดิเรก (Hobbies) เป็นกิจกรรมนันทนาการที่ช่วยให้การดำเนินชีวิตประจำวันมีความสุข เพลิดเพลิน งานอดิเรกมีหลายประเภท สามารถเลือกได้ตามความสนใจ เช่น

ก. ประเภทสะสม เป็นการใช้เวลาว่างในการสะสม สิ่งที่ชอบสิ่งที่สนใจที่นิยมกันมาก ได้แก่ การสะสมแสตมป์ เหรียญเงินในสมัยต่าง ๆ อาจเป็นของในประเทศและต่างประเทศ การสะสมบัตรโทรศัพท์ ฯลฯ

ข. การปลูกต้นไม้ เป็นงานอดิเรกที่ให้ความเพลิดเพลิน และได้ออกกำลังกายและได้ฝึกสติพลอดจากสารพิษไว้รับประทาน หากเป็นการปลูกพืชผักสวนครัว

ค. การเลี้ยงสัตว์ อาจเป็นการเลี้ยงในลักษณะไว้เป็นอาหาร เช่น เลี้ยงเป็ด เลี้ยงไก่ นกกระทา หรือเลี้ยงไว้ดูเล่น เช่น เลี้ยงสุนัข แมว นก ปลา ฯ การเลี้ยงสัตว์เป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างลักษณะนิสัยของเด็กให้มีจิตใจอ่อนโยน และฝึกความรับผิดชอบ

ง. การถ่ายรูป เป็นงานอดิเรกที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่ง แต่ค่าใช้จ่ายอาจจะค่อนข้างสูง เนื่องจากอุปกรณ์ราคาแพง และมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเดินทางเข้ามาเกี่ยวข้อง หากไม่มีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจ การถ่ายรูปก็เป็นกิจกรรมที่ให้ความเพลิดเพลินและความภาคภูมิใจต่อผู้ทำกิจกรรมมาก

- กิจกรรมทางสังคม (Social activities) เป็นกิจกรรมที่กลุ่มคนในสังคมร่วมจัดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน เช่น การจัดเลี้ยงปีใหม่ งานเลี้ยงวันเกิด การฉลองในโอกาสพิเศษต่าง ๆ

- เต้นรำ ฟ้อนรำ (Dance) เป็นกิจกรรมที่ใช้จังหวะต่าง ๆ เป็นกิจกรรมที่ให้ความสนุกสนาน เช่น เต้นรำพื้นเมือง การรำไทย รำวงนาฏศิลป์ ลีลาศ

- กิจกรรมนอกเมือง (Outdoor activities) เป็นกิจกรรมนันทนาการนอกสถานที่ ที่ให้โอกาสมนุษย์ได้เรียนรู้ธรรมชาติ ได้พักผ่อน เช่น การอยู่ค่ายพักแรมไปท่องเที่ยวตามแหล่งธรรมชาติ

- ทักษะศึกษา (Field trip) เพื่อศึกษาศิลปวัฒนธรรม ตามวัดวาอาราม หรือศึกษาความก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ ในนิทรรศการหรืองานแสดงต่าง ๆ

- กิจกรรมพูด เขียน อ่าน ฟัง (Speaking writing and reading) การพูด เขียน อ่าน ฟัง
ที่นับว่าเป็นกิจกรรมนันทนาการ ได้แก่

ก. การพูด ได้แก่ การคุย การโต้วาที การปาถกถาฯ

ข. การเขียน ได้แก่ การเขียนบันทึกเรื่องราวประจำวัน เขียนบทกวี เขียนเพลง เรื่อง
สั้น บทความฯ

ค. การอ่าน ได้แก่ การอ่านหนังสือพิมพ์ อ่านหนังสือทั่ว ๆ ไป ที่ให้ทั้งความรู้และ
ความเพลิดเพลิน

ง. การฟัง ได้แก่ การฟังวิทยุ ฟังอภิปราย โต้วาที ทอล์คโชว์ฯ

- กิจกรรมอาสาสมัคร (Voluntary recreation) เป็นกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ที่บุคคล
เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ เช่น กิจกรรมอาสาพัฒนา และกิจกรรมอาสาสมัครต่าง ๆ

7.3 หลักในการเลือกกิจกรรมนันทนาการ

เนื่องจากกิจกรรมนันทนาการมีอยู่มากมายหลายอย่างและมีประโยชน์แก่บุคคล
แตกต่างกันออกไป จึงควรมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาดังต่อไปนี้ (กรมอนามัย, 2556)

7.3.1 สุขภาพของร่างกาย ควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุ เพศ ขนาดของ
รูปร่าง ตลอดจนความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ส่วนกิจกรรมที่เกินกำลังหรือเกินความสามารถ
ควรหลีกเลี่ยง เพราะจะกลับกลายเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เบาหวาน และ
ผู้สูงอายุ ก็ไม่ควรเล่นกีฬาหนักหรือ โลด โผน ตื่นเต้น นำมาหาคเสียว เป็นต้น

7.3.2 ความสนใจ ความสามารถ และความถนัดส่วนบุคคล ควรเลือกกิจกรรมที่
ตนถนัด สนใจ และมีความสามารถ จะทำให้ประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดีและมีความสุข
สนุกสนาน เพลิดเพลินกับกิจกรรมนั้น ๆ

7.3.3 ความเหมาะสมกับงานที่ทำอยู่แต่ละคนจะมีภารกิจในการทำงานของตนแตกต่าง
กันออกไป บางคนมีเวลาว่างมาก บางคนมีเวลาว่างน้อย บางคนต้องทำงานใช้แรงและกำลังมาก
บางคนทำงานใช้สมองมาก แต่ไม่เหน็ดเหนื่อย ดังนั้น จึงต้องเลือกกิจกรรมนันทนาการให้เหมาะสม
ในแต่ละคนไป เช่น การทำงานใช้แรงมาก ต้องเลือกกิจกรรมเบา ๆ อาทิ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์
อ่านหนังสือ ส่วนคนที่ใช้สมองมากก็ควรเล่นกีฬาที่ใช้กำลัง เช่น แบดมินตัน ตะกร้อ เป็นต้น

7.3.4 สถานที่ ความสะดวก และความปลอดภัย กิจกรรมบางอย่างจำเป็นต้องมี
อุปกรณ์ เครื่องมือ หรือสถานที่เข้ามาเกี่ยวข้อง การเลือกกิจกรรมจึงต้องพิจารณาถึงความพร้อมของ
อุปกรณ์ และสถานที่ด้วย เช่น บางคนสนใจว่ายน้ำ แต่ไม่มีสระ บางคนสนใจฟุตบอล แต่ไม่มีสนาม
 เป็นต้น

7.3.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ มีกิจกรรมหลายประเภทที่จำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมาก และสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายสูง เช่น การเล่นเกมอล์ฟ การสะสมวัตถุโบราณ สะสมรถเก่า เล่นกอล์ฟ ถ่ายรูป เป็นต้น กิจกรรมประเภทนี้จึงไม่เหมาะสมกับผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง กิจกรรมที่ประหยัดและสามารถให้ประโยชน์ได้มากกว่า ได้แก่ การออกกำลังกาย การเล่นดนตรี เป็นต้น

7.3.6 ไม่ขัดต่อศีลธรรม ประเพณี และวัฒนธรรมของสังคม ตลอดจนกฎหมาย ของบ้านเมือง กิจกรรมบางอย่างอาจเหมาะสมกับขนบธรรมเนียมประเพณีในท้องถิ่นหนึ่ง แต่อาจขัดกับประเพณีวัฒนธรรมของอีกท้องถิ่นหนึ่ง

7.3.7 ประโยชน์ต่อสังคม ถ้ามีโอกาสควรเลือกกิจกรรมที่นอกจากจะให้เกิด คุณประโยชน์แก่ตนเองแล้ว ยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวมและสังคมด้วย

7.3.8 ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำความรบกวนหรือทำความรำคาญให้แก่ผู้อื่น ควรเลือกกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรัก ความพอใจ และความสมัครสมานสามัคคีกัน

7.4 ประโยชน์ของนันทนาการ

นันทนาการเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่ทำให้ประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างมาก ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ (กรมอนามัย, 2556)

7.4.1 ประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ เนื่องจากชีวิตประจำวัน เต็มไปด้วยสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้คนไม่ค่อยได้มีโอกาสออกกำลังกายมากนัก ร่างกายจึงมักจะ ไม่สมบูรณ์แข็งแรง การนันทนาการด้วยการออกกำลังกายก็จะสามารถทดแทนได้ เพื่อให้ สมรรถภาพทางกายสูงขึ้น ส่วนทางด้านจิตใจก็จะได้พักผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตก กังวล ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมหรือประกอบกิจการต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

7.4.2 ประโยชน์ต่อครอบครัว กิจกรรมนันทนาการบางอย่าง นอกจากจะให้ความ สนุกสนาน เพลิดเพลิน ทำให้ชีวิตครอบครัวเป็นสุขและอบอุ่นแล้ว ยังอาจช่วยเพิ่มรายได้ของ ครอบครัว โดยทางอ้อมอีกด้วย เช่น การปลูกต้นไม้ การปลูกผักสวนครัว เป็นต้น

7.4.3 ประโยชน์ต่อสังคม ก่อให้เกิดความสามัคคี รักใคร่กลมเกลียวกันในหมู่คณะ ส่งเสริมความเป็นพลเมืองดี ลดปัญหาการประพฤติผิดศีลธรรม หรือปัญหาอาชญากรรม โดย การรู้จักใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์ร่วมกัน ทำให้เกิด ความสนิทสนม ขณะทำงานด้วยกัน ทำให้เพิ่มคุณธรรมแก่บุคคลผู้ร่วมกันทำกิจกรรมนั้น ๆ

7.5 การจัดกิจกรรมของต่างประเทศ

สุรกุล เจนอบรม (2541, หน้า 142-148) ได้ยกตัวอย่าง การจัดกิจกรรมของต่างประเทศ ไว้ดังนี้ การจัดโครงการและกิจกรรม เพื่อให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุในต่างประเทศ นั้นได้มีการดำเนินการมาเป็นเวลานานแล้ว ทั้งในภาคพื้นยุโรปและอเมริกา รวมทั้งประเทศที่พัฒนา

แล้วในภาคพื้นเอเชียด้วย ดังตัวอย่าง 3 ประเทศ ที่มีการจัดโครงการและกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่น สรุปได้ดังนี้

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดโครงการและกิจกรรมด้านการศึกษาในสหรัฐอเมริกา มีการจัดโครงการและกิจกรรมด้านการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ในลักษณะของการศึกษาผู้ใหญ่แบบ เบ็ดเสร็จในโบสถ์ ศูนย์ชุมชน ในโรงเรียนในเวลาเย็น สโมสรผู้สูงอายุ จัดให้การศึกษาในด้าน สุขภาพอนามัยหรือสุขศึกษา (Health education) แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีการฝึกอบรมก่อน การเกษียณอายุงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจสภาพการเป็นผู้สูงอายุ โดยเน้นการรู้จักการใช้เวลาว่าง ให้เกิดประโยชน์ และก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ตลอดจนการฝึกอาชีพเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการประกอบอาชีพที่ไม่หนักนักในระยะภายหลังการเกษียณ

University of Newhamshire ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้มีการจัดโครงการทาง ด้านการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดหลักสูตรการเรียนแบบไม่มีการให้หน่วยกิต ไม่มีการสอบ เป็นการเรียนรู้ที่เน้นสติปัญญา เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตที่ท้าทายขึ้น เช่น การเรียนวิชาการ สาขาต่าง ๆ การนำไปท่องเที่ยว ฝึกการใช้เวลาว่างในสังคมอย่างมีความสุข และที่สำคัญผู้สูงอายุ เหล่านี้ได้ มีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนทัศนคติต่อกันระหว่างคนในวัยเดียวกัน ซึ่งถือว่าเป็น ความสุขของบุคคลกลุ่มนี้

โครงการและกิจกรรมด้านสังคม สำหรับการจัดโครงการและกิจกรรมด้านสังคม ในประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐบาลได้พยายามส่งเสริมให้จัดบริการชุมชน (Community service) ประเภทต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุให้มากขึ้น พยายามหลีกเลี่ยงการส่งผู้สูงอายุเข้าอาศัยอยู่ในสถาน สงเคราะห์ โดยพยายามให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบครอบครัว จัดบริการชุมชนต่าง ๆ เพื่อ เสริมสร้างและพัฒนาผู้สูงอายุและส่งเสริมครอบครัว ดำรงไว้ซึ่งการเคารพยกย่องผู้สูงอายุ เช่น จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านของตนเอง เป็นต้นว่า Meals on wheel เป็นการจัดหา อาหารส่งถึงบ้าน Home help เป็นบริการช่วยเหลือที่บ้าน เช่น อาบน้ำให้ผู้สูงอายุ ทำความสะอาด บ้าน ซักผ้าให้ผู้สูงอายุ District nurses เป็นบริการดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุตามบ้าน เช่น ทำแผล เรื้อรัง ประเทศญี่ปุ่นได้มีการจัดโครงการและกิจกรรมด้านการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในความ ดูแล ให้การสนับสนุน ของกระทรวงศึกษาธิการ วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม (Monbusho) ซึ่งเป็น โครงการระดับชาติที่สนับสนุนให้รัฐบาลส่วนท้องถิ่น เทศบาลและชุมชน จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น

- การประชุมเพื่อการส่งเสริมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ
- การจัดห้องเรียนสำหรับผู้สูงอายุ
- การจัดหลักสูตรกิจกรรมอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุ

- การใช้คุณประโยชน์ของทรัพยากรมนุษย์ผู้สูงอายุ
- โครงการประสานสัมพันธ์คนวัยต่าง ๆ
- การจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาแนะนำ
- โครงการส่งเสริมกีฬาเพื่อชีวิตที่ยืนยาว

การจัดโครงการและกิจกรรมทางด้านสังคมของประเทศญี่ปุ่น รัฐบาลได้มอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ เข้ามามีส่วนรับผิดชอบจัดโครงการ และกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในลักษณะการสนับสนุนให้รัฐบาลส่วนท้องถิ่น เทศบาล และชุมชน เป็นผู้ดำเนินการ ได้แก่

- โครงการของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ได้จัดโครงการสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมหลัก 6 กิจกรรม ดังนี้

ก. โครงการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ โดยจัดบริการให้ตามศูนย์สาธารณสุข ให้บริการแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ

ข. โครงการการให้บริการเพื่อส่งเสริมความเข้าใจผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการจัดขึ้น เพื่อสนับสนุนรัฐบาลส่วนท้องถิ่นในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การปรับปรุงทัศนคติการใช้ชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุในบ้าน การประสานงาน การให้บริการแก่ผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น

ค. ศูนย์ส่งเสริมความเข้าใจผู้สูงอายุระดับจังหวัด เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้หน่วยงานระดับจังหวัดในการจัดกิจกรรม ให้คำปรึกษาแนะนำให้บริการข่าวสารข้อมูลกับผู้สูงอายุ

ง. กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้เทศบาลดำเนินการสนับสนุนกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โดยการประสานงานในเรื่องสวัสดิการสังคม การเรียนรู้ และการดูแลสุขภาพ

จ. กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่จะกระตุ้นส่งเสริมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ โดยการแนะนำ และการจัดทำรูปแบบการดำเนินงาน

ฉ. กิจกรรมการยกย่องเชิดชูเกียรติและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรม ที่ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาสังคม สำหรับผู้สูงอายุในการประสาน งานกับเทศบาลและรัฐบาลส่วนภูมิภาค

- โครงการของกระทรวงแรงงาน กระทรวงแรงงานได้จัดทำโครงการสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มที่เป็นผู้ใช้แรงงาน ได้แก่

ก. การให้บริการคำปรึกษาแนะนำสำหรับลูกจ้างผู้สูงอายุ โดยเน้นการให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานต่อเนื่องของผู้สูงอายุในบริษัทของตนเอง

ข. สำนักงานให้คำปรึกษาสำหรับแรงงานสูงอายุ ดำเนินการเกี่ยวกับการประสานโครงการให้คำปรึกษาแนะนำของแต่ละเมือง และจัดที่ปรึกษาสำหรับให้การแนะแนวเกี่ยวกับการจ้างงานของประชาชนที่มีอายุสูงกว่า 50 ปี

ค. โครงการเตรียมตัวก่อนเกษียณ เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนสมาคมในระดับท้องถิ่น เพื่อการพัฒนาการจ้างงานของผู้สูงอายุ ในการให้ข่าวสารข้อมูล ตลอดจนการสัมมนาให้แก่ลูกจ้างซึ่งอยู่ในช่วงที่ใกล้จะเกษียณจากงาน เพื่อที่จะช่วยให้สามารถปรับตัวที่จะใช้ชีวิตใหม่หลังเกษียณแล้ว

ง. กองทุนช่วยเหลือการศึกษา สำหรับแรงงานเป็นกองทุนที่รัฐบาลจัดขึ้น เพื่อสนับสนุนให้แรงงานได้ใช้เพื่อการศึกษาอบรม นอกเหนือจากเวลาทำงานปกติ และเพื่อเป็นการเตรียมตัวสำหรับการทำงานหลังจากเกษียณแล้ว

จ. แผนสุขภาพ Silver เป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับแรงงานในวัยกลางคน และวัยสูงอายุ ซึ่งจัดในรูปของการให้คำปรึกษาแนะนำและการออกกำลังกายในสถาบันทางด้านสุขภาพและกีฬา

- โครงการของกระทรวงเกษตร ป่าไม้ และการประมง กระทรวงเกษตร ป่าไม้ และการประมงได้จัดโครงการสำหรับผู้สูงอายุหลายโครงการ ได้แก่

ก. โครงการหมู่บ้านสุขภาพดี เป็นโครงการที่สนับสนุนให้รัฐบาลส่วนภูมิภาคจัดกิจกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพของเกษตรกร และการใช้ความสามารถของผู้สูงอายุให้เกิดคุณประโยชน์

ข. โครงการใช้คุณประโยชน์ของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชาวประมง เป็นโครงการที่ส่งเสริมให้ใช้ทักษะและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ในการสร้างสรรค์กิจกรรมของหมู่บ้านชาวประมง

- โครงการของกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศได้จัดทำโครงการสำหรับผู้สูงอายุ ในการส่งอาสาสมัครสูงอายุไปเป็นผู้เชี่ยวชาญในต่างประเทศ

- โครงการของกระทรวงไปรษณีย์และโทรคมนาคม กระทรวงไปรษณีย์และโทรคมนาคม จัดทำโครงการ “วงจรกิจกรรมสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุ” เป็นการติดต่อไปยังผู้สูงอายุทางจดหมายเพื่อให้กำลังใจ และให้การเรียนรู้แก่ผู้สูงอายุด้วยระบบการสื่อสารทางไปรษณีย์

- โครงการขององค์การการจัดการเพื่อการบริหาร องค์การการจัดการเพื่อการบริหารได้จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในเรื่องการให้การศึกษา เพื่อการรักษาความปลอดภัยในการจราจรของ

ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้รัฐบาลส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชนดำเนินการ โดยใช้บุคลากรในกลุ่มชมรมของผู้สูงอายุเอง มีการฝึกอบรมผู้สมัครที่เป็นผู้สูงอายุ ตลอดจนการฝึกหัดในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการจราจรของผู้สูงอายุ

- โครงการของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติได้จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเยี่ยมชมให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เป็นการจัดกิจกรรมให้ตำรวจประจำท้องถิ่นออกไปเยี่ยมชมผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพังหรือเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากโรครา ตลอดจนการให้ความรู้เพื่อป้องกันอาชญากรรมและข่าวสารต่าง ๆ

โครงการสร้างกำแพงปกป้องผู้สูงวัยของสังคม เป็นกิจกรรมที่กองตำรวจประจำรัฐบาล ส่วนภูมิภาคสนับสนุนให้ชุมชนปรับปรุงการดูแลรักษาความปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ทั้งองค์การภาครัฐและภาคเอกชนของญี่ปุ่น จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้ต้นนโยบายการศึกษาตลอดชีวิตอีกเป็นจำนวนมาก ในกลุ่มผู้ที่ทำงานเพื่อผู้สูงอายุ ในญี่ปุ่น จะมีคำกล่าวถึงผู้สูงอายุว่า “การที่ผู้สูงอายุญี่ปุ่นต้องหลังโกงนี้ เป็นเพราะได้ทำงานแบกรับความเจริญในปัจจุบัน ไว้อย่างมหาศาล” ซึ่งเป็นข้อเตือนใจ คนในปัจจุบันรำลึกถึงคุณูปการของผู้สูงอายุเสมอ จากการศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมจะช่วยส่งเสริมให้การศึกษา เพื่อเตรียมตัวใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ 4 องค์ประกอบ รวมกันเป็น 16 สุขภาวะ หมายถึง สุขภาพในมิติทางกาย 4 อย่าง ประกอบด้วยร่างกายแข็งแรง ความปลอดภัย มีความปลอดภัย ความมีปัจจัย 4 ซึ่งมาจากการมีสัมมาชีพ มิติทางจิต 4 อย่าง ประกอบด้วย ความดี ความงาม (สุนทรียะ) ความสงบ ความมีสติ มิติทางสังคม 4 อย่าง ประกอบด้วย การมีความสัมพันธ์ที่ดีในทุกระดับ สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม สังคมสันติ และมิติสุดท้ายนับว่าสำคัญมาก เป็นมิติทางปัญญา 4 อย่าง ประกอบด้วย ปัญญาที่รอบรู้เท่าทัน ปัญญาที่เป็น ปัญญาอยู่ร่วมกันเป็น ปัญญาบรรลุอิสรภาพ (ประเวศ วะสี, 2541, หน้า 4)

8. ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ

นิยามของความเป็นอยู่ที่ดี ความเป็นอยู่ที่ดี หรือ Well-being ในภาษาไทยจะใช้คำที่หลากหลาย เช่น หมายถึง สภาพที่ดี ที่น่าพอใจ ความสุข ความผาสุก สวัสดิภาพ สวัสดิการ ความปลอดภัย ความเจริญรุ่งเรืองเป็นสุข มีความสุขกายสบายใจ มีสุขภาวะที่ดี จากการศึกษาความหมายในภาพรวมของความรู้สึกที่เป็นสุข ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ในความหมายว่า สุขภาพชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจได้

สังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และใช้คำว่าความเป็นอยู่ที่ดี ในความหมายของคำว่า Well-being ซึ่งเป็นความรู้สึกเป็นสุข (Wilcock et al., 1998, pp. 75-82; อภิชัย มงคล และคณะ, 2551, หน้า 43-64)

ความเป็นอยู่ที่ดีจะพิจารณาจากสถานภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์กันที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ตามคุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ได้แก่ หน้าที่การทำงานของร่างกายและจิตใจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกมาตรฐานของที่อยู่อาศัย ปัจจัยทางสังคม ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนปัจจัยด้านเศรษฐศาสตร์ทางสังคม รวมทั้งรายได้เพียงพอ มีอิสระ และมีความพึงพอใจในชีวิต มีสุขภาพทางด้านจิตใจดี มีกำลังใจ มีความสุข มีงานอดิเรก มีเวลาว่างเพื่อความบันเทิง เพื่อความผ่อนคลายหรือนันทนาการ การได้รับความเอาใจใส่ตามที่คาดหวัง รวมทั้งเหตุปัจจัยที่ไม่พึงประสงค์ (Sixsmith, Hine, Clarke, Brown, & Garner, 2007, pp. 9-23)

8.1 ผู้สูงอายุกับสุขภาพ

จากการศึกษาในประเด็นความเป็นอยู่ที่ดี พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้หรือความคิดเห็นต่อความเป็นอยู่ที่ดีและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ

8.2 ผู้สูงอายุกับภูมิหลังทางสังคม

ภูมิหลังทางสังคมหรือทุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดี ระดับปัจเจก ระดับครอบครัว และระดับชุมชน มีความเกี่ยวข้องกับการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน ไม่ว่าจะเป็นการเสริมสร้างให้มีความรักและเห็นคุณค่าในตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต จากการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสังคมเพื่อนฝูงจะมีความรู้สึกด้านบวกต่อความเป็นอยู่ที่ดี (Mookherjee, 1998, p. 788)

8.3 ผู้สูงอายุกับสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณหรือจิตใจ หมายถึง ปัญญา รู้แจ้ง เข้าใจ (พันธศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2552, หน้า 165) เป็นภาวะที่เป็นสุข เมื่อได้ทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น (ประเวศ วะสี, 2543, หน้า 4)

9. ทฤษฎีการสูงอายุ

ความพยายามค้นหาคำตอบว่า ทำไมคนถึงแก่ชรายังคงมีอยู่ แม้ว่าจะไม่มีใครเอาชนะความชราได้ก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้พยายามสรุปสาเหตุของความชราไว้ 2 ประการ คือ 1. พันธุกรรม และ 2. สิ่งแวดล้อม ซึ่งพิจารณาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของสิ่งมีชีวิต และพยายามศึกษามนุษย์ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม

นักทฤษฎีทั้ง 3 สาขา ต่างยอมรับว่าความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่ง ก็ยังไม่สามารถอธิบายกระบวนการแก่ชราได้อย่างสมบูรณ์ จึงเสนอแนวคิด เพื่อนำมาใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ให้ชัดเจนที่สุด ประกอบด้วย ทฤษฎี 3 กลุ่ม ได้แก่ (กรมอนามัย, 2554, หน้า 11)

- ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory)
- ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory)
- ทฤษฎีทางสังคม (Sociological theory)

9.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ ทฤษฎีจิตวิทยา

9.1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ประกอบด้วย

9.1.1.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ หรือทฤษฎีเซลล์ ร่วมอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการตลอดเวลา

9.1.1.2 ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต หรือทฤษฎีการถูกกำหนด อธิบายว่า อายุขัยของคน ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยรหัสพันธุกรรม ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืน ลูกหลานก็จะมีอายุยืนยาวตามไปด้วย

9.1.1.3 ทฤษฎีการกลายพันธุ์ เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเล็กทีละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA และเกิดการเปลี่ยนแปลงของ Cell หรืออวัยวะในระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดมีโรคร้ายไข้เจ็บหรือเกิดมะเร็ง

9.1.1.4 ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ หรือทฤษฎีโมเลกุลอธิบายว่า ความแก่เกิดจากนิวเคลียสของ Cell มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้ Cell ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจาก Cell เดิม

9.1.2 ทฤษฎีอวัยวะ อธิบายว่าเมื่ออวัยวะมีการใช้งาน ย่อมมีการเสื่อมเกิดขึ้น เช่น

9.1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม ความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานมาก ย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น

9.1.2.2 ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ เมื่อเข้าสู่วัยชรา การทำงานของระบบสมอง และประสาทจะลดลง ความจำจะเสื่อมลง

9.1.2.3 ทฤษฎีสะสมของเสีย เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น ของเสียจะถูกสะสม ทำให้ Cell เสื่อม และตายเพิ่มขึ้น สิ่งที่พบ ได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารสีดำ ไม่ละลายน้ำ เป็นสารประกอบจำพวก Lipoprotein

9.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยาเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลาย ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุ

นั้น ๆ อยู่อาศัย ได้แก่ ทฤษฎีบุคลิกภาพ กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุข หรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับ ภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนาด้วยความมั่นคง อบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข อยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงข้าม ถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมมือกับใครได้ จิตใจคับแคบ ไม่รู้จักช่วยเหลือ เห็นใจผู้อื่น ผู้สูงอายุผู้นั้นก็จะประสบปัญหา ในบั้นปลายของชีวิต

9.3 ทฤษฎีทางสังคม (Sociological theory)

ทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงบทบาทสัมพันธภาพและการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

9.3.1 ทฤษฎีกิจกรรม ได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี

9.3.2 ทฤษฎีการแยกตนเองหรือการถอยห่าง กล่าวถึงผู้สูงอายุเกี่ยวกับการถอยห่างออกจากสังคมผู้สูงอายุและสังคม จะลดบทบาทซึ่งกันและกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคม เพื่อลดความเครียดและรักษาสุขภาพ พยายามไม่เกี่ยวข้อง กับสังคมต่อไป เพื่อถนอมสภาพและบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง กระบวนการถอยห่างมีลักษณะ ดังนี้ เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุพึงพอใจ เป็นสากลของทุกสังคม และสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อรักษาสมดุลของธรรมชาติ

แนวคิดเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้ดูแล

Carers UK (2005, p. 1) ผู้ดูแล (Carer) คือ ใครบางคนที่ทำให้การดูแลญาติหรือเพื่อที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้ โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล

Wikipedia (2007) ได้ให้ความหมายของผู้ช่วยดูแลทางด้านสุขภาพ (Healthcare assistant) ไว้ว่า คือ เจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน มีความรับผิดชอบในการให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยภายใต้การนิเทศของพยาบาลประจำการ

สำนักพัฒนามาตรฐานและทดสอบฝีมือแรงงาน (2549) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Older person caregiver) ว่าหมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และมีคุณธรรม ในการทำหน้าที่ช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุ ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดี ที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (กรมอนามัย, 2554, หน้า 74-75)

1. มิติดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น หมายถึง ผู้ให้การสนับสนุนดูแล และดำเนินการสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น
2. มิติดำเนินการให้ความช่วยเหลือ บุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น หมายถึง ผู้ที่ดูแลเอาใจใส่ผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนหรือญาติที่มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือพิการ และต้องการความช่วยเหลือ
3. มิติดำเนินการสัมพันธในครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

4. มิติดำเนินการรับผิดชอบต่องานดูแล แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

4.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดบาดแผล ช่วยการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

4.2 ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาดูแลน้อยกว่า

2. มิตินิยามรูปแบบการดูแล แบ่งได้เป็น

2.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีใช้ญาติหรือเพื่อนที่บ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพิง โดยได้รับค่าตอบแทน หรือผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน และได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการดูแลที่บ้าน (Health care assistant)

2.2 ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) บางครั้งเรียกว่า ผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม หรือญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งนี้อาจไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่ให้การดูแลเนื่องจากสำนึกในบุญคุณ

สรุป ผู้ช่วยดูแล (Care assistant) หรือผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (Paid caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือด้านอื่น ๆ โดยได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้าง

3. บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- 3.1 ให้การดูแล ซึ่งได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย
- 3.2 ให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 3.3 ให้การประคับประคอง เช่น การประคับประคองทางด้านร่างกาย และจิตใจ
- 3.4 ให้การสนับสนุน เช่น สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองตามความสามารถที่มีอยู่ ให้คำชมเชย ยกย่อง เป็นต้น
- 3.5 เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างบุตรหลานและญาติมิตรกับผู้สูงอายุ

4. จริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ควรมีดังนี้

- 4.1 ความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ
- 4.2 ความซื่อสัตย์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติอย่างตรงไปตรงมาทั้งทางกาย วาจา และใจ
- 4.3 ความกตัญญูกตเวที หมายถึง การรู้จักคุณ และตอบแทนคุณต่อผู้สูงอายุ และผู้ว่าจ้าง เคารพในสิทธิของผู้สูงอายุ
- 4.4 ความมีระเบียบวินัย เป็นการควบคุมความประพฤติ การกระทำให้ถูกต้องเหมาะสม
- 4.5 ความเสียสละ หมายถึง การละความเห็นแก่ตัว รู้จักแบ่งปันให้ผู้อื่นเท่าที่จะทำได้ ตามความสามารถ
- 4.6 ความอดุสาหะ หมายถึง ความพยายามอย่างเต็มกำลัง เพื่อให้งานสำเร็จด้วยดี มีความขยัน อดทน ไม่ท้อแท้
- 4.7 ความเมตตา กรุณา ซึ่งหมายถึง การมีความจริงใจ มีความรัก ความสงสาร ความเห็นอก เห็นใจ ปราบปรามต่อผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2556)

5. องค์ประกอบทางจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ

5.1 ตระหนักถึงคุณค่าของความสุขอายุ เพื่อดำรงความมีศักดิ์ศรี และความภาคภูมิใจ โดยให้ความเคารพยกย่อง คำนึงถึงคุณค่าของความสุขอายุ ยอมรับความสุขอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวงจรชีวิตของมนุษย์ ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล ดำรงรักษาความสามารถของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด โดยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ยอมรับความคิดเห็นหรือความต้องการของผู้สูงอายุ ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในฐานะบุคคลคนหนึ่งที่มีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับบุคคลวัยอื่น ๆ (กรมอนามัย, 2556)

5.2 ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีหลักธรรมประจำใจ ได้แก่

5.2.1 เมตตา คือ ความรัก ปราบปรามให้เขามีความสุข

5.2.2 กรุณา คือ ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือให้เขาพ้นทุกข์ ช่วยให้หลุดจากความเจ็บปวด ทรมาน

5.2.3 มุทิตา คือ ความรู้สึกพลอยยินดี เมื่อมีอาการดีขึ้น ช่วยให้สุขสบายยิ่งดี

5.2.4 อุเบกขา คือ การรู้จักวางเฉย ไม่ล่วงล้ำเกินไป จนทำให้รู้สึกอึดอัด หรือเป็นการก้าวท้าวสิทธิส่วนบุคคล

5.2.5 ศึกษาหาความรู้ และติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ ทั้งด้านที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ด้านจริยธรรมและด้านอื่น ๆ

5.2.6 รักและศรัทธาในอาชีพ เห็นคุณค่าของอาชีพว่าเป็นอาชีพที่มีประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์

5.2.7 ตระหนักถึงความสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพ และรับผิดชอบต่อข้อบัญญัติในจรรยาบรรณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพบริการการดูแลผู้สูงอายุ

6. บทบาทและข้อควรคำนึงเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ต้องการความอบอุ่นใจมาก ต้องการการให้กำลังใจ การสนับสนุน และคำชมเชย การดูแลช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดและผู้ดูแล การหลงลืม ทำอะไรผิดพลาด จนมีพฤติกรรม หรืออาการต่าง ๆ ที่ทำให้ญาติ ผู้ดูแลอาจรู้สึกรำคาญ อดทน อดกลั้น หรือขบขัน พุดจาไม่ระวังปาก ต่อไปนี้เป็นข้อควรคำนึงเบื้องต้น (กรมอนามัย, 2554, หน้า 11)

6.1 อาการต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ เกิดจากโรคทางสมอง มิใช่การแกล้งทำ หรือความตั้งใจจะทำ

6.2 ผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะมีสติปัญญาลดลง จึงไม่ควรคาดหวังที่จะให้เขาเรียนรู้ในสิ่งที่สอนไป

6.3 ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนและกำลังใจ ทนไม่ได้กับสายตาที่ถูกดูแลคน หรือ ขบขัน การปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสงบและใจเย็น โดยบอกให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทีละอย่าง พร้อมทั้ง อธิบายไปด้วยอย่างช้า ๆ

6.4 ผู้ป่วยต้องการศักดิ์ศรี ไม่ต้องการให้ใครมาปฏิบัติต่อตนเหมือนเป็นเด็กที่ต้อง พึ่งพาคนอื่น การใช้คำพูดที่ไพเราะ สุภาพต่อผู้ป่วย จะทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีและเป็นมิตรระหว่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแล

6.5 หลักการดูแลที่ไม่เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย การที่พิจารณาแล้วว่าไม่เป็นอันตราย แม้จะดูเปลี่ยนแปลง ก็ควรผ่อนปรนให้ผู้ป่วยยอมให้ทำได้

6.6 การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องแนะนำตัวอย่างชัดเจนกับผู้ป่วย บอก รายละเอียดว่าจะมาเมื่อใด กลับเวลาไหน (กรณีไป-กลับ) ควรใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วย ให้เกิด บรรยากาศความไว้วางใจ เนื้อหาที่คุยที่จะพูดคุยเป็นเรื่องชีวิตประจำวันธรรมดา ๆ เช่น ดินฟ้า อากาศ วัน เดือน ปี เรื่องธรรมชาติ ดอกไม้ ต้นไม้ พุดเรื่องเก่า ๆ อ่านหนังสือพิมพ์ให้ฟัง เป็นต้น

6.7 เมื่อใดก็ตามที่ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ควรจะรีบเตือนตัวเองและพาตน ออกจากผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่เข้าใจว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกอย่างไร เพราะการรับรู้ของเขาลดลง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงรับรู้ความไม่พอใจที่เกิดขึ้นและอาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจ เป็นการรบกวนคนรอบข้างมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความหงุดหงิดมากขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลควรรีบออก จากผู้ป่วยและหาทางผ่อนคลาย และอาจขอคำแนะนำ ปรีกษาจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาทาง ช่วยเหลือ

6.8 การจัดสิ่งแวดล้อม ควรเงียบ สงบ อย่าให้มีสิ่งรบกวน จัดสิ่งของให้เหมือนเดิม อย่าเคลื่อนย้ายสิ่งของ ผู้ป่วยจะไม่คุ้นเคย

6.9 ผู้ดูแลควรสังเกตพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือพฤติกรรมแปลก ๆ ที่เพิ่มมากขึ้น อาจมีสาเหตุ เสี่ยงที่ดังเกินไปรบกวนผู้ป่วย ความสามารถในการสื่อสารน้อยลงหรือสื่อสารได้ยาก ลำบากขึ้น ทักษะต่าง ๆ น้อยลง ความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม ความไม่สบายทางกาย ผู้ดูแลต้อง เอาใจใส่และให้การช่วยเหลือ

7. ประเด็นปัญหาที่พบ

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการว่าจ้างหรือผู้ช่วยดูแลของปริญญา แร่ทอง (2547), ปิยาภรณ์ จันทร์โพธิ์ (2547) และศิริพันธุ์ สาสัตย์, ประนอม รอดคำดี และเตือนใจ ภักดีพรหม (2550) พบว่า

7.1 ผู้ดูแลไม่มีคุณภาพ ผู้ช่วยดูแลบางรายได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพียง 3-5 วัน ทางศูนย์ก็จะจัดส่งผู้ช่วยดูแลดังกล่าวไปดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน ตามความต้องการของ

ผู้ว่าจ้าง ผู้ช่วยดูแลที่เข้ามาสมัครงานกับศูนย์ที่จัดผู้ดูแลตามบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เข้ามาสมัคร เนื่องจากมีการบอกต่อจากกลุ่มเพื่อนที่ทำงานในลักษณะเดียวกัน และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ การดูแลผู้สูงอายุมาบ้าง

7.2 ขาดการควบคุมด้านค่าตอบแทน ลักษณะการทำงาน ค่าตอบแทนเป็นการตกลง ระหว่างผู้ว่าจ้าง ผู้ช่วยดูแล และศูนย์ที่ส่งผู้ช่วยดูแลไปทำงานตามบ้าน

7.3 ผู้ช่วยดูแลไม่ได้รับความคุ้มครอง โดยในบางที่อาจไม่ได้มีประกันสังคม หรือ ประกันสุขภาพใด ๆ แก่ผู้ช่วยดูแล

7.4 ไม่มีหลักประกันเกี่ยวกับมาตรฐานในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยดูแล ดังนั้น จึงมี การทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุเกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนผู้ช่วยดูแลขึ้นในครอบครัวและในชุมชน

7.5 ผู้ช่วยดูแลมีภาวะเครียด เมื่อผู้ช่วยดูแลคนใหม่เข้าไปทำงานในครอบครัวดังกล่าว ก็อาจถูกจับตามองเป็นพิเศษ ปัญหาที่เกิดขึ้นสร้างความเครียดให้ผู้ช่วยดูแล ซึ่งอาจส่งผลต่อ พฤติกรรมการดูแลและคุณภาพการดูแลในที่สุด

7.6 ขาดระบบการควบคุม กำกับ และการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแล

7.7 หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ มีความหลากหลายแตกต่างกัน ทั้งโครงสร้าง ระยะเวลาในการเรียน เกณฑ์การวัด และการประเมินผล

7.8 หลักสูตรที่มีอยู่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง

ซึ่งประเด็นปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้น อาจเนื่องมาจากการขาดการรับรองมาตรฐานและ การควบคุมการปฏิบัติ จึงควรได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้การ ช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ช่วยดูแล ตลอดจนสร้างระบบการดูแลที่มีคุณภาพให้เกิดขึ้น

8. การทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงาน สาขาอาชีพการดูแลผู้สูงอายุ

คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน ได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการทดสอบ มาตรฐานฝีมือแรงงาน สาขาอาชีพการดูแลผู้สูงอายุระดับ 1 เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ซึ่งมี รายละเอียด ดังนี้

8.1 มาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ ได้มีข้อกำหนดทางวิชาการที่ใช้เป็นเกณฑ์วัด ระดับความรู้ ความสามารถ ทักษะคติในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพในสาขาต่าง ๆ ประกอบด้วย การทดสอบความรู้และการทดสอบความสามารถ สำหรับสาขาอาชีพการดูแลผู้สูงอายุ มีการกำหนด มาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติไว้เพียงระดับเดียว คือ ระดับ 1

8.2 ผู้มีสิทธิได้รับใบรับรองวุฒิปับตรมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ เดิมจะต้องผ่าน การทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขาการดูแลผู้สูงอายุ โดยต้องได้คะแนนภาคความรู้

ไม่ต่ำกว่ากว่า ร้อยละ 70 และภาคทักษะจะต้องผ่านทั้งหมด ครอบคลุมเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ในหัวข้อ 2 ต่อมาได้มีการปรับเกณฑ์ผ่านโดยใช้คะแนนรวมแทน โดยผู้เข้ารับการทดสอบจะต้องสอบทั้งภาคความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ จะต้องสอบได้คะแนนรวมทั้งหมด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 จึงถือว่าสอบผ่านมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน เรื่องวิธีการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานและการออกหนังสือรับรองว่าเป็นผู้ผ่านการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขาอาชีพการดูแลผู้สูงอายุระดับที่ 1

นอกจากนี้ ยังมีอื่น ๆ อีกที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดและทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงาน เช่น ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน เรื่องมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขาอาชีพการดูแลผู้สูงอายุ และประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน เรื่อง คุณสมบัติของผู้เข้ารับการทดสอบ สาขาอาชีพการดูแลผู้สูงอายุ

9. คุณภาพการดูแล

ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีกำหนดหน่วยงาน มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ และให้ความหมายของคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

Romess and Coe (1991) กล่าวว่า คุณภาพการดูแล หมายถึง ความเหมาะสมในการดูแล

Werehan (1994) ให้ความหมายของคุณภาพการดูแลว่า หมายถึง ความเป็นไปได้ในการยกระดับหรือผลลัพธ์ของการให้การดูแลสุขภาพแก่บุคคล ชุมชน โดยใช้ความรู้ที่เป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ

นอกจากนี้ Victor and Higginson (1994) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน
2. การเข้าหาที่เหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลเป็นพิเศษที่ต่างจากคนในวัยอื่น หากได้รับการเอาใจใส่อย่างดี ก็จะทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีด้วย

10. ขอบเขต หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ช่วยดูแลในแต่ละระดับความสามารถ ทั้งระบบอาสาสมัครและผู้ดูแลอาชีพ

กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของอาชีพผู้ดูแลและอาสาสมัคร ได้แก่

ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Care assistant) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ดังนั้น การดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง

จากการศึกษาของ Chanpradit (2003) พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

10.1 สังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคที่เป็นและรายงานให้สมาชิกในครอบครัวทราบ

10.2 ช่วยทำแผล

10.3 ดูแลเรื่องการนอน

10.4 อยู่เป็นเพื่อน

10.5 ดูแลความสะอาดร่างกาย เช่น การอาบน้ำ สระผม

10.6 ดูแลเพื่อป้องกันการหกล้ม

10.7 ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

10.8 พยายามให้เกิดความเพลิดเพลิน

10.9 เปิดโทรทัศน์ให้ดู อ่านหนังสือให้ฟัง

10.10 ช่วยเหลือเรื่องการใช้ห้องน้ำ

10.11 ช่วยเหลือเรื่องการเดิน

10.12 ดูแลเรื่องการขับถ่าย

10.13 ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร

10.14 ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุชาย โดยใช้ถุงพลาสติก

10.15 เปิดเพลงให้ฟัง

10.16 ดูแลความสะอาดช่องปาก

10.17 เตรียมอาหารผสมเพื่อให้ทางสายยาง

10.18 ให้อาหารทางสาย Nasogastric tube

10.19 บันทึกการรับประทานอาหารและการขับถ่าย

10.20 เคาะปอด

10.21 ดูแลเกี่ยวกับการให้ออกซิเจน

10.22 ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุชาย โดยใช้ถุงยาง

10.23 ดูแลผู้สูงอายุที่ใส่หลอดคอ

10.24 ดูแลเรื่องการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม

10.25 ดูแลดูดเสมหะทางหลอดคอ

10.26 ดูแลเรื่องการใช้หม้อถ่ายอุจจาระ

10.27 ดูแลให้อาหารทางสายยางผ่านกระเพาะอาหาร

- 10.28 แลผู้ป่วยที่ใส่สายยางระบายปัสสาวะ
- 10.29 ทำการสวนปัสสาวะ
- 10.30 ดูแลเรื่องภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง
- 10.31 ดูแลเรื่องการจัดทำทั้งการนอน นั้ง หรือการลุกจากเตียง
- 10.32 ดูแลพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- 10.33 ดูแลเรื่องการรับประทานยา
- 10.34 นิดอินซูลิน

จากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้างต้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นการดูแลที่เฉพาะเจาะจง และบางกิจกรรมอาจก้าวล่วงวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งในขณะนี้องค์กรด้านสุขภาพของรัฐ ยังไม่มีการรับรองการปฏิบัติแต่อย่างใด ดังนั้น หากมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลดังกล่าว รัฐน่าจะมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นองค์กรทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็น บทบัญญัติด้านสุขภาพ

11. การรักษาสถานภาพผู้ช่วยดูแลให้คงอยู่อย่างมั่นคง ตลอดจนความก้าวหน้าในวิชาชีพ

11.1 ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

จากการสำรวจผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุของโรงเรียนเอกชนบางแห่ง พบว่า มีการศึกษาต่อในสาขาที่หลากหลาย เช่น การศึกษาพยาบาล ศึกษาต่อสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยรามคำแหง บางรายมีการพัฒนาความก้าวหน้าหน้าที่การงาน เช่น เป็นผู้ช่วยผู้จัดการของสถานเลี้ยงผู้สูงอายุ ตลอดจนเปิดกิจการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ในบางรายงานยังมีปัญหาเกี่ยวกับความยั่งยืนของอาชีพของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ที่ผ่านการอบรมบางรายคิดว่า เป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก ขาดความก้าวหน้าของหน้าที่การงาน ค่าตอบแทนไม่เพียงพอ หรือเปลี่ยนอาชีพหลังการสมรส หรือได้งานใหม่ที่มีค่าตอบแทนสูงกว่า หรืองานใหม่ที่ตรงกับความต้องการของตนมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า การรักษาสถานภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุให้คงอยู่อย่างมั่นคง ส่วนหนึ่ง ต้องมาจากความต้องการของผู้ช่วยดูแล ซึ่งน่าจะต้องมีการสำรวจความต้องการของผู้ช่วยดูแลอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาความก้าวหน้าของอาชีพนี้ต่อไป อย่างไรก็ตาม ได้มีการศึกษาของ Akanimanee (2002) พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในงานและด้านความก้าวหน้าในงานอยู่ในระดับสูง ดังนั้นภาครัฐน่าจะมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการพัฒนาความก้าวหน้าของอาชีพ

ผู้ช่วยดูแล เพื่อรักษาสถานภาพผู้ช่วยดูแลให้คงอยู่ เพื่อรองรับสถานการณ์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุไทยในอนาคต

11.2 ผู้ดูแลกลุ่มอาสาสมัคร

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพของผู้ดูแลกลุ่มอาสาสมัคร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพหลักอยู่แล้ว ในการมาเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามาด้วยความสนใจส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม จากโครงการนำร่องอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2547) พบว่า การไม่ได้รับเงินสนับสนุนเป็นเงินเดือนอุปสรรค ทำให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลกลุ่มอาสาสมัครมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น และเป็นกลุ่มที่น่าจะรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นคนในพื้นที่ ดังนั้น ในการรับสมัครผู้ที่สนใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จึงน่าจะมีการประเมินความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง และภาครัฐน่าจะมึระบบที่สนับสนุนระบบอาสาสมัครที่ชัดเจน เพื่อรักษาอาสาสมัครกลุ่มนี้ให้คงอยู่และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

11.3 ค่าตอบแทนสำหรับผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

11.3.1 ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม

จากการศึกษาของ Kampipoon (2004) ผู้เข้าอบรมต้องมีค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม 12,000-15,000 บาท ต่อการเรียนตลอดหลักสูตร ในขณะที่สถานฝึกอบรมเอกชนบางแห่ง ผู้เข้าอบรมต้องจ่ายค่าฝึกอบรมประมาณ 30,000 บาท

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมีการเปิดสถานฝึกอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุขึ้นอย่างแพร่หลาย โดยมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น วัตถุประสงค์ของผู้ประกอบการ คุณสมบัติของผู้เรียน รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการอบรมหลักสูตรในการฝึกอบรม การจัดหางานภายหลังการฝึกอบรม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป

11.3.2 ค่าตอบแทนจากการให้การดูแล

ค่าตอบแทนจากการดูแลมีหลายอัตรา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตกลงระหว่างผู้ดูแลและผู้ว่าจ้าง หรือลักษณะงานที่ผู้ดูแลปฏิบัติ กล่าวคือ

11.3.2.1 ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จากการศึกษาของสรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ (2544) ศึกษาในผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเลื่อมที่บ้าน ผู้ช่วยดูแลได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่า 4,000 บาท มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จากการศึกษายังพบอีกว่าผู้ช่วยดูแล

ร้อยละ 47.6 มีความพอเพียงของรายได้ แต่ร้อยละ 11.2 ของผู้ช่วยผู้ดูแลได้รับค่าตอบแทนไม่เพียงพอและเป็นหนี้ ส่วนการศึกษาของปริญญา แร่ทอง (2547) ศึกษาในผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและอยู่ในภาวะพึ่งพา พบว่า ผู้ช่วยดูแลได้รับค่าตอบแทน 2,500-8,500 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ การศึกษาค้างนี้ยังไม่ได้ศึกษาถึงความพอเพียงของค่าตอบแทน นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาของ ปิยาภรณ์ จันทรโพธิ์ (2547) ศึกษาในผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ซึ่งผู้ช่วยดูแลในการศึกษานี้ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพียง 3-5 วัน และได้รับค่าตอบแทน 7,000-8,000 บาทต่อเดือน ส่วนการศึกษาของ Chanpradit (2003) ซึ่งศึกษาในผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการว่าจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ได้รับค่าตอบแทน 3,500-19,300 บาทต่อเดือน และหากทำงานนอกเวลา (ทำงาน 7 วันต่อสัปดาห์) จะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น 200-620 บาทต่อวัน และยังพบว่าผู้ดูแลต้องจ่ายค่าอาหารให้ผู้ว่าจ้างตั้งแต่ 0-120 บาทต่อวัน

11.3.2.2 ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล ผู้ช่วยดูแลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จะได้รับค่าตอบแทน 5,000 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ผู้ช่วยดูแลจะได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานล่วงเวลา (Over time) โดยได้รับค่าตอบแทน 200 บาท ต่อการทำงาน 8 ชั่วโมง

11.4 ค่าตอบแทนสำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

จากโครงการนำร่องอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547) ได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานแก่อาสาสมัคร ในอัตราคนละ 300 บาทต่อเดือน โดยเฉลี่ยจังหวัดละ 40 คน ในภาพรวมของโครงการ พบว่า ร้อยละ 75 ของอาสาสมัครได้รับเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงาน

ส่วนอาสาสมัครที่ไม่ได้รับเงินสนับสนุน เป็นเงื่อนไขอุปสรรค ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง

12. หลักสูตรการฝึกอบรม

จากสภาพปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดกับสังคมไทยในปัจจุบัน ประกอบกับนโยบายต่าง ๆ ของประเทศ ส่งผลให้มีการผลิตผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ โดยองค์กรภาครัฐและเอกชนได้มีการพัฒนาหลักสูตรในการอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งสรุปเป็นผู้ช่วยดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมได้ 2 ลักษณะ คือ ผู้ช่วยดูแลที่ทำเป็นอาชีพ และผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร ดังนี้

12.1 หลักสูตรในการอบรมผู้ช่วยดูแล หรือผู้ดูแลที่ทำเป็นอาชีพ

ส่วนใหญ่ผู้ช่วยดูแลหรือผู้ดูแลที่ทำเป็นอาชีพจะผ่านการอบรมจากสถาบันการศึกษาเอกชน โดยมีการนำโครงสร้างหลักสูตรของภาครัฐไปปรับใช้ ทั้งนี้หน่วยงานภาครัฐที่ข่งรองหลักสูตรในการอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีโครงสร้างหลักสูตรที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม

ในตัวหลักสูตรต่าง ๆ จะใช้คำว่า “ผู้ดูแล” ซึ่งในที่นี้หมายถึง “ผู้ช่วยดูแล” ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการที่ผ่านการฝึกอบรมตามระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด แบ่งตามหน่วยงาน ดังนี้

12.1.1 กระทรวงศึกษาธิการ

กระทรวงศึกษาธิการได้มีการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2 รูปแบบ คือ หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา และหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตรทางไกล โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบและรายละเอียดของหลักสูตร ดังนี้

12.1.1.1 หลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (เดิมเรียกว่า กรมการศึกษานอกโรงเรียน) สำนักบริหารงาน คณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน ได้พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ในการอบรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ เห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ และเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับอาหารและการปรับปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และเพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้และทักษะที่ถูกต้องไปประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีระยะเวลาในการฝึกอบรมตลอดหลักสูตร 3 เดือน (12 สัปดาห์) ใช้เวลาเรียนภาคทฤษฎี 300 ชั่วโมง ฝึกงาน 120 ชั่วโมง รวมเวลาเรียนไม่น้อยกว่า 420 ชั่วโมง

โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หลักการดูแลผู้สูงอายุ จิตวิทยาผู้สูงอายุ กิจกรรมและนันทนาการของผู้สูงอายุ อาหารของผู้สูงอายุ การทำความสะอาดเก็บและรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้านและบริเวณบ้าน การใช้ภาษาไทยและอังกฤษ บทบาทและจรรยาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สุขศึกษา กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ และการฝึกภาคปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนการประเมินผล ประกอบด้วย การทดสอบภาคทฤษฎี ร้อยละ 40 การทดสอบภาคปฏิบัติ ร้อยละ 60

12.1.1.2 หลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตรทางไกล โดยสำนักบริหารงาน คณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สถาบันการศึกษาทางไกล ได้ดำเนินการยกร่างหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ในการอบรมเพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่ได้รับจากการเรียนรู้ไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิด สามารถนำความรู้และทักษะประกอบอาชีพในการดูแลผู้สูงอายุไปขอทดสอบมาตรฐานแรงงานกับกรมพัฒนาฝีมือแรงงานได้ ยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ไปใช้ เพื่อการเทียบ โอนเข้าสู่หลักสูตรการศึกษาอื่นที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกัน ใช้เวลาในการฝึกอบรม 420 ชั่วโมง

โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย 9 รายวิชา แยกเป็นวิชาชีพเฉพาะ 8 รายวิชา

ได้แก่ พื้นฐานความรู้เพื่อการเข้าใจผู้สูงอายุ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จิตวิทยาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายและนันทนาการในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนอิริยาบถและการใช้กายอุปกรณ์ในผู้สูงอายุ อุบัติเหตุ/ การปฐมพยาบาลในผู้สูงอายุและการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีวิชาชีพสัมพันธ์ 1 รายวิชา ซึ่งได้แก่ กฎหมายเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักการของการจัดการศึกษาทางไกลที่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งใช้สื่อในการเรียนรู้ ประกอบด้วย สื่อเอกสารและสื่อสิ่งพิมพ์ อย่างไรก็ตาม หลักสูตรการศึกษาทางไกลนี้อยู่ในระหว่างการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่ได้เปิดสอน

นอกจากนี้ วิทยาลัยชุมชนระนอง สำนักบริหารงานวิทยาลัยชุมชน ได้ยกร่างหลักสูตรในการอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุจากทั่วประเทศในการร่างหลักสูตร ซึ่งหลักสูตรที่วางแผนจะเปิดอบรม ประกอบด้วย 2 หลักสูตร คือ

- หลักสูตรระยะสั้น ใช้เวลาในการอบรม 420 ชั่วโมง แต่ผู้ที่สนใจเข้าอบรม มีความเห็นว่าระยะเวลาในการอบรมมากเกินไป ทำให้มีการพิจารณาปรับปรุงหลักสูตรเพื่อลดระยะเวลาในการฝึกอบรมให้สั้นลงกว่าเดิม ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างดำเนินการปรับปรุงหลักสูตร ดังนั้น สำนักบริหารงานวิทยาลัยชุมชน จึงยังไม่ได้เปิดอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว
- หลักสูตรอนุปริญญา ใช้เวลาในการเรียน 2 ปี ซึ่งปัจจุบัน ได้ยกร่างหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว อยู่ในระหว่างรอความเห็นชอบจากสำนักบริหารงานวิทยาลัยชุมชน ในการเปิดอบรมในหลักสูตรดังกล่าว

12.1.2 กระทรวงแรงงาน

กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ได้พัฒนาหลักสูตรดังต่อไปนี้

12.1.2.1 การฝึกเสริมทักษะผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้รับการฝึกสามารถปฏิบัติตนในการดูแลเด็กและผู้สูงอายุสามารถใช้และบำรุงรักษาอุปกรณ์ที่ใช้ในงานดูแลเด็กและผู้สูงอายุได้ โดยใช้เวลาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รวมระยะเวลา 60 ชั่วโมง โดยผู้รับการฝึกต้องใช้เวลาฝึกไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 จึงจะมีสิทธิสอบวัดผล

โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย กฎหมายแรงงานเบื้องต้น มนุษยสัมพันธ์ การสื่อข้อความ การปฏิบัติตนในการเป็นผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ สุขอนามัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในที่พักอาศัย ความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ การใช้และดูแลรักษาอุปกรณ์ การดูแลความสะอาดร่างกาย การพยาบาลผู้สูงอายุ การวัดผล ภาคทฤษฎี 1 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 2 ชั่วโมง

12.1.2.2 หลักสูตรวุฒิบัตรพัฒนาฝีมือแรงงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้รับการศึกษาฝึกมีความรู้ ทักษะ และมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อการประกอบอาชีพ ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ โดยสามารถดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตร ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ สามารถจัดเตรียมอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุได้ และจัดกิจกรรมนันทนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุได้ ซึ่งใช้เวลาในการฝึกภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติในสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานภาค/ ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน เป็นเวลา 3 เดือน (420 ชั่วโมง) หลังจากนั้น จะได้รับการฝึกในสถานประกอบการอีก 1 เดือน โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดความรู้ความสามารถพื้นฐาน หมวดความรู้ความสามารถหลัก หมวดความรู้ความสามารถเสริม ได้แก่ คอมพิวเตอร์เบื้องต้น ภาษาอังกฤษในการทำงาน การประกอบธุรกิจส่วนตัว เมื่อผู้รับการศึกษาฝึกผ่านการประเมินผลจากสถาบันพัฒนาฝีมือ แรงงานภาค/ ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานแล้ว จะได้รับการฝึก งานในสถานประกอบการอีกเป็นเวลา 1 เดือน

ต่อมาจะมีการปรับปรุงหลักสูตรไปเป็นหลักสูตรวุฒิบัตรพัฒนาฝีมือแรงงานผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ (การฝึกเตรียมเข้าทำงาน) เวลา 6 เดือน (840 ชั่วโมง) และฝึกในสถานประกอบการอีก 2 เดือน (280 ชั่วโมง) โดยมีการผนวกหลักสูตรการดูแลเด็กและการดูแลผู้สูงอายุไว้ด้วยกัน โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดความรู้ความสามารถพื้นฐาน หมวดความรู้ความสามารถหลัก และหมวดความรู้ความสามารถเสริม

อื่น ๆ กรมพัฒนาฝีมือแรงงานได้ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในการผลิตผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

- กรมพัฒนาฝีมือแรงงานร่วมกับมูลนิธิพระดาบส เปิดหลักสูตรในการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้โครงสร้างหลักสูตรวุฒิบัตรพัฒนาฝีมือแรงงาน ผู้ช่วยผู้สูงอายุ (420 ชั่วโมง) เน้นให้มีการอบรมให้ผู้เข้าอบรมมีศีลธรรม

- กรมพัฒนาฝีมือแรงงานร่วมกับโรงเรียนปิยะมหาราชาลัยในการอบรมผู้ดูแล ผู้สูงอายุ โดยเพิ่มทักษะเกี่ยวกับการใช้ภาษาอังกฤษ และการใช้คอมพิวเตอร์ในการอบรม

12.1.3 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหลักสูตรอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ 2 หลักสูตร

12.1.3.1 หลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 420 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีเนื้อหาคล้ายคลึงกับหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ แต่เพิ่มเนื้อหาทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น การส่งเสริมสุขภาพ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การใช้จ่ายและการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น

12.1.3.2 หลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง สำหรับพนักงานที่ทำหน้าที่บริการดูแลผู้สูงอายุ ตามโครงการต้นกล้าอาชีพ หรือเป็นหลักสูตรอบรม 70 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 1 ปี ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขหรือญาติผู้สูงอายุ หากต้องการประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องเข้ารับการอบรมในหลักสูตรนี้ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (กิจการให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน)

12.1.4 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ดำเนินโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care) ในพื้นที่นำร่องระหว่าง พ.ศ. 2546-2547 สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อย่างทั่วถึงตรงกับความต้องการ และความจำเป็นของผู้สูงอายุ หลังจากโครงการนำร่องประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมาได้มีการขยายการฝึกอบรมไปทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

12.1.5 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุขึ้นแก่ผู้สนใจ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หรือในชุมชนได้ โดยเนื้อหาที่ใช้ในการอบรมเป็นการเขียนแผนการอบรมขึ้น ซึ่งใช้ระยะเวลาในการอบรมประมาณ 3 วัน อย่างไรก็ตาม ผลการอบรมที่ผ่านมา ได้มีการนำไปแอบอ้างในการประกอบอาชีพ ซึ่งไม่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทั้งนี้สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ทำเป็นอาชีพ

12.1.6 กระทรวงแรงงาน

โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ได้นำหลักสูตรการฝึกเสริมทักษะผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ (60 ชั่วโมง) ใช้ในการอบรมผู้ดูแลอาสาสมัครแก่ประชาชนผู้สนใจ เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ อย่างไรก็ตาม โครงการดังกล่าวเพิ่งเริ่มดำเนินงาน ในศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน จังหวัดนนทบุรี เมื่อมกราคม พ.ศ. 2549 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมด 10 คน จากการสอบถาม พบว่า โครงการได้รับความสนใจจากผู้เข้ารับการอบรมค่อนข้างน้อย และผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมเองก็บอกว่าตนเองขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ เนื่องจากมีความรู้และทักษะยังไม่เพียงพอ ทำให้โครงการนี้เงียบหายไป ในเวลาต่อมา

ประเด็นปัญหาที่พบ

- หลักสูตรที่มีอยู่ ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จากรายละเอียดเกี่ยวกับการอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าหลักสูตรส่วนใหญ่มีโครงสร้างหลักสูตรที่คล้ายคลึงกัน และส่วนใหญ่เป็นการอบรมให้ผู้ช่วยผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่เจ็บป่วย ถึงแม้ว่าต่อมากรมอนามัยได้จัดทำหลักสูตรที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพมากขึ้นก็ตาม ในขณะที่ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-adjusted life year: daly) เป็นตัวบ่งชี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะ เนื่องจากโรคไม่ติดต่อ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2547) ดังนั้น หลักสูตรที่ใช้ในการฝึกอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุไทยได้

- ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุบางส่วนที่ได้รับการว่าจ้างให้ดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน ไม่ได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่กำหนดจากการศึกษา ของปริญญา แร่ทอง (2547) และปิยาภรณ์ จันทร์โพธิ์ (2547) พบว่า ผู้ดูแลไม่มีคุณภาพ บางรายได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพียง 3-5 วัน ทางศูนย์ก็จะจัดส่งผู้ดูแลดังกล่าว ไปดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน ตามความต้องการของผู้ว่าจ้าง

- หลักสูตรมีความหลากหลาย แตกต่างกันทั้งโครงสร้าง ระยะเวลาในการเรียน เกณฑ์การวัดและประเมินผล จากการศึกษาของอารยา ประเสริฐชัย และดารณี จามจรี (2546) ซึ่งได้ประเมินหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและเด็กเล็ก ด้านผลผลิต และความต้องการของสังคม โดยทำการประเมินหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอน โดยโรงเรียนเอกชน จำนวน 11 แห่ง โดยใช้รูปแบบการประเมินชิปปี้ (CIPP Evaluation model) เป็นการประเมิน 4 ขั้นตอน ได้แก่ บริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลผลิตของหลักสูตร พบว่า โครงสร้างหลักสูตรมีความแตกต่างกัน 3 รูปแบบ ซึ่งทั้ง 3 รูปแบบ ประกอบด้วย ทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยแต่ละรูปแบบมีลักษณะ ดังนี้

รูปแบบที่ 1

โครงสร้างหลักสูตร แบ่งเป็นหมวดวิชาตามโครงสร้างหมวดวิชาชีพ หลักสูตร การศึกษานอกโรงเรียน ระดับประกาศนียบัตร พ.ศ. 2539 ประเภทวิชา สาขาวิชาการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ โดยมีโรงเรียนที่จัดการเรียนการสอนในลักษณะที่ 1 แห่ง

โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย ทฤษฎี 204 ชั่วโมง ปฏิบัติ 636 ชั่วโมง รวม 840 ชั่วโมง แยกเป็น

- หมวดวิชาชีพสัมพันธ์ จำนวน 60 ชั่วโมง ประกอบด้วย

ก. กลุ่มวิชาภาษาไทย

- ข. ภาษาอังกฤษ/คอมพิวเตอร์เบื้องต้น
- ค. วิชามนุษยสัมพันธ์
 - หมวดวิชาชีพเฉพาะ จำนวน 420 ชั่วโมง ประกอบด้วย
- ก. วิชาบทบาทหน้าที่ จรรยาบรรณ และพัฒนาสุขอนามัยของผู้ให้บริการทาง

สุขภาพ

- ข. กลุ่มวิชาการดูแลสุขภาพอนามัยเบื้องต้น
- ค. กลุ่มวิชากายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยา
- ง. กลุ่มวิชาการป้องกันการติดเชื้อ
- จ. กลุ่มวิชาการเคลื่อนไหวของร่างกาย
- ฉ. กลุ่มวิชาการโภชนาการ
- ช. กลุ่มวิชาการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น
- ซ. การฝึกปฏิบัติ จำนวน 360 ชั่วโมง

รูปแบบที่ 2

โครงสร้างหลักสูตรจัดตามหลักสูตรที่ได้รับการอนุมัติจากกระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน โดยมีโรงเรียนที่จัดการเรียนการสอนในลักษณะนี้ 9 แห่ง

โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย ทฤษฎี 300 ชั่วโมง ปฏิบัติ 120 ชั่วโมง รวม 420 ชั่วโมง แยกเป็น

- หลักการดูแลผู้สูงอายุ
- จิตวิทยาผู้สูงอายุ
- กิจกรรมและนันทนาการของผู้สูงอายุ
- อาหารของผู้สูงอายุ
- การทำความสะอาด เก็บและรักษาอุปกรณ์ เครื่องใช้ภายในบ้านและบริเวณบ้าน
- การใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- บทบาทและจรรยาบรรณของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- สุขศึกษา
- กฎหมายแรงงานที่ควรรู้
- การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 120 ชั่วโมง

รูปแบบที่ 3

โครงสร้างหลักสูตรที่จัดขึ้นเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบที่ 1 ประกอบด้วย 8 หมวดวิชา ซึ่งพบว่าระยะเวลาในการเรียนน้อยกว่าอีก 2 รูปแบบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเร่งผลิตบุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุตามความต้องการของผู้ผลิต

โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย ทฤษฎี 231 ชั่วโมง ปฏิบัติ 98 ชั่วโมง รวม 329 ชั่วโมง แยกเป็น

- หมวดวิชาพัฒนาบุคลิกภาพ เจตคติ
- ความรู้พื้นฐานในงานอาชีพ
- การดูแลผู้สูงอายุ
- การดูแลเด็ก
- กิจกรรมพิเศษ
- การรักษาสุขภาพวิทยาของผู้ป่วย
- การดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน
- โภชนาการและอาหารบำบัด

การวัดผลและการประเมิน

ทั้ง 3 รูปแบบ ใช้การทดสอบภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยหลักสูตรส่วนใหญ่ ประเมินผล โดยการทดสอบภาคทฤษฎี ร้อยละ 40 และทดสอบภาคปฏิบัติ ร้อยละ 60 ยกเว้น รูปแบบที่ 1 ที่ทดสอบภาคทฤษฎี ร้อยละ 50 และทดสอบภาคปฏิบัติ ร้อยละ 50 โดยมีเกณฑ์การตัดสิน ดังนี้

- ต้องมีเวลาเวลาเรียนอย่างน้อย ร้อยละ 50 ของเวลาเรียนทั้งหมด
- ผลการทดสอบภาคทฤษฎี ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของคะแนนเต็ม
- ผลการทดสอบภาคปฏิบัติ ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของคะแนนเต็ม ยกเว้นรูปแบบที่ 1 ต้องได้คะแนนภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60
- ผลการทดสอบภาคทฤษฎีและผลการทดสอบภาคปฏิบัติ เมื่อรวมแล้วต้อง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60

จะเห็นได้ว่า ทั้ง 3 รูปแบบ ยังไม่มีมาตรฐานการวัดและประเมินผล เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ โดยพบว่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ว่าต้องได้คะแนนภาคทฤษฎีไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 70 และภาคปฏิบัติจะต้องผ่านทั้งหมด

12.2 ผู้ดูแลอาสาสมัคร หรือผู้ช่วยดูแลที่เป็นอาสาสมัคร ซึ่งส่วนใหญ่ผ่านการอบรมจากโครงการต่าง ๆ ของภาครัฐ ซึ่งโครงการที่มีรูปแบบชัดเจน คือ โครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งดำเนินงานโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2546-2547

โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้พัฒนาหลักสูตรในการฝึกอบรมขึ้น มา และสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยนักวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลาในการฝึกอบรม 3 วัน รวม 15 ชั่วโมง เน้นการฝึกปฏิบัติ

จากการดำเนิน โครงการ พบว่า กิจกรรมที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการพูดคุย/ ให้คำปรึกษา ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารตามลำดับ ในส่วนของความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต ซึ่งเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยส่วนใหญ่มีสภาพจิตใจ อารมณ์ สุขภาพร่างกาย และการรับประทานอาหารที่ดีขึ้นตามลำดับ

การติดตามและการประเมินผล ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลโครงการในลักษณะปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แต่ในส่วนของ การควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติยังไม่ได้มีการกล่าวถึง

ตารางที่ 2-4 เปรียบเทียบโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละหลักสูตร

โครงสร้างหลักสูตร	โครงสร้าง หลักอาชีพ (840 ชม.)	โครงสร้าง เฉพาะ (239 ชม.)	กระทรวงศึกษาธิการ		กระทรวง พม.	กระทรวง สธ.		กระทรวงแรงงาน	
			ในโรงเรียน (420 ชม.)	ทางไกล (420 ชม.)	อาสาสมัคร ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ* (60 ชม.)	หลักสูตร 420 ชม.	หลักสูตร 70 ชม.	วุฒิปัตรพัฒนา ฝีมือแรงงาน ผู้ดูแลเด็กและ ผู้สูงอายุ* (840 ชม.)	เสริม ทักษะ* (60 ชม.)
1. หลักการดูแลผู้สูงอายุ/ การดูแลผู้สูงอายุ เบื้องต้น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2. จิตวิทยาผู้สูงอายุ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3. การเสริมสร้างสุขภาพ ผู้สูงอายุ					✓	✓	✓	✓	
4. ความต้องการพื้นฐาน ผู้สูงอายุ									✓
5. กิจกรรมและนันทนาการ ของผู้สูงอายุ			✓	✓		✓	✓	✓	

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

โครงการหลักสูตร	โครงสร้าง หลักอาชีพ (840 ชม.)	โครงสร้าง เฉพาะ (239 ชม.)	กระทรวงศึกษาธิการ		กระทรวง พม.	กระทรวง สธ.		กระทรวงแรงงาน	
			ในโรงเรียน (420 ชม.)	ทางไกล (420 ชม.)	อาสาสมัคร ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ* (60 ชม.)	หลักสูตร 420 ชม.	หลักสูตร 70 ชม.	วุฒิปัตรพัฒนา ฝีมือแรงงาน ผู้ดูแลเด็กและ ผู้สูงอายุ* (840 ชม.)	เสริม ทักษะ* (60 ชม.)
6. อาหาร/ โภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุ	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
7. การทำความสะอาดและ รักษาอุปกรณ์เครื่องใช้/ เครื่องมือแพทย์	✓	✓	✓	✓					✓
8. พัฒนาศักยภาพ/มนุษย สัมพันธ์	✓	✓	✓						✓
9. การใช้ภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ	✓	✓	✓					✓	
10. ศัพท์เทคนิคการแพทย์		✓							

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

โครงการหลักสูตร	โครงสร้าง หลักอาชีพ (840 ชม.)	โครงสร้าง เฉพาะ (239 ชม.)	กระทรวงศึกษาธิการ		กระทรวง พม.	กระทรวง สธ.		กระทรวงแรงงาน	
			ในโรงเรียน (420 ชม.)	ทางไกล (420 ชม.)	อาสาสมัคร ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ* (60 ชม.)	หลักสูตร 420 ชม.	หลักสูตร 70 ชม.	วุฒิปัตรพัฒนา ฝีมือแรงงาน ผู้ดูแลเด็กและ ผู้สูงอายุ* (840 ชม.)	เสริม ทักษะ* (60 ชม.)
11. ความรู้เกี่ยวกับร่างกาย มนุษย์/ กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา	✓	✓							
12. บทบาทและจรรยาบรรณ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
13. สุขศึกษา/ พัฒนา สุขภาพอนามัยผู้ ให้บริการ	✓		✓						✓
14. การรักษาสุขวิทยาผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

โครงการหลักสูตร	โครงสร้าง หลักอาชีพ (840 ชม.)	โครงสร้าง เฉพาะ (239 ชม.)	กระทรวงศึกษาธิการ		กระทรวง พม.	กระทรวง สธ.		กระทรวงแรงงาน	
			ในโรงเรียน (420 ชม.)	ทางไกล (420 ชม.)	อาสาสมัคร ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ* (60 ชม.)	หลักสูตร 420 ชม.	หลักสูตร 70 ชม.	วุฒิปัตรพัฒนา ฝีมือแรงงาน ผู้ดูแลเด็กและ ผู้สูงอายุ* (840 ชม.)	เสริม ทักษะ* (60 ชม.)
15. กฎหมายแรงงานที่ควร รู้/ กฎหมายเบื้องต้นที่ เกี่ยวข้อง		✓	✓	✓				✓	✓
16. การดูแลผู้ป่วยขั้น พื้นฐาน/ การฝึกปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
1) กรวัดสัญญาณชีพ	✓	✓	✓	✓				✓	
2) การดูแลก่อนหลัง ผ่าตัด	✓	✓	✓					✓	

ตารางที่ 2-4 (ต่อ)

	โครงสร้าง หลักอาชีพ (840 ชม.)	โครงสร้าง เฉพาะ (239 ชม.)	กระทรวงศึกษาธิการ		กระทรวง พม.	กระทรวง ศษ.		กระทรวงแรงงาน	
			ในโรงเรียน (420 ชม.)	ทางไกล (420 ชม.)	อาสาสมัคร ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ* (60 ชม.)	หลักสูตร 420 ชม.	หลักสูตร 70 ชม.	วุฒิปัตรพัฒนา ฝีมือแรงงาน ผู้ดูแลเด็กและ ผู้สูงอายุ* (840 ชม.)	เสริม ทักษะ* (60 ชม.)
3) การดูแลให้ออกซิเจน การให้อาหารทาง สายยาง	✓	✓	✓					✓	

หมายเหตุ * หมายถึง ไม่มีรายละเอียดเนื้อหา

กระทรวง พม. หมายถึง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

นอกจากนี้ การศึกษาของอารยา ประเสริฐชัย และคารณี จามจรี (2546) ด้านผลผลิต ในด้านความรู้ ทักษะ และการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมประเมินตนเอง มีความรู้ ความสามารถในระดับสูง แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางด้านความรู้ความสามารถ ทักษะกับการนำไปใช้ปฏิบัติจริง พบว่า ผู้ดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุมีความรู้ ความสามารถใน หลักสูตรผู้สูงอายุ ในประเด็นกิจกรรมและนันทนาการ อาหารของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี แต่ในการ ปฏิบัติไม่ค่อยได้ปฏิบัติในเรื่องดังกล่าว และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเปรียบเทียบกับ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็นกิจกรรมและนันทนาการ อาหารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความคาดหวัง ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุจะสามารถจัดกิจกรรมและนันทนาการ อาหารของผู้สูงอายุได้ ในระดับมาก ซึ่ง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันเอกชน ยังไม่สามารถตอบสนองความ ต้องการของผู้ใช้บริการ

การออกใบอนุญาตสถาบันการฝึกอบรม ทั้งในภาครัฐ เอกชน และสถาบันการศึกษา

ก. การออกใบอนุญาตจัดตั้งสถานฝึกอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน

การจัดตั้งสถาบันการฝึกอบรม ในหลักสูตรผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ใช้พระราชบัญญัติ โรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 ในการขออนุญาตจัดตั้งสถาบันฝึกอบรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

หมวด 2 ลักษณะและการจัดตั้งโรงเรียน

มาตรา 15 โรงเรียนมี 3 ลักษณะดังต่อไปนี้

- โรงเรียนที่จัดการศึกษาตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ หรือหลักสูตรที่ ได้รับอนุมัติจากกระทรวงศึกษาธิการ และจัดเป็นรูปแบบการศึกษาในระบบโรงเรียน

- โรงเรียนที่จัดการศึกษาตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ หรือหลักสูตรที่ ได้รับอนุมัติจากกระทรวงศึกษาธิการและจัดเป็นรูปแบบการศึกษานอกระบบโรงเรียน

- โรงเรียนที่จัดการศึกษาให้แก่บุคคลที่มีลักษณะพิเศษหรือผิดปกติทางร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ เป็นรูปแบบการศึกษาพิเศษ หรือโรงเรียนที่จัดให้การศึกษาแก่บุคคล ผู้ยากไร้ หรือผู้ที่เสียเปรียบทางการศึกษาในลักษณะต่าง ๆ ที่จัดเป็นรูปแบบการศึกษาสงเคราะห์ โรงเรียน แต่ละลักษณะจะแบ่งออกเป็นประเภทใดหรือระดับใดให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีกำหนด โดย ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 16 รัฐมนตรีอาจจำกัดจำนวน โรงเรียนลักษณะใด ประเภทใด หรือระดับใด ใน ท้องที่ใด เป็นจำนวนเท่าใดก็ได้ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 17 เพื่อประโยชน์แก่การจัดตั้ง ควบคุม และส่งเสริม โรงเรียนให้รัฐมนตรีมี อำนาจวางระเบียบ

- กำหนดมาตรฐานของโรงเรียน
- ยกเว้นมิให้นำบทบัญญัติในหมวด 3 หมวด 5 หมวด 6 และหมวด 7 ทั้งหมด หรือบางส่วนมาใช้บังคับแก่โรงเรียน ตามมาตรา 15(2) ที่จัดการศึกษาตามหลักสูตรที่ได้รับอนุมัติจากกระทรวงศึกษาธิการ หรือ โรงเรียน ตามมาตรา 15(3) ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 18 ห้ามบุคคลใดจัดตั้งโรงเรียน เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียนจากผู้อนุญาต

การขออนุญาตและการอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง โรงเรียนใดจะตัดให้มีการสอนประเภทใดหรือระดับใด และจะรับนักเรียนเข้าเรียนในโรงเรียนได้มีจำนวนเท่าใด ให้เป็นไปตามที่ระบุในใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียน

มาตรา 19 ผู้ขอรับใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียน ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- มีสัญชาติไทยโดยการเกิด
- มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- มีทรัพย์สิน หรือฐานะพอที่จะจัดตั้งและดำเนินกิจการโรงเรียนได้
- มีความรู้ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด
- มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องในศีลธรรมอันดี
- ไม่ฝักใฝ่หรือเลื่อมใสในลัทธิที่เป็นภัยต่อความมั่นคง หรือความปลอดภัยของประเทศ หรือขัดต่อการปกครองระบอบประชาธิปไตยตามรัฐธรรมนูญ
- ไม่เคยถูกออกจากราชการโดยมีความผิด เว้นแต่ได้ถูกออกจากราชการมาแล้วไม่น้อยกว่าสองปี ก่อนวันขอรับใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียน
- ไม่เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียน เว้นแต่ได้ถูกเพิกถอนใบอนุญาตดังกล่าวมาแล้ว ไม่น้อยกว่าสองปี ก่อนวันขอรับใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียน
- ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- ไม่เคยได้รับโทษจำคุก โดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ผู้อนุญาตเห็นว่าไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และได้พ้นโทษมาแล้วไม่น้อยกว่าห้าปี ก่อนวันขอรับใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียน

ขั้นตอนในการขออนุญาตจัดตั้งสถานศึกษา ก่ออบรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพิจารณาหลักสูตรที่ขอเปิดสอน

คณะกรรมการพิจารณาหลักสูตรโรงเรียนเอกชน มาตรา 15(2) แห่งพระราชบัญญัติ
โรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 ประเภทศิลปศึกษาและอาชีวศึกษา จะพิจารณาให้ความเห็นชอบ
หลักสูตรที่ผู้ขอจัดตั้งเสนอ

ขั้นตอนที่ 2 การพิจารณาโครงการจัดตั้งโรงเรียน

ผู้ขอจัดตั้งจะต้องเขียนโครงการจัดตั้งโรงเรียน ระเบียบการ และหลักสูตรวิชา ที่จะขอ
เปิดสอน โครงการสอน คำอธิบายรายวิชา เสนอเพื่อพิจารณาอย่างละ 20 ชุด ตามแบบและหัวข้อที่
กำหนดไว้ เพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาการตั้งโรงเรียนเอกชนนอกระบบพิจารณาให้
ความเห็นชอบก่อน

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ขอยื่นคำร้องขอจัดตั้งโรงเรียน พร้อมเอกสารประกอบ

เมื่อหลักสูตรผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาหลักสูตรแล้ว ผู้ขอยื่นคำขอ
จัดตั้งโรงเรียน พร้อมเอกสารประกอบ โครงการจัดตั้งโรงเรียน ระเบียบการของโรงเรียน และ
หลักสูตร โครงการสอนที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการแล้ว ยื่นต่อเจ้าหน้าที่ส่งเสริม
การศึกษานอกระบบ

ขั้นตอนที่ 4 การออกใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียน

เจ้าหน้าที่ส่งเสริมการศึกษานอกระบบ ทำการตรวจอาคาร สถานที่ที่จะจัดตั้ง แล้ว
สรุปรายละเอียดการจัดตั้งโรงเรียนในที่ประชุมผู้บริหาร สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน
ให้ความเห็นชอบ เพื่อออกใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียนต่อไป

ปัจจุบันมีโรงเรียนที่เปิดสอนหลักสูตรการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 76
แห่ง แบ่งเป็นในต่างจังหวัด จำนวน 52 แห่ง และในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 24 แห่ง อย่างไรก็ตาม พบว่า มีการเปิดและปิดกิจการทุกวัน ทำให้ไม่สามารถนับจำนวนที่แท้จริงได้

ประเด็นปัญหาที่พบ

มีข้อร้องเรียนจากผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการโฆษณาโรงเรียนเกินจริง ทั้งนี้
เนื่องจากกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่อนุญาตในการจัดตั้งสถานฝึกอบรม ถึงแม้ว่า
ระเบียบกระทรวงศึกษาธิการ ว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานโรงเรียนเอกชน ประเภทอาชีวศึกษา
หลักสูตรของโรงเรียน พ.ศ. 2546 แต่ยังคงขาดการติดตามและควบคุมมาตรฐานการดำเนินการที่
ชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งการขออนุญาตจัดตั้งสถานฝึกอบรมไม่ยุ่งยากมากนัก ดังจะเห็นได้ว่า
แนวโน้มการจัดตั้งเพิ่มมากขึ้น มีการโฆษณาสถานฝึกอบรมที่เกินจริง จึงมีข้อมูลการร้องเรียนจาก
ผู้ที่เข้าฝึกอบรมเกี่ยวกับการโฆษณาที่ทำให้ผู้ที่สนใจเข้าใจผิดว่าเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนของ
วิชาชีพพยาบาล อีกทั้งในสถานฝึกอบรมบางแห่งมีการโฆษณาว่ามีเงินให้กู้ยืมในการอบรม แต่เมื่อ
ผู้ที่สนใจเข้าไปอบรมพบว่า ไม่มีเงินให้กู้ยืมจริง ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่เกิดการฟ้องร้องบ่อยครั้ง

ข. การออกใบอนุญาตจัดตั้งสถานฝึกอบรมผู้ช่วยดูแลภาครัฐ

ภาครัฐยังไม่มีสถาบันที่อบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ แต่จะเป็นหน่วยงานที่ยีกกว้าง หลักสูตรการฝึกอบรมแล้วมีการนำไปปรับใช้โดยภาคเอกชน ทั้งนี้ได้มีหน่วยงานของภาครัฐที่ได้ริเริ่มในการผลิตผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ เช่น วิทยาลัยชุมชนระนอง ได้ยกกว้างหลักสูตรอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ เพื่อผลิตแรงงานในสาขาดังกล่าว ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างดำเนินการยกกว้างหลักสูตร โดยแบ่งเป็น 2 หลักสูตร คือ

- หลักสูตรระยะสั้น 420 ชั่วโมง แต่ยังมีปัญหา เนื่องจากผู้สนใจมีความเห็นว่าเป็นระยะเวลาในการฝึกอบรมนานเกินไป จึงอยู่ในระหว่างการปรับปรุงหลักสูตร ซึ่งวิทยาลัยชุมชนสามารถอนุมัติการฝึกอบรมได้เอง

- หลักสูตรอนุปริญญา 2 ปี ซึ่งได้ยกกว้างหลักสูตรโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุจากทั่วประเทศและจากการศึกษาคูงานต่างประเทศ ซึ่งอยู่ในระหว่างตรวจสอบความสมบูรณ์ของหลักสูตร ยังไม่ได้เปิดการฝึกอบรม ซึ่งการอนาคตฝึกอบรมต้องผ่านความเห็นชอบของสำนักบริหารงานวิทยาลัยชุมชน

ส่วนการออกใบอนุญาตในการฝึกอบรมผู้ดูแลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ดำเนินการเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐ เช่น โครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ โครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการฝึกอบรมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความสามารถในการดูแลตนเองในครอบครัว และในชุมชนได้มากขึ้น

การรับรอง ติดตามผล และการกำกับควบคุมคุณภาพหลังการฝึกอบรม

ในขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานที่รับรองและควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ช่วยดูแลที่ได้ผ่านหลักสูตรการฝึกอบรม ถึงแม้ได้มีข้อกำหนดการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขาอาชีพการดูแลผู้สูงอายุ โดยกระทรวงแรงงาน แต่ยังไม่มีย่อบังคับที่ชัดเจนว่าผู้ที่ผ่านการอบรมตามสถานฝึกอบรมต่าง ๆ ต้องผ่านการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงาน ดังนั้นในขณะนี้จึงมีผู้ดูแลที่ผ่านการทดสอบฝีมือแรงงานจำนวนน้อย ซึ่งอาจทำให้ต้องตระหนักถึงประเด็นปัญหาที่ตามมา คือ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีมาตรฐานหรือไม่อย่างไร

ประเด็นปัญหาที่พบ

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการว่าจ้างหรือผู้ช่วยดูแลของปริญญาแร่ทอง (2547), ปิยาภรณ์ จันทร์โพธิ์ (2547) และศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2550) พบว่า

- ผู้ดูแลไม่มีคุณภาพ ผู้ช่วยดูแลบางรายได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพียง 3-5 วัน ทางศูนย์ก็จะจัดส่งผู้ช่วยดูแลดังกล่าวไปดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน ตามความต้องการของ ผู้ว่าจ้าง ผู้ช่วยดูแลที่เข้ามาสมัครงานกับศูนย์ที่จัดผู้ดูแลตามบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เข้ามาสมัคร เนื่องจาก มีการบอกต่อจากกลุ่มเพื่อนที่ทำงานในลักษณะเดียวกัน และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การ ดูแลผู้สูงอายุมาบ้าง

- ขาดการควบคุมด้านค่าตอบแทน ลักษณะการทำงาน ค่าตอบแทนเป็นการตกลง ระหว่างผู้ว่าจ้าง ผู้ช่วยดูแล และศูนย์ที่ส่งผู้ช่วยดูแลไปทำงานตามบ้าน

- ผู้ช่วยดูแลไม่ได้รับความคุ้มครอง โดยในบางที่อาจไม่ได้มีประกันสังคม หรือ ประกันสุขภาพใด ๆ แก่ผู้ช่วยดูแล

- ไม่มีหลักประกันเกี่ยวกับมาตรฐานในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยดูแล ดังนั้น จึงมี การทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุเกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนผู้ช่วยดูแลขึ้นในครอบครัวและในชุมชน

- ผู้ช่วยดูแลมีภาวะเครียด เมื่อผู้ช่วยดูแลคนใหม่เข้าไปทำงานในครอบครัวดังกล่าว ก็อาจถูกจับตามองเป็นพิเศษ ปัญหาที่เกิดขึ้นสร้างความเครียดให้ผู้ช่วยดูแล ซึ่งอาจส่งผลต่อ พฤติกรรมการดูแลและคุณภาพการดูแลในที่สุด

- ขาดระบบการควบคุม กำกับ และการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแล

- หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุมีความหลากหลายแตกต่างกันทั้ง โครงสร้าง ระยะเวลาในการเรียน เกณฑ์การวัด และการประเมินผล

- หลักสูตรที่มีอยู่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งประเด็นปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้น อาจเนื่องมาจากการขาดการรับรองมาตรฐานและ การควบคุมการปฏิบัติ จึงควรได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ การช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ช่วยดูแล ตลอดจนสร้างระบบการดูแลที่มีคุณภาพให้เกิดขึ้น

13. ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา (สิริพันธ์ สาสัจย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม, 2549)

13.1 ที่มาและความจำเป็นของผู้ช่วยดูแล

ด้วยการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ และการบริการได้ย้ายไปสู่การดูแลที่บ้านและ ในสถานบริบาล (Nursing home) จึงเป็นที่มาของความต้องการผู้ช่วยดูแลที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuing care assistant) หรือเรียกย่อ ๆ ว่า CCA เกิดจากการรวม หลักสูตรเดิม คือ หลักสูตรการดูแลที่บ้าน (Home care) และการช่วยเหลือดูแลโดยเฉพาะ (Special care aide) เพื่อให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาสามารถทำงานได้ทั้งการดูแลที่บ้านและสถานดูแลระยะยาว จากการศึกษาในแคว้นโนวาสโกเชีย (Nova Scotia) พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้สำเร็จการศึกษาทำงาน

ในสถานบริบาลระยะยาว และร้อยละ 19 ได้รับการจ้างงานในบริษัทให้บริการดูแลสนับสนุนที่บ้าน ตัวอย่าง เช่น พนักงานสนับสนุนดูแลที่บ้าน (Home Support Worker: HSW) อาจมีชื่อเรียกอื่น ๆ เช่น Companion, Visiting homemaker, Personal aide, Housekeeper และ Personal care attendant หมายถึง ผู้ที่ให้การสนับสนุนบริการให้การดูแลที่ต่อเนื่องหรือระยะสั้นให้แก่บุคคลหรือครอบครัว ในระยะที่ไม่สามารถให้การดูแลได้ อยู่ในภาวะเสรีาโศก หรือมีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นในครอบครัว กิจกรรมการช่วยเหลือ เช่น การทำงานบ้านเบา ๆ การเตรียมอาหาร การช่วยเหลือในการทำวัตรประจำวัน เช่น การดูแลส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ ยังช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติมีเวลาเป็นส่วนตัว (Respite) ทั้งนี้ก็เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงการช่วยเหลือตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ด้วยประเทศแคนาดา ประกอบไปด้วย 10 มณฑล และ 3 เขตติดต่อ รัฐบาลกลางได้กระจายอำนาจให้แต่ละท้องถิ่นรับผิดชอบการจัดบริการต่าง ๆ เช่น การศึกษา สุขภาพ สังคม และสวัสดิการ รวมทั้งมีอิสระในการบริหารจัดการระบบผู้ช่วยดูแล จึงทำให้ระบบนี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละมณฑล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีรายงานระบบผู้ช่วยดูแลที่ค่อนข้างชัดเจน เช่น ในมณฑลโนวาสโกเชีย (Nova Scotia) และมณฑลออนแทรีโอ (Ontario) แต่เนื่องจากระบบผู้ช่วยดูแลที่มณฑลออนแทรีโอได้ให้ความสำคัญเฉพาะพนักงานดูแลช่วยเหลือส่วนบุคคล (Personal Support Workers: PSW) และระบบที่ใช้มีลักษณะคล้ายคลึงกับระบบของประเทศสหราชอาณาจักร ในขณะที่ระบบผู้ช่วยดูแลในมณฑลโนวาสโกเชีย มีการรวบรวมผู้ที่ทำงานที่มีลักษณะเหมือนกันมากไว้ด้วยกัน พร้อมทั้งมีการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมที่ชัดเจนมากกว่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอก้าว ถึงเฉพาะระบบผู้ช่วยดูแลในมณฑลโนวาสโกเชียเท่านั้น

13.2 หลักสูตรการฝึกอบรม

หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ช่วยดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมนักเรียนในการให้บริการดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งหลักสูตรทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน ตลอดจนสถาบันการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 หลักสูตร ใหญ่ ๆ คือ

13.2.1 หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuing Care Assistant: CCA)

หลักสูตรประกาศนียบัตร (Certificate program) ผู้ช่วยดูแลต่อเนื่อง เดิมมีชื่อว่า หลักสูตรการดูแลที่บ้าน (Home care) และการช่วยเหลือดูแลโดยเฉพาะ (Special care aide) เช่น หลักสูตรพนักงานสนับสนุนการดูแลที่บ้าน (Home Support Worker: HSW) หลักสูตรพนักงานดูแลส่วนบุคคล (Personal care worker) และหลักสูตรการฝึกอบรมพนักงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care worker training programs) ต่อมา ค.ศ. 2000 ได้เปลี่ยนมาเป็นหลักสูตรผู้ช่วย

ดูแลแบบ ต่อเนื่อง และเริ่มใช้บังคับอย่างจริงจังใน ค.ศ. 2004 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่พัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้บาดเจ็บ และผู้ที่อยู่ในระยะพักฟื้น เพื่อให้บุคคลช่วยเหลือตนเอง ในบ้านและในสถานบริการดูแลโดยเฉพาะ (Special care facilities)

หลักสูตรนี้ยังเตรียมนักเรียน เพื่อให้บริการดูแลทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อมสำหรับการทำงานหลังการสำเร็จการศึกษา สามารถให้บริการที่เหมาะสม มีกาลเทศะ ให้ความเคารพ ดูแลโดยใช้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การช่วยเหลือและสนับสนุน การบริการ นอกจากนี้ให้การดูแลส่วนบุคคลแล้ว ผู้ช่วยการดูแลอาจช่วยดูแลทำความสะอาด บ้านเรือนบ้าง การเตรียมอาหารและการช่วยบริการอื่น ๆ สิ่งสำคัญที่สุด คือ การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ในเรื่องความปลอดภัย ที่พักอาศัย อาหาร และความต้องการความรักและเข้าใจ

ตัวอย่าง เนื้อหาในการฝึกอบรมของ Siast (2006) ที่สอนในโรงเรียน ประกอบไปด้วย

- การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Gerontology) เป็นเนื้อหาหลักของการเรียนการสอน
- กลยุทธ์ในการจัดการกับภาวะสมองเสื่อม (Dementia management strategies)
- ปรัชญาและการนำไปใช้ในการดูแลระยะยาวที่บ้าน สถานดูแลโดยเฉพาะ และ

ในชุมชน

- การส่งเสริมความเป็นอิสระในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- การทำงานกับบุคคลที่มาจากทุกวัฒนธรรม
- การทำงานกับบุคคลที่มีภาวะสุขภาพและระดับเขavnปัญญาแตกต่างกัน
- การให้การดูแลส่วนบุคคล (Giving a personal care)
- การให้ความเอาใจใส่ต่อความต้องการทางด้านจิตสังคมของแต่ละบุคคล

คุณสมบัติผู้สมัคร

ผู้สมัครจะต้องสำเร็จการศึกษา เกรด 10 และตั้งแต่ ค.ศ. 2007 เป็นต้นไป ผู้สมัครจะต้องสำเร็จการศึกษา เกรด 12

หมายเหตุ: ผู้สมัครจะต้องมีบุคลิกภาพและมีสภาพร่างกายเหมาะสม ผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหรือประสบการณ์ทางคลินิก อาจได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ และจะต้องผ่านมาตรฐานการช่วยเหลือเบื้องต้น และช่วยฟื้นคืนชีพในระดับ C ก่อนที่จะเข้าปฏิบัติในการดูแลโดยเฉพาะและการดูแลที่บ้าน

ระยะเวลาในการศึกษา 30 สัปดาห์ หรือประมาณ 24-39 อาทิตย์
แต่ต้องสำเร็จการศึกษาภายใน 2 ปี

ค่าเล่าเรียน ประมาณ 2,570.50 ดอลลาร์

ค่าหนังสือและอุปกรณ์ ประมาณ 655 ดอลลาร์

การจัดการเรียนการสอน

การจัดการเรียนการสอนมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การสอนในห้อง เรียน ห้องปฏิบัติการ และฝึกปฏิบัติการดูแลที่บ้าน และในสถานบริบาลผู้สูงอายุที่มีใบอนุญาต และบาง หลักสูตรเปิดโอกาสให้เรียนแบบทางไกล

- ภาคทฤษฎี 14 หน่วย

- ภาคปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

ก. ทฤษฎีและฝึกปฏิบัติห้องปฏิบัติการ จำนวน ทั้ง 420 เซนติเมตร

ข. ฝึกให้การช่วยเหลือที่บ้าน จำนวน 100 เซนติเมตร

ค. ฝึกการดูแลระยะยาวในสถานบริบาลผู้สูงอายุ 230 เซนติเมตร

- สอบข้อเขียนเพื่อรับใบประกาศนียบัตรประจำจังหวัด

ผู้ที่สำเร็จการศึกษาจะได้รับประกาศนียบัตรผ่านการอบรมในด้านการดูแลผู้ป่วย อัลไซเมอร์ และผู้ป่วยสมองเสื่อมจากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง การตระหนักถึงระบบข้อมูลข่าวสาร อันตรายในที่ทำงาน การจัดการทางด้านอาหาร การปฐมพยาบาลหรือการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

13.2.2 การประเมินการเรียนรู้ที่มีอยู่เดิมและให้การยอมรับ (Prior Learning

Assessment and Recognition: PLAR)

การประเมินการเรียนรู้ที่มีอยู่เดิมและให้การยอมรับ หรือ PLAR เป็นการประเมิน ที่ให้ความสำคัญกับความรู้ที่มีอยู่เดิม และเป็นวิธีที่เป็นทางการที่ให้การยอมรับความรู้และทักษะ ของบุคคลตามประสบการณ์ เนื่องจากมีการตระหนักว่าผู้ใหญ่สามารถเรียนรู้ได้หลายทางและมี วิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย ที่รวมทั้งความรู้และทักษะผ่านประสบการณ์ชีวิตและการทำงาน หรือ เรียกว่า “การเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ” สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สมัครสามารถเข้าเรียนในหลักสูตรนี้ได้ โดยผ่านการประเมินการเรียนรู้ที่มีอยู่เดิมและให้การยอมรับ

การเรียน PLAR ประกอบไปด้วย 2 เทอม เนื้อหาวิชาที่เปิดสอนในแต่ละเทอม ดังนี้

เทอม 1 เนื้อหาวิชาประกอบด้วย การสื่อสารในสถานประกอบการ ภาวะสมอง เสื่อม (Dementia) การฝึกปฏิบัติกลางเทอม วิธีปฏิบัติเมื่อถูกทำร้ายร่างกาย (Assault response) สิ่งแวดล้อมปลอดภัย การดูแลส่วนบุคคล และสมรรถนะส่วนบุคคล

เทอม 2 เนื้อหาวิชาประกอบด้วย ทักษะในการสื่อสาร กลยุทธ์ภาวะสมองเสื่อม การเจริญและพัฒนาการของมนุษย์ โภชนาการ การฝึกปฏิบัติภาคปลาย อาหารปลอดภัย การดูแล หลังจากผ่านระยะเฉียบพลัน (Post acute care) และความต้องการเฉพาะพิเศษ

ลักษณะการเรียนรู้การสอน

ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในด้านการดูแลสุขภาพและสามารถแสดงให้เห็นว่ามีความรู้และทักษะเป็นที่ประจักษ์ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ตาม โปรแกรมผู้ช่วยดูแลต่อเนื่อง สามารถสมัครเรียนแบบ PLAR ได้ และสามารถเลือกเรียนจากทางเลือก 3 แบบมาตรฐาน ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 หลักสูตรเฉพาะรายบุคคล (Individual course challenge) สำหรับบุคคลที่เคยเรียนมีความรู้และทักษะในหลักสูตร CCA ตั้งแต่ 1 รายวิชา หรือมากกว่า สามารถสมัครเพื่อรับการประเมินในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายในการประเมินเป็นราย ๆ ไป

ทางเลือกที่ 2 การสะสมการฝึกภาคปฏิบัติ (Cumulative practicum: PLAR) สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานในด้านการดูแล สำเร็จหลักสูตร CCA และมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 255 ชั่วโมง ในระยะเวลา 2 ปี ที่ผ่านมา อาจสามารถลดระยะเวลาในการฝึกภาคปฏิบัติจาก 4 รายวิชา ลงเหลือเพียง 1 รายวิชา และทักษะและกิจกรรมในที่ทำงานในปัจจุบัน สามารถใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายได้ ส่วนค่าใช้จ่ายประมาณ 300 ดอลลาร์ และอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม หากผู้ประเมินจะต้องเดินทางไปยังสถานที่ไกล ๆ

ทางเลือกที่ 3 โปรแกรมระดับประกาศนียบัตร (Program level certification) เป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามที่หลักสูตรกำหนด อาจสามารถประเมินทุกรายวิชาในโปรแกรม CCA ลงเหลือเพียง 1 รายวิชา ในกรณีต่อไปนี้

- ผู้ที่มีประกาศนียบัตรการดูแลที่บ้าน (Home care certificate) หรือประกาศนียบัตรการดูแลแบบเฉพาะ (Special care certificate) และผู้ที่ต้องการใบประกาศทั้ง 2 แบบ หรือ

- ผู้ที่มีประสบการณ์หรือผ่านการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง 2,000 ชั่วโมง เมื่อไม่นานมานี้ แต่ยังไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นหลักสูตรที่เทียบเท่ากับหลักสูตร CCA

ค่าใช้จ่าย ประมาณ 800 ดอลลาร์ และอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม หากผู้ประเมินจะต้องเดินทางไปยังสถานที่ไกล ๆ

13.3 การออกใบอนุญาตสถาบันการฝึกอบรม และอนุมัติหลักสูตร โดยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการรับรอง ติดตามผล และการกำกับควบคุมคุณภาพหลังการฝึกอบรม

13.3.1 การรับรองหรือการขึ้นทะเบียน

ในมณฑลโนวาสโกเชีย (Nova Scotia) กระทรวงสุขภาพ จะมอบหมายให้คณะกรรมการให้คำปรึกษาหลักสูตรผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuing care assistant advisory program committee) เป็นผู้นำที่พิจารณารับรองการปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การขึ้นทะเบียนยังไม่เป็นการบังคับที่จะต้องทำ แต่เป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ขึ้น

ทะเบียนมากกว่า หลังจากที่มีการเริ่มให้การรับรอง เมื่อ ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา มีผู้ขึ้นทะเบียนใน โนวาสโกเชีย จำนวน 676 คน ใน ค.ศ. 2004 ผู้ที่ได้รับการว่าจ้างจากบริษัทที่ให้การสนับสนุนดูแล ที่บ้าน จะต้องมีการประกาศนียบัตรเป็นผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถทำงานได้ในสถาน บริบาลดูแลระยะยาวได้ และยังคงสามารถทำงานเป็นผู้สนับสนุนที่บ้านได้ต่อไป และผู้ที่ได้รับ ประกาศนียบัตรพนักงานสนับสนุนการดูแลที่บ้านก่อน ค.ศ. 2000 หรือผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้ช่วยดูแลแบบ ต่อเนื่องเท่านั้นจะได้รับการจ้างจากบริษัทที่ให้บริการสนับสนุนที่บ้าน มีผลบังคับ ตั้งแต่วันที่ ค.ศ. 2004 เป็นต้นไป แต่สำหรับพยาบาลจะไม่สามารถทำงานเป็นผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่องได้ อีกต่อไป ยกเว้นได้รับการฝึกอบรมในด้านนี้หรือหลักสูตรที่เทียบเคียงได้

13.3.2 หน่วยงานที่ให้การกำกับดูแล

การกำกับดูแลขึ้นอยู่กับมณฑลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและ ส่วนท้องถิ่น

13.3.2.1 คณะกรรมการให้คำปรึกษาหลักสูตรผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่อง

(Continuing care assistant advisory program committee)

13.3.2.2 สมาคมผู้ให้การสนับสนุนดูแลที่บ้าน (Home support association)

13.3.2.3 สมาคมผู้ดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuing care association)

13.4 ขอบเขต หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแลในแต่ละระดับ ความสามารถ ทั้งระบบอาสาสมัครและผู้ดูแลอาชีพ

การบริการที่มีให้ค่อนข้างหลากหลายขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคน ผู้ช่วยดูแลอาจต้องให้ความช่วยเหลือในด้านงานบ้าน การเตรียมอาหาร และบริการสนับสนุนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้การดูแลทางด้านความต้องการขั้นพื้นฐานในด้านความปลอดภัย ที่พักอาศัย อาหาร และความรัก กิจกรรมการดูแลประกอบไปด้วย

13.4.1 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ดูแลมือและเท้า ดูแลสุขภาพลักษณะการเคลื่อนไหว/ ออกกำลังกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน

13.4.2 การจัดการงานบ้าน ให้การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น การซื้อของ ทำความ สะอาดบ้าน ปิดฝุ่น ซักผ้า ป้องกันการติดเชื้อ

13.4.3 ดูแลแทนผู้ดูแลหลัก (Respite care) เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาพักผ่อน ส่วนตัว

13.4.4 การเตรียมอาหาร การวางแผนเรื่องอาหาร ช่วยดูแลขณะผู้สูงอายุ รับประทานอาหาร

13.4.5 การดูแลทางการพบปะสังสรรค์ทางสังคมและกิจกรรมสันทนาการ

13.5 การรักษาสถานภาพผู้ช่วยดูแลให้คงอยู่อย่างมั่นคง ตลอดจนความก้าวหน้า ในวิชาชีพ

ความก้าวหน้าทางด้านวิชาชีพในด้านนี้ค่อนข้างดี เนื่องจากเป็นหนึ่งในการทำงาน ทางด้านการดูแลสุขภาพที่มีการขยายตัวเร็วที่สุดจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ และการย้าย การบริการดูแลไปที่บ้านและในสถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) ที่เพิ่มมากขึ้น

ผู้สำเร็จการศึกษาจะทำงานภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ (Registered nurse) พยาบาลจิตเวช (Registered psychiatric nurses) หรือผู้ช่วยการพยาบาล (Nursing assistant) ที่ได้รับ ใบอนุญาตการดูแลที่บ้านหรือสถานดูแลโดยเฉพาะ และส่วนใหญ่องค์กรบริหารทางด้านสุขภาพ ส่วนภูมิภาค (Region health authorities) จะรับสมัครผู้ช่วยดูแลเหล่านี้ไปทำงานสำหรับการดูแล ที่บ้านและการบริการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะ นอกจากนี้ ยังมีบริการให้คำปรึกษาและข้อมูลการจ้าง งานสำหรับนักเรียนในแต่ละโรงเรียน

13.6 อุปสงค์และอุปทานของผู้ช่วยดูแลต่อจำนวนประชากรสูงอายุที่ต้องการผู้ช่วย ดูแลในอนาคต

ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่ามีความต้องการผู้ช่วยดูแลจำนวนเท่าไรและจำนวนผู้ช่วย ดูแลที่ผลิตได้ในแต่ละปีมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการหรือไม่ แต่เป็นที่ทราบว่างานในด้านนี้มี แนวโน้มที่อัตราการขยายตัวของความต้องการมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ การเคลื่อนย้ายการบริการไปยังที่บ้านและสถานบริบาลผู้สูงอายุ (CDI Collage, 2006) แต่จากการ ส่งเสริมหลักสูตรผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่องแทนหลักสูตรการสนับสนุนการดูแลที่บ้านหรือการรวม หลักสูตรที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ค.ศ. 2004 เป็นต้นมา หรือปัญหาทางด้านทัศนคติที่ผู้ช่วยดูแลมักคิด ว่าการดูแลที่บ้านมีสถานภาพต่ำกว่าการทำงานในสถานบริการ ทำให้ความนิยมการทำงานให้การ ดูแลที่บ้านลดลง และมีโอกาสในการพัฒนาในอาชีพค่อนข้างน้อย ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดการขาดแคลนพนักงานสนับสนุนการดูแลที่บ้านได้

13.7 การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม ใน ค.ศ. 2002 พบว่า ค่าจ้างในการดูแลประมาณ 12 ดอลลาร์ต่อชั่วโมง แต่พบว่ามีปัญหาที่ไม่อาจช่วยให้ผู้ที่มาเรียนคงอยู่กับอาชีพ ทั้งนี้มีสาเหตุ เนื่องมาจาก

13.7.1 ได้รับค่าตอบแทนไม่เป็นที่พึงพอใจ หน่วยงานที่ให้บริการสนับสนุนที่ บ้าน ให้ค่าตอบแทนแก่ผู้ช่วยดูแลไม่เท่ากัน เช่น บริษัทของเอกชนให้ค่าตอบแทนสูงกว่าหน่วยงาน ที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากชุมชน หรือค่าตอบแทนในการทำงานในสถานดูแลระยะยาว หรือในสถานพยาบาลฉุกเฉินสูงกว่าการดูแลที่บ้าน เป็นต้น

13.7.2 ไม่มีสวัสดิการที่เป็นทางการ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการว่าจ้างดูแลเป็นแบบส่วนตัว โดยไม่ผ่านบริษัทหรือผู้ประกอบการ

13.7.3 ไม่มีเกณฑ์มาตรฐานในการจ่ายค่าชดเชย เนื่องจากผู้รับบริการบางรายอาศัยอยู่ห่างไกล ทำให้ผู้ช่วยดูแลต้องใช้เวลาในการเดินทางนาน ส่งผลให้มีชั่วโมงการทำงานในภาพรวมมาก แต่ได้รับค่าชดเชยในส่วนนี้น้อย

14. ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา

ในประเทศสหรัฐอเมริกามีความเชื่อว่า ผู้ช่วยพยาบาล (Nursing assistant) และพนักงานผู้ช่วย (Nursing aids) เป็นสมาชิกที่มีคุณค่าในทีมดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยพยาบาลเป็นบุคคลที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกในทีมคนอื่น ๆ ผู้ช่วยพยาบาลสามารถทำงานในโรงพยาบาล คลินิก สถานะที่ทำงานของแพทย์ที่บ้านผู้ป่วยและสถานบริการทางด้านสุขภาพอื่น ๆ การดูแลที่บ้านช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงอาศัยอยู่ที่บ้านต่อไปได้ อีกทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีเวลาเป็นส่วนตัว สามารถมีเวลาไปสนใจหรือทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ (St. Augustine Educational Services Online, 2006)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้แบ่งผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (Paid caregiver) หรือผู้ดูแลอาชีพออกเป็นหลายประเภท ดังนี้

1. แม่บ้านหรือพนักงานทำความสะอาด (Housekeeper or chore workers) สำหรับแม่บ้านจะมีหน้าที่ในการทำงานบ้านพื้นฐานทั่วไปและทำความสะอาดเบา ๆ ส่วนคนทำความสะอาด จะทำงานที่หนักกว่า เช่น การทำความสะอาดหน้าต่าง หรือการทำความสะอาดหนัก ๆ อื่น ๆ
2. ผู้ดูแลจัดการที่บ้าน (Homemakers) จะดูแลในด้านการจัดเตรียมอาหาร การจัดการงานบ้าน การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล และการคอยเตือนเรื่องการรับประทานยา
3. ผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพนักงานผู้ช่วยพยาบาล (Home health aids, certificated nurse assistant (CAN) or nurses aids) โดยคนกลุ่มนี้มักจะถูกเรียกรวม ๆ กันว่า พนักงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care workers) จะให้การดูแลในด้านสุขภาพจิตส่วนบุคคล ช่วยเหลือในการอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดิน การออกกำลังกาย การบริการที่บ้านที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือในด้านการรับประทานยา ผู้ช่วยเหลือบางคนได้รับการฝึกอบรมและสามารถให้การบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น ภายใต้การนิเทศจากวิชาชีพพยาบาล
4. พยาบาลผู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลที่มีใบอนุญาตประกอบอาชีพ และนักบำบัด (Registered Nurses (RN), Licensed Practical Nurses (LPD) and therapists) โดยคนกลุ่มนี้มักจะถูกเรียกรวม ๆ ผู้มีทักษะในพยาบาล (Skilled nursing care) ซึ่งจะให้กิจกรรมการดูแล

ที่ไม่สามารถให้โดยผู้ดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ เป็นการการช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับการรักษาทาง การแพทย์ที่หลากหลาย เช่น การให้สารน้ำทางเส้นโลหิต การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล และการให้กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัด เป็นต้น

หลักสูตรการฝึกอบรม ทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน ตลอดจนสถาบันการศึกษา หลักสูตรมีหลายรูปแบบ เช่น

1. การศึกษาทางไกลทางอินเทอร์เน็ต ในโปรแกรมผู้ช่วยพยาบาล (Nursing assistant program online distance education) เช่น ของ St. Augustine School of Health Sciences (St. Augustine Educational Services Online, 2006) เป็นหลักสูตรที่ผู้เรียนสามารถเรียนที่บ้านและ สำเร็จในช่วงเวลาที่สะดวก ผู้เรียนสามารถเข้าเรียนได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีอาจารย์หรือเจ้าหน้าที่ คอยให้คำปรึกษา หากผู้เรียนต้องการติดต่อสอบถาม โดยใช้เวลาเรียนทั้งหมดประมาณ 6-8 สัปดาห์

เนื้อหาที่เรียน ประกอบด้วย บทนำเรื่องผู้ช่วยพยาบาล การควบคุมการติดเชื้อ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยและการโดยสารผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมผู้ป่วยและการทำเตียง การ ดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลในภาวะฉุกเฉิน กายวิภาคศาสตร์และ สรีรวิทยา การวัดสัญญาณชีพ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลในภาวะฉุกเฉิน กายวิภาค ศาสตร์ และสรีรวิทยา การวัดสัญญาณชีพ การดูแลบางระบบของร่างกายเป็นกรณีพิเศษ (เช่น การดูแลวัยวะสืบพันธุ์ ทางเดินปัสสาวะ และระบบประสาท) และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

ส่วนในเรื่องการศึกษาปฏิบัติการทางคลินิก จะมีภาพเคลื่อนไหว 3 มิติ ที่สาธิตการ เจาะเลือด การฉีดยาทางกล้ามเนื้อ และมีวิดีโอแนะนำขั้นตอนการฉีดยา การจับชีพจร การช่วยชีวิต และอื่น ๆ

ค่าใช้จ่ายทั้งหลักสูตรประมาณ 645 ดอลลาร์ สามารถจ่ายได้ทุก 3 เดือน ครั้งละประมาณ 228 ดอลลาร์ ซึ่งถูกกว่าการเรียนในภาคปกติที่มีค่าใช้จ่ายทั้งหมด ประมาณ 4,000-8,000 ดอลลาร์

2. โปรแกรมผู้ช่วยพยาบาล เป็นหลักสูตรการฝึกอบรมอย่างน้อย 75 ชั่วโมง ที่รวมถึง การเรียนในห้องเรียนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิก

14.1 การรับรอง ติดตามผล และการกำกับควบคุมคุณภาพหลังการฝึกอบรม

ตามกฎหมาย Omnibus Budget Reconciliation Act. 1987 ระบุว่า บุคคลที่ทำงาน ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) หรือให้บริการผู้ป่วยตามการประกันของ Medicare จะ ต้องเป็นผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับการรับรอง (certified nursing assistant) หรือผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรับรอง (certified patient care assistants) การที่จะเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองนั้นจะต้องผ่านการฝึ กอบรมอย่างน้อย 75 ชั่วโมง ที่รวมถึงการเรียนในห้องเรียนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิก (Lowa Care Givers Association [ICA], 2004)

14.2 การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม

ผู้ช่วยดูแลและได้รับค่าตอบแทนแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถานที่อาศัยของผู้ว่าจ้างและประเภทของผู้ช่วยดูแล อาชีพ ราคาจ้างจะค่อนข้างสูงในเมืองใหญ่ ๆ มากกว่าในเมืองเล็ก ๆ ถึงแม้จะจ้างผู้ช่วยดูแลจากบริษัทเดียวกันในระดับการดูแลที่คล้ายกันก็ตาม และยิ่งต้องการผู้ช่วยดูแลเท่าใด ราคาจ้างต่อชั่วโมงก็จะยิ่งสูงขึ้นตามนั้น แต่อย่างไรก็ตามกฎหมายระบุว่าผู้ว่าจ้างจะต้องจ่ายอย่างน้อย 5.15 ดอลลาร์ต่อชั่วโมง ซึ่งเป็นค่าแรงค่าจ้างขั้นต่ำ นอกจากนี้ อาจต้องจ่ายค่าประกัน สังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเงินเดือนด้วย (Michigan Office of Service to the Aging, 2004)

15. ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหราชอาณาจักร

ผู้ช่วยดูแลในประเทศสหราชอาณาจักร เรียกว่า ผู้ช่วยดูแลทางด้านสุขภาพ (Health Care Assistants: HCAs) เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญอย่างมากในเวลาราชการ เนื่องจากมีราคาถูก ใช้เวลาในการฝึกอบรมที่ไม่ยาวนานมากเกินไป ลงทุนน้อย มีความยืดหยุ่นสูง สามารถปฏิบัติงานได้หลายด้านตามสมรรถนะขั้นพื้นฐานของการใช้ความสามารถและทักษะที่มีอยู่แล้วในตัวบุคคล ผู้ช่วยดูแลทางด้านสุขภาพ สามารถทำงานได้ทั้งในโรงพยาบาล บ้านพักคนชราในชุมชน สนับสนุนการทำงานของผู้ที่ทำงานที่ทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน พบว่ามีผู้ที่ทำงานในลักษณะเดียวกันนี้ในสหราชอาณาจักร อย่างน้อย 1 ล้านคนที่รับจ้างในวงธุรกิจ หรือหน่วยงานต่าง ๆ (ไม่รวมหน่วยงานที่เป็นอาสาสมัคร) จากการสำรวจแรงงานอิสระของผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างที่ทำงานในบ้านพักคนชราหรือสถานบริบาลผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ปี ค.ศ. 1995 พบว่า บุคลากร ร้อยละ 48 ทำงานเต็มเวลา และร้อยละ 52 ทำงานบางเวลา และพบว่า มีอาสาสมัครสูงถึง 250,000 คน อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 32 ของบุคลากรที่มีคุณสมบัติในด้านต่าง ๆ คือ ร้อยละ 22 มีประกาศนียบัตรทางด้านพยาบาล ร้อยละ 7 มีวุฒิบัตรด้านการอาชีพแห่งชาติ (National Vocation Qualification: NVQ) มีการประมาณการว่ามีบุคลากรเพียง ร้อยละ 14 ที่เคยผ่านการอบรมที่เป็นทางการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น NVQ และรัฐบาลมีเป้าหมายให้การฝึกอบรมเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 50 (Johnson et al., 2002)

15.1 หลักสูตรการฝึกอบรม

สำหรับการอบรมบางโรงพยาบาล ระบุว่าผู้ช่วยดูแลด้านสุขภาพทุกคนจะต้องฝึกอบรม NVQ ในระดับ 2 โดยมีศูนย์การเรียนรู้ของหน่วยงานเป็นผู้จัดเวลาเรียน เพื่อให้มีทักษะในการดูแลมีความมั่นใจในการทำงานในคลินิกมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ช่วยดูแลทางด้านสุขภาพควรเรียนหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของตนและการทำงานสนับสนุนของวิชาชีพอื่น ๆ ในที่ทำงาน มีหลักสูตรที่หลากหลาย อาจเริ่มจากการพัฒนาทักษะทางคลินิกก่อน เช่น การเจาะเลือด แล้วจึงไป

ศึกษารายละเอียดการพัฒนาทางด้านการปฏิบัติไป (Kent, 2006 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ ศาสัตย์ และ เตือนใจ กักคิพรหม, 2549)

15.2 การกำกับควบคุมคุณภาพหลังการฝึกอบรม

ในด้านการกำกับดูแลทางด้านวิชาชีพในประเทศไทยสหราชอาณาจักร มีหลายองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์ (The general medical and councils) สภาการพยาบาลและผดุงครรภ์ (The nursing & midwifery councils) และสภาวิชาชีพทางด้านสุขภาพ (Health professionals council) สภาเหล่านี้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยที่พยายามส่งเสริมให้มีผู้แทนที่ไม่ใช่วิชาชีพร่วมอยู่ด้วย ในการประชุมสมาคมพยาบาลแห่งชาติ (The royal college of nursing congress) เมื่อ ปี ค.ศ. 2002 ได้มีประเด็นอภิปรายเรื่องข้อบังคับของผู้ช่วยทางด้านสุขภาพ และมีการออกเสียงให้คะแนน 70 ต่อ 30 ที่เห็นสมควรให้มีการกำหนดมาตรฐานการฝึก อบรม NVQ และกำหนดบทบาทที่ชัดเจนและกรอบการควบคุมในระดับชาติ และได้ ข้อสรุปว่าผู้ช่วยทางด้านสุขภาพ ควรอยู่ภายใต้การดูแลของสภาการพยาบาลและผดุงครรภ์ หรือ ขึ้นอยู่กับสถานที่ปฏิบัติงาน เช่น สภาการดูแลทางด้านสังคม เป็นต้น (Johnson et al., 2002)

15.3 คุณภาพชีวิตในการทำงาน

พนักงานสนับสนุนการดูแลที่บ้าน มักพบกับการทำงานเป็นกะ ได้รับการมอบหมายงานที่ไม่เป็นระบบ เนื่องจากมักมีการเปลี่ยนผู้ที่อยู่ในความดูแลบ่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงตารางในการทำงาน ภาระงานมากขึ้น ไม่สม่ำเสมอ อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ช่วยดูแลมีภาวะหมดเรี่ยวแรงได้ นอกจากนี้ การทำงานที่บ้านผู้ป่วย มักถูกมองว่าเป็นการทำงานคนเดียว อาจได้รับการให้คำปรึกษาหรือนิเทศงานทางโทรศัพท์บ้างเป็นบางครั้ง ทำให้ผู้ช่วยดูแลเหล่านี้มักคิดว่าตนเองเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในบ้านตามลำพัง ความปลอดภัยจึงเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เช่น โครงสร้างบ้าน การจัดบ้านเรือน สิ่งแวดล้อม สถานที่ตั้งของบ้าน และแนวโน้มการถูกระงับการทรมานในการทำงานที่ถูกแยกจากโลกภายนอกได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lee, Walker and Shoup (2001) ได้ศึกษาเรื่อง การสร้างสมดุลให้กับการดูแลผู้สูงอายุหน้ารับผิดชอบในการทำงาน: ผลกระทบต่อสุขภาพทางอารมณ์ พบว่า สถานภาพของผู้ให้การดูแลระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ที่ไม่ใช่การดูแลโดยตรง และสถานภาพของการเกษียณอายุระหว่างเกษียณอายุแล้วกับยังไม่เกษียณอายุมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันนั้นขึ้นอยู่กับมาตรการของสุขภาพทางอารมณ์ระหว่างจำนวนของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าและผู้ให้การดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง พบว่า ผู้ที่ให้การดูแลเพศหญิงมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ให้การดูแลเพศชาย จากการวิจัย เสนอแนะให้นายจ้างต้อง

เข้าไปพัฒนาสออดแทรกซึ่งอาจช่วยให้บรรดาผู้ที่ให้การดูแลได้ทำหน้าที่รับผิดชอบหลาย ๆ อย่างเกี่ยวกับการดูแลให้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Akanimane (2002) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการว่าจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเห็นต่อปัจจัยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยเชิงจิตสูงกว่าปัจจัยด้านค่าจ้าง และมีความคิดเห็นต่อปัจจัยเชิงจิตในระดับสูง มีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านค่าจ้างในระดับปานกลาง

Chanpradit (2003) ศึกษาความต้องการการดูแลและความพึงพอใจของผู้รับบริการจากการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการว่าจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนใหญ่ และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการว่าจ้างอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า เหตุผลของผู้รับบริการต่อการเปลี่ยนผู้ดูแล ได้แก่ การขาดความรับผิดชอบ ผู้ดูแลไม่เต็มใจอยู่กับผู้สูงอายุ การไม่สนใจดูแล ไม่มีประสบการณ์ หรือไม่มีความรู้ที่เพียงพอ ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ และเบียดเบียนการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ

Yap et al. (2003) ศึกษาลักษณะของผู้ที่พักอาศัยใน Nursing home พบว่า ร้อยละ 41 เป็นหม้ายร้อยละ 71 เป็นเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และปัญหาสำคัญที่เข้าพักอาศัยเกิดจากภาวะสุขภาพและปัญหาทางสังคม โดยร้อยละ 46 และ 40 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ และร้อยละ 41 มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง รวมทั้ง ร้อยละ 55 มีความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขับถ่าย การเคลื่อนที่ และการรับประทานอาหาร ตามลำดับ และสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานบริบาลมีสาเหตุมาจาก ร้อยละ 53 มีความต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 49 มีความต้องการทางด้านแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 34 ต้องการที่พักอาศัย ร้อยละ 32 ญาติไม่สามารถดูแลทางด้านร่างกายได้

Kampimoon (2004) ได้ศึกษาวิเคราะห์หลักสูตรและการบริหารจัดการการจ้ดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุของโรงเรียนและสถานฝึกอบรมเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาในสถานฝึกอบรมเอกชน จำนวน 23 แห่ง ซึ่งมี 5 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการวิเคราะห์หลักสูตร ผลการศึกษา พบว่า หลักสูตรการฝึกอบรมที่ใช้ได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งมีความสอดคล้องกันระหว่างวัตถุประสงค์และเนื้อหาของรายวิชา โดยมีระยะเวลาในการเรียนรวมทั้งหมด 6 เดือน แยกเป็นภาคทฤษฎี 3 เดือน ภาคปฏิบัติ 3 เดือน ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ ควรมีการพัฒนาหลักสูตรให้ทันสมัย เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแล ควรมีการประเมิน

ความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแล ซึ่งทุกโรงเรียนควรมีมาตรฐานรับรองคุณภาพการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และควรได้รับการติดตามระบบนิเทศโดยองค์วิชาชีพพยาบาล

เอิร์คคิลา (Erkkila et al., 2008) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomized controlled trial เป็นการวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้ดนตรีบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อปรับปรุงแก้ไขสุขภาพให้ดีขึ้น โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างศึกษากับผู้ใหญ่ 85 คน ที่มีภาวะซึมเศร้า ทุกคนจะได้รับการดูแลแบบปกติเหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองจะมีการพบปะประชุมกลุ่มทุก ๆ 2 สัปดาห์ เพื่อทำการใช้ดนตรีบำบัดคล้ายการแต่งทำนองเพลง โดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน เป็นระยะเวลา 3 เดือน และมีการประเมินผล ตลอดจนการติดตามผลในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน การทดลองนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่ภาวะซึมเศร้า เพราะเป็นอีกความคาดหวังหนึ่งที่จะทำให้คนได้รับประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากเนตรบำบัดและช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

Mavall and Thorslund (2007) ได้ศึกษาเรื่องเกี่ยวกับช่วงเวลาในการดูแล มีผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลหรือไม่อย่างไร ผลการวิจัยพบว่า การดูแลในช่วงเวลากลางวันเป็นรูปแบบอย่างหนึ่งของการเลี้ยงดูที่เหมาะสมมากที่สุดสำหรับการดูแล

Parke et al. (2013) ได้ศึกษาเรื่อง สถานสงเคราะห์ที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตใจ: การศึกษานิวศวิทยาสังคม พบว่า ปัญหาของสถานสงเคราะห์ คือ การดูแลไม่ทั่วถึงและได้รับการเอาใจใส่น้อยลง เพราะจำนวนคนที่มารับการบริการมีมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และมีปัญหาของความซับซ้อนของอาการของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจ

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ พบว่า คุณลักษณะของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านปฏิบัติ รูปแบบการประกันคุณภาพที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบจำแนกออกเป็นดัชนีย่อย 3 ลักษณะ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ รัฐควรสนับสนุนให้มีการผลิตผู้ช่วยดูแล ควบคุมการผลิตให้มีคุณภาพ กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับอาชีพ ขึ้นทะเบียนศูนย์บริการและผู้ช่วยดูแล ปรับปรุงหลักสูตรการอบรมให้มีมาตรฐานเดียวกัน จัดทำหลักสูตรต่อเนื่องและกำหนดขอบเขตกิจกรรมการปฏิบัติข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ คือ ส่งเสริมให้โรงเรียนสอนผู้ช่วยดูแล นำรูปแบบการประกันคุณภาพไปปรับใช้ สนับสนุนการจัด ตั้งชมรม/ สมาคม และพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ

สุพรรณษา วังศิริ (2552) ได้ศึกษาบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก โดยใช้วิธีการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 263 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ในฐานะที่เป็นบุตรถึงร้อยละ 64.64 เป็นหลาน คู่สมรส บุตรเขย บุตรสะใภ้ รวมกันถึง

ร้อยละ 21.29 และบุคคลอื่น ร้อยละ 14.07 ส่วนบทบาทการดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลร่างกาย อารมณ์และจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ และมีคำแนะนำในการพัฒนาว่าควรมีการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การกำหนดมาตรฐานการกำกับดูแลสถานดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวทั้งภาครัฐและเอกชน การสร้างทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ตลอดจนควรมีการศึกษามหาวิทยาลัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเชิงคุณภาพ

ยุทธ โกรวรรณ (2545) ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยได้ทดลองฝึกอบรมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน จากสถานสงเคราะห์คนชรา ทั้ง 20 แห่ง ของกรมประชาสงเคราะห์ แล้วเข้าอบรม ณ สถานสงเคราะห์คนชราบางแค กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน มีข้อเสนอแนะของการวิจัยว่า ควรมีการวิจัยในเรื่องคุณลักษณะของผู้ที่จะมาประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดและทฤษฎี เรื่องรูปแบบ แนวคิดเรื่องสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิธีการพัฒนาสมรรถนะ แนวคิดและทฤษฎีผู้ดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังต่อไปนี้

รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญโดยมีระบบและกระบวนการ ขั้นตอนที่ชัดเจนเพื่อให้การดำเนินงานนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์

สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมและคุณลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะหลัก สมรรถนะการจัดการ และสมรรถนะหน้าที่

สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ดังนี้ คือ เข้าใจนโยบายด้านสุขภาพ และความปลอดภัยของรัฐบาลและองค์กร โดยสามารถดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของตนเองและผู้สูงอายุ มีการดูแลและรายงานการซ่อมบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ และควบคุมการติดเชื้อโดยการเตรียมการในการทำความสะอาด การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ และมีความสามารถในการใช้เทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ มีความเข้าใจวิธีการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง มีการฝึกฝนการป้องกันไฟไหม้โดยมีความรู้ในการป้องกันไฟไหม้และวิธีปฏิบัติเมื่อมีไฟไหม้เกิดขึ้น มีจริยธรรมคุณธรรมในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ ทำหน้าที่ช่วยเหลือแพทย์หรือพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่แพ้อย่างรุนแรง รวมถึงความสามารถในการบำรุงรักษาอุปกรณ์และทราบวิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วยจากความดันโลหิตสูง โดยทราบค่าปกติและสามารถส่งต่อเมื่อมีค่าผิดปกติ รวมทั้งมีความเข้าใจวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงความมีศักดิ์ศรีในตนเอง ในขณะที่ให้ความช่วยเหลือแพทย์ พยาบาลในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่คลั่งสมอง หรือภูมิปัญญาของแผ่นดินที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งต้องได้รับการดูแล ซึ่งได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่ว่างให้มากดูแลผู้สูงอายุโดยตรง โดยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุจากกระทรวงศึกษาธิการหรือกระทรวงสาธารณสุข และได้รับค่าตอบแทนจากการว่าง โดยมีหน้าที่ในการอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร ให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดบาดแผล ช่วยการจับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา โดยให้เวลาดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปการพัฒนาแบบสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & development) และการวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและวิธีการวิจัยเชิงปริมาณในการออกแบบงานวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed methods research) มีกระบวนการ (Process) 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บข้อมูล โดยใช้คำถามแบบปลายเปิด (Open questionnaire) เพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเชิงลึกเพื่อการศึกษาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ใช้เทคนิคแบบสอบถามในการเก็บข้อมูล โดยใช้คำถามแบบปลายปิด (Close questionnaire) เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบ Checklist rating scale เพื่อศึกษาระดับและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบัน และศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยใช้คำถามแบบปลายเปิด (Open questionnaire) ให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน เพื่อทำการตรวจประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุ คือ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลที่ 1 คือ โรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า จากแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ 2 สถานบริบาล โดยเก็บข้อมูลที่สถานบริบาลเดอะซีเนียร์ จากแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลที่ 3 สถานที่ดูแลผู้ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โดยเก็บข้อมูลที่บ้านพักผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์ จากพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลที่ 4

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสงฆ์ จากแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และที่ 5 บ้านพักคนชรา โดยเก็บข้อมูลที่บ้านพักคนชรา (บางแค 1) จากแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้สูงอายุ ได้เก็บข้อมูลจนอิ่มตัว ซึ่งรวมจำนวนทั้งหมด 17 คน โดยใช้เทคนิคการสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการสร้างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยใช้การสุ่มแบบสะดวก (Convenience selection)

2. วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อยู่ในกรุงเทพฯ 728,695 คน และจังหวัดนนทบุรี 232,435 คน รวม 961,130 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปอยู่ในกรุงเทพฯ และเขตจังหวัดนนทบุรี ที่มีสุขภาพแข็งแรง มีความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม ตามสูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ใช้ค่าการสุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยการสุ่มแบบสะดวก (Convenience selection)

$$\begin{aligned} \text{ตามสูตร } n &= \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)} \\ n &= \frac{(3.841) 961,130 (0.5) (1-0.5)}{(0.05)^2 (961,130 - 1) + (3.841) 0.5 (1-0.5)} \\ n &= 383 \end{aligned}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95 % ($\chi^2 = 3.841$)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด P = 0.5)

3. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน เพื่อตรวจประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยทำการสนทนากลุ่มอิงผู้เชี่ยวชาญ (Focus group discussion)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งลักษณะและประเภทของคำถามตามรูปแบบการจำแนกการสร้างแนวคำถามของ Krueger and Casey (2000) โดยแบ่งชนิดของคำถามออกเป็น 5 ประเภท คือ 1. คำถามเปิดการสนทนา 2. คำถามเกริ่น 3. คำถามเข้าสู่ประเด็น 4. คำถามหลัก และ 5. คำถามการจบการสนทนา

2. วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งมีแนวทางในการสร้างแบบสอบถามในครั้งนี้ คือ การทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ โดยนำแนวคิด ทฤษฎี และจากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม โดยกำหนดเป็นคำถามปลายปิด

3. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม (Guideline) เกี่ยวกับโครงสร้างองค์ประกอบรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งลักษณะและประเภทของคำถามตามรูปแบบการจำแนกการสร้างแนวคำถามของ โดยแบ่งชนิดของคำถามออกเป็น 5 ประเภท คือ 1. คำถามเปิดการสนทนา 2. คำถามเกริ่น 3. คำถามเข้าสู่ประเด็น 4. คำถามหลัก และร่วมกันอภิปราย 5. คำถามการจบการสนทนา (Krueger and Casey, 2000)

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. วิธีการดำเนินการวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยผู้วิจัยมี การแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนก่อนการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนก่อนการสัมภาษณ์

เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยติดต่อ และนัดหมายขอสัมภาษณ์ โดยมีการระบุ วัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูล พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลได้แสดงเจตจำนงการเข้าร่วม และยินยอมลงนามในการให้การสัมภาษณ์และเตรียมแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ร่วมกับการสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม เริ่มการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายแรก เริ่มปลายเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึงผู้สัมภาษณ์รายสุดท้าย เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสิ้นสุดการสัมภาษณ์

การเก็บข้อมูลสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายสุดท้าย เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ในการเก็บข้อมูล มีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว กล่าวคือ ไม่มีประเด็นหรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ รวม 17 ราย

2. วิธีการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ

โดยผู้วิจัยมีการแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาระดับและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษารูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 ทำโครงร่างรูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุและรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. วิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยการแบ่งการดำเนินงานโดยใช้คณะผู้สัมภาษณ์ 3 คน ประกอบด้วย

1. ผู้นำการสนทนา (Moderator) ทำหน้าที่ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยตั้งคำถามและซักถามให้ผู้ร่วมสนทนาได้แสดงความคิดเห็น กระตุ้น และให้ผู้ร่วมสนทนาบอกเล่าและอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน
2. ผู้ช่วยบันทึกข้อมูล (Note taker) ทำหน้าที่จัดบันทึกการสนทนาเพื่อใช้ประกอบกันในการถอดเทปการสนทนา
3. ผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ทำหน้าที่บันทึกภาพและเสียงโดยใช้ กล้องวิดีโอ เครื่องบันทึกเสียงผู้เข้าร่วมสนทนา (Zikmund, Babin, Carr & Griffin, 2012)

ขั้นตอนการวิจัย

1. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ศึกษาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมและจาก กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ สถานพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเลือกอันดับที่ 1 คือ โรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จากแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ อันดับที่ 2 สถานบริบาล โดยเก็บข้อมูลที่สถานบริบาลเดอะซีเนียร์ จากแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล อันดับที่ 3 สถานที่ดูแลผู้ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตโดยเก็บข้อมูลที่บ้านพักผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์ จากพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล อันดับที่ 4 สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสงฆ์ จากแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และอันดับที่ 5 บ้านพักคนชรา โดยเก็บข้อมูลที่บ้านพักคนชรา (บางแค 1) จากแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ ได้เก็บข้อมูลจนอิ่มตัว ซึ่งรวมจำนวนทั้งหมด 17 คน มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ดังรายนามต่อไปนี้

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

1. นายแพทย์ ศรัณย์กร ภาพัฒน์วินิต์
2. คุณอัมพร พรพงษ์สุริยา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. คุณกมลวรรณ พูลกลิ่น ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลสัลยกรรมสูงอายุ
4. ผู้สูงอายุ (ไม่ประสงค์ออกนาม)
5. ครอบครัวผู้สูงอายุ (ไม่ประสงค์ออกนาม)

สถานบริบาลเดอะซีเนียร์

1. พลเอกนายแพทย์เฉลิมชาติ วรรณพฤษ์ ผู้ประกอบการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์
2. ตำแหน่งพยาบาล (ไม่ประสงค์ออกนาม)
3. ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล (ไม่ประสงค์ออกนาม)

บ้านพักผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์

1. ตำแหน่งพยาบาล (ไม่ประสงค์ออกนาม)
2. ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล (ไม่ประสงค์ออกนาม)

โรงพยาบาลสงฆ์

1. นายแพทย์พิทักษ์ ตั้งชนะชัยอนันต์ ตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์
2. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นายธนากร ศิริครา ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล

บ้านพักคนชรา (บางแค 1)

1. พลเรือเอกนายแพทย์อรรถนันต์ ต่อประดิษฐ์
2. คุณวลัยรักษ์ อังคะมาตย์ ตำแหน่งพยาบาล บ้านพักคนชรา (บางแค 1)
3. คุณประคอง พงษ์พิม ตำแหน่งผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา (บางแค 1)
4. คุณบุญทรง สุขประเสริฐ ผู้สูงอายุ

2. วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ

2.1 ศึกษาระดับและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศึกษารูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 400 คน ที่อยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ และจังหวัดนนทบุรี โดยใช้โปรแกรมทางการวิจัย ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent sample t-test และการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ F-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) ในการทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 ตัวแปร ขึ้นไปที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการตรวจสอบ ความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Least Significant Diffirence (LSD)

2.2 สร้างรูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุและรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยกำหนดเป็นโครงสร้างรูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุและรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

นำร่างรูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุและรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่จัดทำขึ้นไปประชุมสนทนากลุ่มอิงผู้เชี่ยวชาญ (Focus group discussion) จำนวน 6 คน เพื่อทำการตรวจสอบประเมินความเหมาะสม โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ดังรายนามต่อไปนี้

1. ร.ต.ต.หญิงพิมพ์พัฒน์ จันทร์เทียน ตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีนีจังหวัดนนทบุรี
2. นายแพทย์เฉลิมชาติ วรรณพฤษ ผู้ประกอบการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์
3. คุณวลัยรักษ์ อังคะมาตย์ ตำแหน่งพยาบาล บ้านพักคนชรา (บางแค 1)
4. คุณประคอง พงษ์พิมพ์ ตำแหน่งผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา (บางแค 1)
5. คุณบุญเรือน บัวเกตุ ผู้สูงอายุ
6. คุณสมจิต สิริพลไพบูลย์ ผู้สูงอายุ

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การหาคุณภาพของแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาจำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงและความถูกต้องของเนื้อหา

ขั้นตอนในการหาค่า IOC

1.1.1 หลักการให้คะแนน

1 เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นตรงกับเนื้อหาและโครงสร้าง

0 เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นตรงกับเนื้อหาและโครงสร้าง

-1 เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นตรงกับเนื้อหาและโครงสร้าง

1.1.2 นำคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เป็นรายชื่อ ซึ่ง IOC ของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ มากกว่า 0.5 ขึ้นไป ก็ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยอดยิ่ง ธนทวี 2. ดร.สุรดี สุพิชชากร 3. ดร.ศรัณยา เลิศพุทธรักษ์ 4. ดร.สุชนิ เมธิโยธิน 5. ดร.กฤษ จรินทร์

1.2 การตรวจสอบจริยธรรมของการวิจัย

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ ให้แก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

1.3.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีวิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปยังองค์กรผู้สูงอายุ

1.3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ด้วยตนเองจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

2. วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

การหาคุณภาพของแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แยกออกเป็น การหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

2.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การหาคุณภาพของแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาจำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงและความถูกต้องของเนื้อหา

ขั้นตอนในการหาค่า IOC

2.1.1 หลักการให้คะแนน

1 เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นตรงกับเนื้อหาและโครงสร้าง

0 เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นตรงกับเนื้อหาและโครงสร้าง

-1 เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นตรงกับเนื้อหาและโครงสร้าง

2.1.2 นำคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ตั้งแต่ 0.05 ขึ้นไป ก็ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยอดยิ่ง ธนทวี 2. ดร.ศักดิ์ชาย จันทร์เรือง 3. ดร.ภทรี พิริสตัด 4. ดร.สุชนนี เมธิโยธิน 5. ดร.กฤษ จริน โท

2.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับ ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามรวมทั้งฉบับ Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นมีค่ามากกว่า 0.70

2.3 การตรวจสอบจริยธรรมของการวิจัย

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ ให้แก่คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถาม

2.4.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีวิทยาลัย พาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาไปยังองค์กรผู้สูงอายุ

2.4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ใช้วิธีการจัดเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จนครบตาม จำนวนที่ต้องการ

แหล่งข้อมูลที่ได้ไปเก็บรวบรวม แบ่งเป็น 2 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ และจังหวัด นนทบุรี เนื่องจากมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุด โดยเก็บข้อมูลที่กรุงเทพฯ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน ซึ่งเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558-31 มกราคม พ.ศ. 2559

สถานที่กรุงเทพฯ ได้แก่ 1. บ้านพักคนชรา (บางแค 1) จำนวน 50 คน 2. ชมรม ผู้สูงอายุศูนย์ บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง จำนวน 50 คน 3. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ สาธารณสุข 17 ประชานิเวศน์ จำนวน 50 คน ชมรมผู้สูงอายุชุมชนบางพลัด จำนวน 50 คน รวม 200 คน โดยผู้วิจัยเป็นคนเก็บข้อมูลด้วยตัวเองโดยการทยอยไปเก็บเรื่อย ๆ จนครบ

สถานที่จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ 1. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี จำนวน 50 คน 2. บ้านพักคนชราหญิง ปากเกร็ด จำนวน 50 คน 3. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 50 คน 4. ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี จำนวน 50 คน รวม 200 คน โดยผู้วิจัยเป็นคนเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง โดยการทยอยไปเก็บเรื่อย ๆ จนครบ

3. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

3.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การหาคุณภาพของแบบคำถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบคำถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงและความถูกต้องของเนื้อหา

ขั้นตอนในการหาค่า IOC

3.1.1 หลักการให้คะแนน

- 1 เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นตรงกับเนื้อหาและโครงสร้าง
- 0 เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นตรงกับเนื้อหาและโครงสร้าง
- 1 เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นตรงกับเนื้อหาและโครงสร้าง

3.1.2 นำคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เป็นรายชื่อ ซึ่ง IOC ของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ มากกว่า 0.5 ขึ้นไป ก็ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยอดยิ่ง ธนทวี 2. ดร.ศักดิ์ชาย จันทร์เรือง 3. ดร.ภัทรี ฟริสตัด 4. ดร.สุชนิ เมธิโยธิน 5. ดร.กฤษ จรินโท

3.2 การตรวจสอบจริยธรรมของการวิจัย

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ ให้แก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการทำ Focus group

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีวิทยาลัย พาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปยังผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุ
2. จัดการประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อยืนยันความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. วิจัยเชิงปริมาณโดยแบบสอบถาม

ในการวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ใช้ค่าสถิติบรรยายพื้นฐาน โดยใช้โปรแกรมทางการวิจัยวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1. ค่าร้อยละ (Percentage) ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง
2. ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อใช้วิเคราะห์

ข้อมูลการมีการปฏิบัติจริง/ ความต้องการมีสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนที่แสดงถึงสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) แล้วนำค่าเฉลี่ยที่ได้ไปเทียบกับเกณฑ์ โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2543, หน้า 245)

4.50-5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติจริง/ มีความต้องการ ในระดับมากที่สุด

3.50-4.49 หมายถึง มีการปฏิบัติจริง/ มีความต้องการ ในระดับมาก

2.50-3.49 หมายถึง มีการปฏิบัติจริง/ มีความต้องการ ในระดับปานกลาง

1.50-2.49 หมายถึง มีการปฏิบัติจริง/ มีความต้องการ ในระดับน้อย

1.00-1.49 หมายถึง มีการปฏิบัติจริง/ มีความต้องการ ในระดับน้อยที่สุด

3. การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ

Independent sample t-test

4. การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ F-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) ในการทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 ตัวแปร ขึ้นไปที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5. ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการตรวจสอบ ความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD)

6. ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุสภาพปัจจุบันและที่คาดหวังทุกด้านในภาพรวม และรายชื่อ โดยใช้วิธี Modified Priority Need Index (PNI Modified)

ค่าดัชนีความจำเป็นในการพัฒนา (Priority Need Index: PNI) โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้ Priority need index แบบปรับปรุงจากสูตรดั้งเดิม โดย (สุวิมล ว่องวานิช, 2548, หน้า 279) ดังนี้

$$\text{PNI(modified)} = (E-P)/E$$

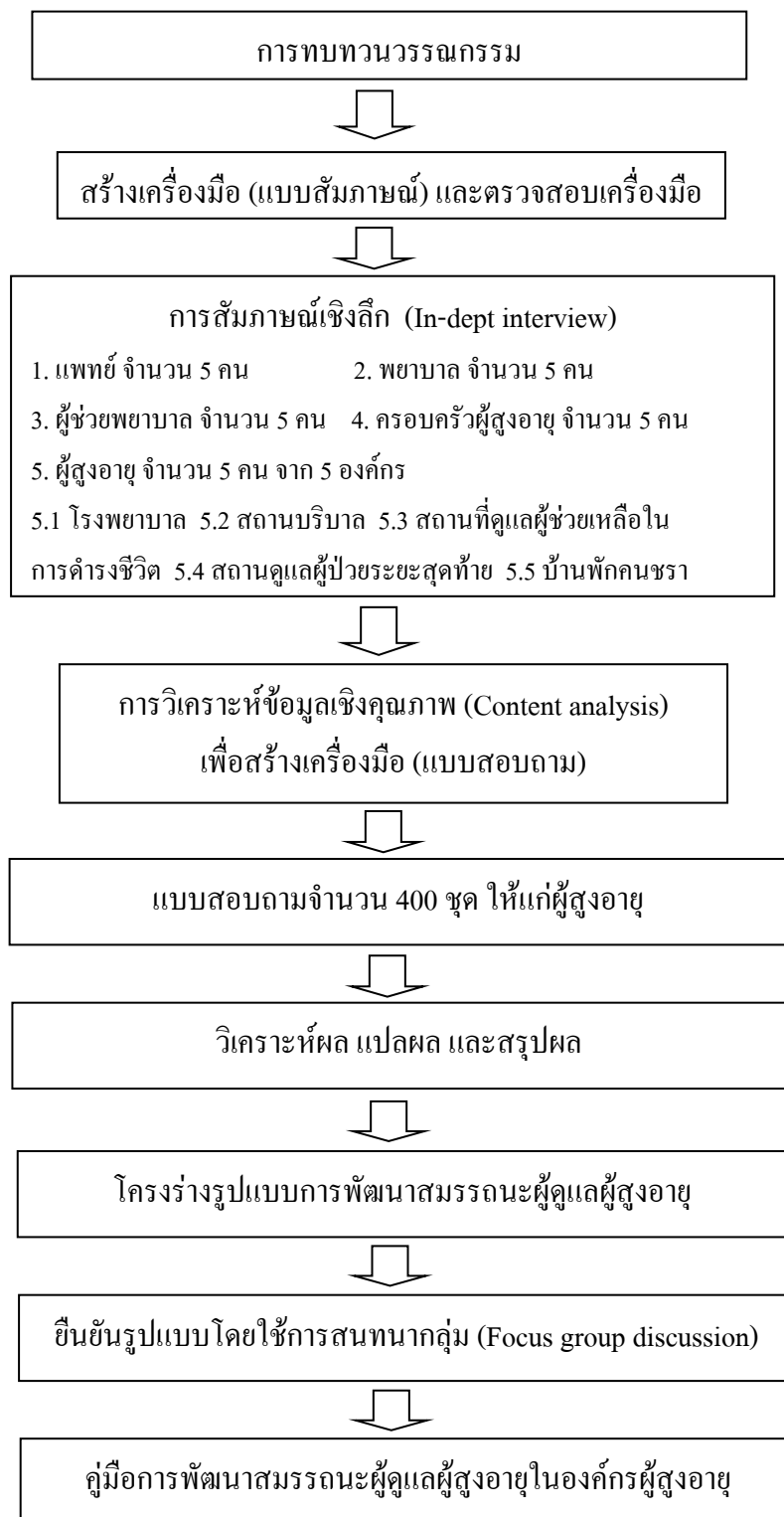
PNI(modified) = คำนวณค่าดัชนีวัดความจำเป็นในการพัฒนา

P = สมรรถนะในปัจจุบัน

E = สมรรถนะที่คาดหวัง

3. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการทำ Focus group

การทำ Focus group ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อทำการตรวจประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ



ภาพที่ 3-1 ขั้นตอนการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) จากแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุ จาก 5 องค์กร ได้แก่ องค์กรผู้สูงอายุที่ 1 คือ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุ รวม 5 คน องค์กรผู้สูงอายุที่ 2 คือ สถานบริบาล เดอะซีเนียร์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล รวม 3 คน องค์กรผู้สูงอายุที่ 3 คือ บ้านพักสูงอายุ เดอะซีเนียร์ ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล รวม 2 คน องค์กรผู้สูงอายุที่ 4 คือ โรงพยาบาลสงฆ์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล รวม 3 คน และองค์กรผู้สูงอายุที่ 5 คือ บ้านพักคนชราบางแค 1 ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุ รวม 4 คน ดังนั้นรวมองค์กรผู้สูงอายุทั้ง 5 องค์กร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ได้สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุมาสร้างแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถาม (Questionnaire) ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 400 ชุด ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS ได้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไปวิเคราะห์ความเป็นไปได้ และความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยใช้การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ ซึ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมทางด้านการวิจัย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยใช้การวิเคราะห์และการสังเคราะห์เพื่อทำการตรวจประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

รหัสแทนชื่อบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้การสัมภาษณ์เชิงลึก

1. การสัมภาษณ์องค์กรผู้สูงอายุที่ 1 คือ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

A1 แพทย์ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของแพทย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

A2 พยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

A3 ผู้ช่วยพยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ช่วยพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

A4 ผู้สูงอายุ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

A5 ครอบครัวผู้สูงอายุ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของครอบครัวผู้สูงอายุโรงพยาบาล

พระนั่งเกล้า

2. การสัมภาษณ์ องค์กรผู้สูงอายุที่ 2 คือ สถานบริบาลเดอะซีเนียร์

B1 แพทย์ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของแพทย์สถานบริบาลเดอะซีเนียร์

B2 พยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของพยาบาลสถานบริบาลเดอะซีเนียร์

B3 ผู้ช่วยพยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ช่วยพยาบาลสถานบริบาลเดอะซีเนียร์

3. การสัมภาษณ์ องค์กรผู้สูงอายุที่ 3 คือ บ้านพักสูงอายุเดอะซีเนียร์

C1 พยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของพยาบาลบ้านพักสูงอายุเดอะซีเนียร์

C2 ผู้ช่วยพยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ช่วยพยาบาลบ้านพักสูงอายุเดอะซีเนียร์

4. การสัมภาษณ์ องค์กรผู้สูงอายุที่ 4 คือ โรงพยาบาลสงฆ์

D1 แพทย์ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของแพทย์โรงพยาบาลสงฆ์

D2 พยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของพยาบาลโรงพยาบาลสงฆ์

D3 ผู้ช่วยพยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ช่วยพยาบาลคือ โรงพยาบาลสงฆ์

5. การสัมภาษณ์ องค์กรผู้สูงอายุที่ 5 คือ บ้านพักคนชราบางแค 1

E1 แพทย์ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของแพทย์บ้านพักคนชราบางแค 1

E2 พยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของพยาบาลบ้านพักคนชราบางแค 1

E3 ผู้ช่วยพยาบาล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ช่วยพยาบาลบ้านพักคนชราบางแค 1

E4 ผู้สูงอายุ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้สูงอายุบ้านพักคนชราบางแค 1

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview)
โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ตารางที่ 4-1 ความสามารถในการทำงานเป็นทีม

ความสามารถในการทำงานเป็นทีม	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการทำงาน เป็นทีม ทำงานคนเดียวไม่ได้ ต้องอาศัยความร่วมมือกับ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์ จะต้อง ประสาน งาน และส่งต่อ หน่วยงานต่าง ๆ ทำให้ การทำงานมีความราบรื่นขึ้น	4	5	5	2	1	17	94
- มีความสามารถทำงานร่วมกับ คนอื่น ได้โดยเป็นผู้พาผู้สูงอายุ มาโรงพยาบาล และรายงาน แพทย์ พยาบาล ให้ทราบข้อมูล ของผู้สูงอายุ	-	1	-	-	-	1	6
รวม						18	100

จากตารางที่ 4-1 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม
ทำงานคนเดียวไม่ได้ ต้องอาศัยความร่วมมือกับแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์
จะต้องประสานงาน และส่งต่อหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้การทำงานมีความราบรื่นขึ้น โดยประกอบด้วย
แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุ
ตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 94
ของคำตอบรวม และมีความสามารถทำงานร่วมกับคนอื่น ได้ โดยเป็นผู้พาผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล
และรายงานแพทย์ พยาบาล ให้ทราบข้อมูลของผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน
1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-2 การติดต่อสื่อสาร

การติดต่อสื่อสาร	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการ พูดคุยประสานงานกัน กับผู้สูงอายุและเพื่อน ร่วมงานหรือทีม ทำให้ งานราบรื่นขึ้น โดยใช้ ทั้งวาจาและลายลักษณ์ อักษร	4	5	5	2	1	17	49
- ต้องพูดคุยกับผู้สูงอายุ ในการดูแลตามกิจวัตร ประจำวัน	4	5	5	2	1	17	49
- ในการพูดคุยกับ ผู้สูงอายุต้องใช้ภาษาที่ เข้าใจง่ายและชัดเจน เพราะผู้สูงอายุบางคน เป็นคนต่างจังหวัด หรือ มีความบกพร่องทาง การได้ยิน	-	1	-	-	-	1	2
รวม						35	100

จากตารางที่ 4-2 ผู้ให้การสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถในการพูดคุย
ประสานงานกันกับผู้สูงอายุและเพื่อนร่วมงานหรือทีม ทำให้ทำงานราบรื่นขึ้น โดยใช้ทั้งวาจา และ
ลายลักษณ์อักษร โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วย
พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน รวม
ทั้งหมดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 49 ของคำตอบรวม ต้องพูดคุยกับผู้สูงอายุในการดูแลตาม
กิจวัตรประจำวัน โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบจำนวน 5 คน ผู้ช่วย
พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คนครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน รวม

ทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 49 ของคำตอบรวมเท่ากันและในการพูดคุยกับผู้สูงอายุต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และชัดเจน เพราะผู้สูงอายุบางคนเป็นคนต่างจังหวัด หรือมีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-3 มีความมุ่งผลสัมฤทธิ์

ความมุ่งผลสัมฤทธิ์	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความรับผิดชอบในหน้าที่ให้สำเร็จในการดูแล โดยทีมแพทย์ พยาบาล ต้องมีการวางแผนหรือมีเป้าหมายร่วมกัน คือ ช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุให้เต็มที่ที่สุด	4	5	5	2	1	17	71
- มีความเข้าใจผู้สูงอายุและต้องมีความใจเย็น เพื่อความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุให้สำเร็จไปด้วยดี และเพื่อให้มีอายุที่ยืนยาว	1	-	3	2	1	7	29
รวม						24	100

จากตารางที่ 4-3 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความรับผิดชอบในหน้าที่ให้สำเร็จในการดูแล โดยทีมแพทย์ พยาบาล ต้องมีการวางแผนหรือมีเป้าหมายร่วมกัน คือ ช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุให้เต็มที่ที่สุด โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบจำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุจำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 71 ของคำตอบรวมและมีความเข้าใจผู้สูงอายุและต้องมี

ความใจเย็น เพื่อความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุให้สำเร็จไปด้วยดีและเพื่อให้มีอายุที่ยืนยาว โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบจำนวน 3 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 7 คน ของคำตอบรวม คิดเป็นร้อยละ 29 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-4 การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

การแก้ปัญหาและ การตัดสินใจ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- หากมีเหตุฉุกเฉิน ผู้ดูแล ต้องมีความสามารถใน การแก้ไขปัญหา เฉพาะหน้า และตัดสินใจ อย่างทันที่	1	3	3	-	1	8	25
- สามารถแก้ไขปัญหาและ ตัดสินใจได้อย่างมีนวล ตามสถานการณ์ และ แก้ไขปัญหาโดยการคิด เชิงบวก	-	3	2	2	-	7	21
- ใช้กระบวนการทาง พยาบาลในการประเมิน ปัญหาและแก้ไขปัญหา โดยการวิเคราะห์ วางแผน การนำไป ปฏิบัติการ และ ประเมินผล	4	5	5	2	1	17	54
รวม						32	100

จากตารางที่ 4-4 ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ หากมีเหตุฉุกเฉิน ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และตัดสินใจอย่างทันที่ โดยประกอบด้วย แพทย์

ตอบ จำนวน 1 คน พยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ของคำตอบรวม รองลงมา สามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างมีนวัตตามสถานการณ์ และแก้ไขปัญหาโดยการคิดเชิงบวก โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 21 ของคำตอบรวม และใช้กระบวนการทางพยาบาลในการประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหา โดยการวิเคราะห์ วางแผน การนำไปปฏิบัติการ และประเมินผล โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 54 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-5 ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเชิงบวก โดยการพลิกแพลงคิดแปลง เพื่อให้งานการดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ	4	5	5	2	1	17	65
- มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อบำบัดคนไข้ผู้สูงอายุด้วยวิธีการใหม่ ๆ เพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน	-	1	2	2	1	6	23

ตารางที่ 4-5 (ต่อ)

ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ในการดูแล ผู้สูงอายุ โดยการคิดและ สร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการสร้างอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ	-	2	1	-	-	3	12
รวม						26	100

จากตารางที่ 4-5 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเชิงบวก โดยการพลิกแพลงคิดแปลง เพื่อให้งานการดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ของคำตอบรวม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดกิจกรรมนันทนาการ เพื่อบำบัดคนไข้ผู้สูงอายุด้วยวิธีการใหม่ ๆ เพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 23 ของคำตอบรวมและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการคิดและสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการสร้างอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 2 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบจำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-6 จิตสำนึกการให้บริการ

จิตสำนึกการให้บริการ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีจิตสำนึกที่จะ ให้บริการหรือให้ ความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุด้วยความ เต็มใจ มีความ กระตือรือร้น เพื่อให้ ผู้สูงอายุเกิดความ พึงพอใจ และมี ความสามารถในการ ต้อนรับ	4	5	5	2	1	17	68
- มีจิตบริการ ทำงาน ด้วยใจ และมีเมตตา เห็นผู้สูงอายุเสมือน ญาติ และไม่หวัง ผลตอบแทน	-	3	4	-	1	8	32
รวม						25	100

จากตารางที่ 4-6 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ มีจิตสำนึกที่จะให้บริการหรือให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ มีความกระตือรือร้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและมีความสามารถในการต้อนรับ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน ของคำตอบรวม คิดเป็นร้อยละ 68 และมีจิตบริการ ทำงานด้วยใจ และมีเมตตา เห็นผู้สูงอายุเสมือนญาติ และไม่หวังผลตอบแทน โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 4 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 8 คน ของคำตอบรวม คิดเป็นร้อยละ 32 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-7 ความซื่อสัตย์สุจริต

ความซื่อสัตย์สุจริต	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- ทำงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต และมีคุณธรรม จริยธรรม	4	5	5	2	1	17	100
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-7 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ ทำงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริตและมีคุณธรรมจริยธรรม โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4-8 การปรับตัวและควบคุมตนเอง

การปรับตัวและควบคุม ตนเอง	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีใจรักในงาน และมี เมตตาในการทำงาน ทำ ให้มีการควบคุมอารมณ์ และมีการปรับตัวเข้ากับ เพื่อนร่วมงานและ ผู้สูงอายุได้ดี	4	5	5	2	1	17	74
- มีความเข้าใจธรรมชาติ ของคน ที่มีความแตกต่าง กัน โดยมีความอดทน อดกลั้น	1	4	-	1	-	6	26
รวม						23	100

จากตารางที่ 4-8 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีใจรักในงาน และมีเมตตาใน
การทำงาน ทำให้มีการควบคุมอารมณ์ และมีการปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมงานและผู้สูงอายุได้ดี โดย
ประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5
คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน
คิดเป็นร้อยละ 74 ของคำตอบรวมและมีความเข้าใจธรรมชาติของคนที่มีความแตกต่างกัน โดยมิ
ความอดทนอดกลั้นโดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 1 คน พยาบาลตอบ จำนวน 4 คน
ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 26 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-9 ถ่ายทอดให้ความรู้และการสอนที่เหมาะสม

ถ่ายทอดให้ความรู้และการ สอนที่เหมาะสม	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการ แนะนำว่าผู้สูงอายุควร ปฏิบัติตัวอย่างไร เมื่อ กลับไปพักผ่อนที่บ้าน	4	5	5	2	1	17	49
- มีความสามารถในการ ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนกัน ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความสุข ในการพูดคุยเรื่องในอดีต ดูแลผู้สูงอายุก็จะรับฟัง โดยมีมารยาทที่ดีและให้ เกียรติผู้สูงอายุ	3	5	5	2	1	16	46
- มีความสามารถในการ ถ่ายทอดและสอนให้ รุ่นน้องได้	1	1	-	-	-	2	5
รวม						35	100

จากตารางที่ 4-9 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถในการแนะนำว่า
ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตัวอย่างไร เมื่อกลับไปพักผ่อนที่บ้าน โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน

พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัว
 ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 49 ของคำตอบรวม มี
 ความสามารถในการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนกัน ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความสุขในการพูดคุยเรื่องในอดีต คุณแล
 ผู้สูงอายุก็จะรับฟัง โดยมีมารยาทที่ดีและให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน
 3 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน
 ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 46 ของคำตอบรวม
 และมีความสามารถในการถ่ายทอดและสอนให้รุ่นน้องได้ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน
 1 คน พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ของคำตอบรวม
 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-10 บุคลิกภาพที่ดี

บุคลิกภาพที่ดี	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสะอาดในการ แต่งกาย สุภาพ เหมาะสม มีการวางตัว ที่ดี น่าเชื่อถือ และมี กิริยาท่าทางที่สง่างาม เหมาะสมในอาชีพ	4	5	5	2	1	17	94
- ต้องมีหน้าตาที่ยิ้มแย้ม และต้องรู้จักให้เกียรติ ผู้สูงอายุ	-	-	1	-	-	1	6
รวม						18	100

จากตารางที่ 4-10 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ มีความสะอาดในการแต่งกาย สุภาพ
 เหมาะสม มีการวางตัวที่ดี น่าเชื่อถือ และมีกิริยาท่าทางที่สง่างามเหมาะสมในอาชีพ โดยประกอบ
 ด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน
 ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิด
 เป็นร้อยละ 17 ของคำตอบรวม และต้องมีหน้าตาที่ยิ้มแย้ม และต้องรู้จักให้เกียรติผู้สูงอายุ โดย

ประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-11 ภาวะผู้นำ

มีภาวะผู้นำ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีภาวะผู้นำ โดยการสั่งการให้งานนั้นสำเร็จ และมีการแก้ไขเฉพาะหน้าได้ทันทั่วทั้งที่	4	5	5	2	1	17	100
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-11 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ มีภาวะผู้นำ โดยการสั่งการให้งานนั้นสำเร็จและมีการแก้ไขเฉพาะหน้าได้ทันทั่วทั้งที่ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยเปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 4-12 นำความรู้ทั่วไปเพื่อเป็นเกร็ดไว้คุยกับผู้สูงอายุ

นำความรู้ทั่วไปเพื่อเป็นเกร็ดไว้คุยกับผู้สูงอายุ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- นำความรู้ทั่วไปทางวิชาการ เช่น ด้านสุขภาพ ด้านอาหาร ด้านสังคม ข่าวสารปัจจุบันไว้คุยแลกเปลี่ยนกับผู้สูงอายุ เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต	4	5	5	2	1	17	94

ตารางที่ 4-12 (ต่อ)

นำความรู้ทั่วไปเพื่อเป็น เกร็ดไว้คุยกับผู้สูงอายุ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- ผู้สูงอายุ จะพูดถึงเรื่องอดีต และผู้ดูแลควรถามผู้สูงอายุ คุย เพื่อให้ผู้สูงอายุลืมเรื่อง ที่เครียดไป เพื่อเป็นเกร็ดเล็ก เกร็ดน้อยไว้คุยกับผู้สูงอายุ	-	-	1	-	-	1	6
รวม						18	100

จากตารางที่ 4-12 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ นำความรู้ทั่วไปทางวิชาการ เช่น ด้านสุขภาพ ด้านอาหาร ด้านสังคม ข่าวสารปัจจุบัน ไว้คุยแลกเปลี่ยนกับผู้สูงอายุ เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 94 ของคำตอบรวม และผู้สูงอายุ จะพูดถึงเรื่องอดีต และผู้สูงอายุ จะพูดถึงเรื่องอดีต และผู้ดูแลควรถามผู้สูงอายุคุย เพื่อให้ผู้สูงอายุลืมเรื่องที่เครียดไป เพื่อเป็นเกร็ดเล็กเกร็ดน้อยไว้คุยกับผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-13 การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการ จัดการในการวางแผน ดำเนินงาน และควบคุม ให้งานดูแลผู้สูงอายุ สำเร็จไปได้ด้วยดีและ บรรลุวัตถุประสงค์	4	5	5	2	1	17	55

ตารางที่ 4-13 (ต่อ)

การบริหารจัดการ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการ จัดการและประสานงาน โดยมีการจูงใจเพื่อน ร่วมงานและผู้สูงอายุ เพื่อให้งานนั้นสำเร็จ	3	5	3	2	1	14	45
รวม						31	100

จากตารางที่ 4-13 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ คือ มีความสามารถในการจัดการในการวางแผนดำเนินงาน และควบคุมให้งานดูแลผู้สูงอายุสำเร็จไปได้ด้วยดีและบรรลุวัตถุประสงค์ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 55 ของคำตอบรวม มีความสามารถในการจัดการประสานงาน โดยมีการจูงใจเพื่อนร่วมงาน และผู้สูงอายุ เพื่อให้งานนั้นสำเร็จ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 3 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ของคำตอบรวม ตามลำดับ

ตารางที่ 4-14 การจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะโรค และการป้องกันความเจ็บป่วย
ปลอดภัยจากความเสียหายทางกายภาพ

การจัดการสภาพแวดล้อมให้ เหมาะสมกับภาวะโรคและ การป้องกันความเจ็บป่วย ปลอดภัยจากความเสียหาย ทางกายภาพ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการ วางแผน ในการจัด สภาพแวดล้อม เช่น สถานที่ แสง สี เสียง อุณหภูมิ บรรยากาศ ให้ เหมาะสมกับภาวะโรค	4	5	5	2	1	17	41
- มีการจัดสภาพแวดล้อมให้ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อ ผู้สูงอายุ คือ ความเสี่ยง อันดับแรก คือ ถ้าไม่ แข็งแรง ก็จะเกิดการ พลัดตกหกล้มได้ ต้องมี ความระมัดระวัง	2	5	5	2	1	15	37
- จัดสถานที่ให้เหมาะสม ปลอดภัย ให้สะอาด ปลอดเชื้อโรค โดยมี การคัดแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ไปอยู่อีกห้องหนึ่ง	-	5	4	-	-	9	22
รวม						41	100

จากตารางที่ 4-14 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถในการวางแผน
ดำเนินงานในการจัดสภาพแวดล้อม เช่น สถานที่ แสง สี เสียง อุณหภูมิ บรรยากาศ ให้เหมาะสมกับ
ภาระโรค โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาล
ตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด
จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ของคำตอบรวม มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
ไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุ คือ ความเสี่ยงอันดับแรก คือ ถ้าไม่แข็งแรง ก็จะเกิดการพลัดตก
หกล้มได้ ต้องมีความระมัดระวัง โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 2 คน พยาบาลตอบ จำนวน
5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบจำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน
1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37 ของคำตอบรวม และจัดสถานที่ให้เหมาะสม
ปลอดภัย ให้สะอาด ปลอดภัยโรค โดยมีการคัดแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อไปอยู่อีกห้องหนึ่ง โดย
ประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบจำนวน 4 คน รวมทั้งหมด จำนวน
9 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ของคำตอบรวม ตามลำดับ

ตารางที่ 4-15 ความสามารถในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย

ความสามารถในการดูแล สุขภาพและความปลอดภัย	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
- มีความสามารถในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง ขึ้น ปลอดภัยจากการเจ็บป่วย โดยมีความเสี่ยงอันตราย น้อยที่สุด	4	5	5	2	1	17	63
- ดูแลสภาพแวดล้อมที่อาจ ไม่พร้อมในการใช้งาน เช่น ประตูหลุด ต้อง มีไม้กั้นเตียง	2	3	4	-	1	10	37
รวม						27	100

จากตารางที่ 4-15 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถในการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรงขึ้น ปลอดภัยจากการเจ็บป่วย โดยมีความเสี่ยงอันตรายน้อยที่สุด โดย
ประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน

5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 63 ของคำตอบรวม และดูแลสุขภาพแวดล้อมที่อาจไม่พร้อมในการใช้งาน เช่น ประตู หลุด ต้องมีไม้กั้นเตียงโดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 2 คน พยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ผู้ช่วย พยาบาลตอบ จำนวน 4 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 10 คน คิดเป็น ร้อยละ 37 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-16 ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดการและประเมินผลลัพธ์

ความสามารถในการใช้ กระบวนการพยาบาลใน การจัดการและประเมิน ผลลัพธ์	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการใช้ กระบวนการพยาบาล เบื้องต้น เป็นเครื่องมือ สำคัญ ทุกขั้นตอนในการ พยาบาล คือ การประเมิน ปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ ประเมินผล หลังจากนั้น รายงานแพทย์ พยาบาล ให้ทราบข้อมูลผู้สูงอายุ	4	4	5	2	1	16	55
- มีความรู้ทางพยาบาล โรคต่าง ๆ และมี ความสามารถในการ ทำแผล	3	2	5	1	1	12	41
- ไม่ต้องมีความสามารถใน เรื่องกระบวนการพยาบาล ในการจัดการและ ประเมินผล	-	1	-	-	-	1	4
รวม						29	100

จากตารางที่ 4-16 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ มี มีความสามารถในการใช้ กระบวนการพยาบาลเบื้องต้น เป็นเครื่องมือสำคัญ ทุกขั้นตอนในการพยาบาล คือ การประเมิน ปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ ประเมินผล หลังจากนั้นรายงานแพทย์ พยาบาล ให้ทราบ ข้อมูลผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 4 คน ผู้ช่วย พยาบาลตอบจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวม ทั้งหมด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 55 ของคำตอบรวม มีความรู้ทางพยาบาล โรคต่าง ๆ และมีความสามารถในการทำแผลโดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 3 คน พยาบาลตอบ จำนวน 2 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ของคำตอบรวม และไม่ต้องมีความสามารถในเรื่อง กระบวนการพยาบาลในการจัดการและประเมินผล พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-17 ความสามารถในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ และชุมชน

ความสามารถในการให้ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชน	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการให้ คำปรึกษา โดยการมีความ เข้าใจกับสิ่งที่ปัญหา การแก้ไขปัญหา และให้ แนวทาง ในเรื่องการดูแล สุขภาพ อาหาร โรค และ สิทธิของผู้สูงอายุ	4	5	4	2	1	16	94
- ให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุ ต้องมีความรู้ในเรื่อง จิตวิทยาสังคม เพื่อเข้าใจ ในเรื่องธรรมชาติของ มนุษย์ ซึ่งมีความแตกต่าง ของบุคคล	-	1	-	-	-	1	6
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-17 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถในการให้คำปรึกษา โดยการมีความเข้าใจกับสิ่งที่ปัญหา การแก้ไขปัญหา และให้แนวทางในเรื่องการดูแลสุขภาพ อาหาร โรค และสิทธิของผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 4 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 94 ของคำตอบรวม ให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุ ต้องมีความรู้ในเรื่องจิตวิทยาสังคม เพื่อเข้าใจในเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีความแตกต่างของบุคคล โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของคำตอบรวม ตามลำดับ

ตารางที่ 4-18 มีวิชาชีพอย่างมีจริยธรรม

การมีวิชาชีพอย่างมีจริยธรรม	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- ต้องไม่เลือกปฏิบัติ ต้องมีความซื่อสัตย์ มีจริยธรรม และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสูงอายุ	2	4	5	1	1	13	59
- ในการสื่อสารการพูดจากับผู้สูงอายุต้องระวังคำพูด และมีจรรยาบรรณในการทำงาน	3	3	2	-	1	9	41
รวม						22	100

จากตารางที่ 4-18 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ ต้องไม่เลือกปฏิบัติ ต้องมีความซื่อสัตย์ มีจริยธรรม และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสูงอายุ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 2 คน พยาบาลตอบจำนวน 4 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบจำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 59 ของคำตอบรวม ในการสื่อสารการพูดจากับผู้สูงอายุต้องระวังคำพูด และมีจรรยาบรรณในการทำงาน โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 3 คน พยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ของคำตอบรวม ตามลำดับ

ตารางที่ 4-19 ความตระหนักปัญหา สาเหตุ และร่วมมือแก้ไข และมีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความตระหนักปัญหา สาเหตุ และร่วมมือแก้ไข และมีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- ต้องมีความตระหนักถึงปัญหา สาเหตุ และร่วมมือกันแก้ไข โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยให้อำนาจแก่ผู้สูงอายุ (Empowerment) เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง (Self esteem)	4	5	5	2	1	17	100
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-19 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ มีความตระหนักปัญหา สาเหตุ และร่วมมือแก้ไข และมีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ต้องมีความตระหนักถึงปัญหา สาเหตุ และร่วมมือกันแก้ไข โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยให้อำนาจแก่ผู้สูงอายุ (Empowerment) เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง (Self esteem) โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละเช่นเดียวกับลำดับ

ตารางที่ 4-20 ความสามารถในการร่วมทำงานร่วมกับกับสหวิชาชีพ

ความสามารถในการร่วมทำงานร่วมกับกับสหวิชาชีพ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการร่วมทำงานในการวางแผนร่วมกันกับสหวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์ และอื่น ๆ และสามารถอ่านศัพท์ทางการแพทย์ และมีความเข้าใจในเรื่องยา โดยสามารถอ่านฉลากยาได้	4	5	5	2	1	17	100
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-20 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ มีความสามารถในการร่วมทำงานในการวางแผนร่วมกันกับสหวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์ และอื่น ๆ และสามารถอ่านศัพท์ทางการแพทย์และมีความเข้าใจในเรื่องยา โดยสามารถอ่านฉลากยาได้ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยเปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 4-21 การใช้เครื่องมือทางการแพทย์

การใช้เครื่องมือทางการแพทย์	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถใช้เครื่องมือทางการแพทย์เบื้องต้นได้ เช่น การวัดความดัน การวัดอุณหภูมิ โดยใช้ปรอท ให้ออกซิเจน ฟันยา เจาะเลือด ทำอาหารและให้อาหารทางสายยาง การใช้เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ ช่วยหยิบเครื่องมือทางการแพทย์ เมื่อคุณหมอสั่ง สามารถนวดยาได้ เวลาผู้ป่วยสูงอายุกลับไปที่บ้าน	4	5	5	2	1	17	94
- ทำความสะอาดเบื้องต้น และดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ได้	-	1	-	-	-	1	6
รวม						18	100

จากตารางที่ 4-21 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ มี คือ มีความสามารถใช้เครื่องมือทางการแพทย์เบื้องต้นได้ เช่น การวัดความดัน การวัดอุณหภูมิโดยใช้ปรอท ให้ออกซิเจน ฟันยา เจาะเลือด ทำอาหาร และให้อาหารทางสายยาง การใช้เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ ช่วยหยิบเครื่องมือทางการแพทย์ เมื่อคุณหมอสั่ง สามารถนวดยาได้ เวลาผู้ป่วยสูงอายุกลับไปที่บ้าน โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 94 ทำความสะอาดเบื้องต้น และดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ได้ โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-22 ความสามารถในการใช้เทคนิควิธีในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งออกจาก
ร่างกายและการให้ยาผู้สูงอายุ

ความสามารถในการใช้เทคนิควิธี ในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัด หลั่งออกจากร่างกายและการให้ยา ผู้สูงอายุ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการจัดการ เบื้องต้น กับเลือด สิ่งคัดหลั่ง ได้แก่ น้ำเหลือง น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ ปัสสาวะ อุจจาระ โดย สามารถแยกผ้าเปื้อนเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง เพื่อทิ้งขยะ หรือต้องทำลาย ต้องทำ อย่างไร จึงจะถูกต้อง และต้อง มีความรู้เรื่องยาว่าผู้สูงอายุกิน ยาอะไรอยู่ ให้กินตามแพทย์ สั่งและติดตามรายงานแพทย์ และพยาบาล	4	4	5	2	1	16	94
- ไม่ต้องมีความสามารถในการ ใช้เทคนิควิธีในการจัดการกับ เลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง เนื่องจากไม่ใช่หน้าที่ของ ผู้ดูแล	-	1	-	-	-	1	6
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-22 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถในการจัดการ
เบื้องต้นกับเลือด สิ่งคัดหลั่ง ได้แก่ น้ำเหลือง น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ ปัสสาวะ อุจจาระ โดยสามารถ
แยกผ้าเปื้อนเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง เพื่อทิ้งขยะหรือต้องทำลาย ต้องทำอะไร จึงจะถูกต้อง และต้อง
มีความรู้เรื่องยาว่าผู้สูงอายุกินยาอะไรอยู่ ให้กินตามแพทย์สั่ง และติดตามรายงานแพทย์และพยาบาล

โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 4 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 94 ของคำตอบรวม และไม่ต้องมีความสามารถในการใช้เทคนิควิธีในการจัดการกับเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง เนื่องจากไม่ใช่หน้าที่ของผู้ดูแล โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-23 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ

ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจ ต้องเข้าใจและมีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ	4	5	5	2	1	17	61
- ต้องให้เกียรติกับผู้สูงอายุ และดูแลผู้สูงอายุด้วยจิตใจที่รักในงานการดูแลผู้สูงอายุ	2	3	4	1	1	11	39
รวม						28	100

จากตารางที่ 4-23 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจ ต้องเข้าใจและมีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 61 ของคำตอบรวม และต้องให้เกียรติกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยจิตใจที่รักในงานการดูแลผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 2 คน พยาบาลตอบจำนวน 3 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 4 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบจำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 39 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-24 ความเข้าใจนโยบายสุขภาพและนโยบายสังคม

ความเข้าใจนโยบายสุขภาพและนโยบายสังคม	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความเข้าใจในเรื่องนโยบายสุขภาพ และนโยบายสังคม และเข้าถึงการใช้บริการสาธารณสุข	4	4	5	2	1	16	88
- ไม่จำเป็นต้องมีความรู้ในนโยบายสาธารณะ และนโยบายสุขภาพ	-	1	-	-	-	1	6
- ควรเข้าใจนโยบายขององค์กรก็เพียงพอแล้ว	-	1	-	-	-	1	6
รวม						18	100

จากตารางที่ 4-24 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ คือ มีความเข้าใจในเรื่องนโยบายสุขภาพและนโยบายสังคม และเข้าถึงการใช้บริการสาธารณสุข โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 4 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 16 คน คิดเป็นร้อยละ 88 ของคำตอบรวม ไม่จำเป็นต้องมีความรู้ในนโยบายสาธารณะและนโยบายสุขภาพ โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของคำตอบรวม ควรเข้าใจนโยบายขององค์กรก็เพียงพอแล้ว โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบจำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของคำตอบรวมเท่ากัน

ตารางที่ 4-25 ความสามารถในการใช้ความรู้และแหล่งทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพ และ
 สุขศึกษาการป้องกันโรคและประเมินผลสุขภาพ

ความสามารถในการใช้ ความรู้และแหล่งทรัพยากร ในการส่งเสริมสุขภาพและ สุขศึกษาการป้องกันโรค และประเมินผลสุขภาพ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีการส่งเสริมสุขภาพการ จัดนันทนาการ โดย การจัดกิจกรรมตามความ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมจริยธรรม จะ ทำบุญใส่บาตรชมรม ดนตรีไทย ร้องเพลง คาราโอเกะ การออกกำลังกาย ไทเก๊ก ให้อาหารปลา โดย สนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ที่มี ความสามารถเป็นผู้นำ กลุ่มกันเอง ที่ให้เกิด ปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้สูงอายุกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4	5	5	2	1	17	100
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-25 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีการส่งเสริมสุขภาพ การจัด
 นันทนาการ โดยการจัดกิจกรรมตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมจริยธรรม จะทำบุญ
 ใส่บาตร ชมรมดนตรีไทย ร้องเพลงคาราโอเกะ การออกกำลังกาย ไทเก๊ก ให้อาหารปลา โดย
 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถเป็นผู้นำกลุ่มกันเอง ที่ให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่าง

ผู้สูงอายุกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4-26 ความเข้าใจการบำบัดพื้นบ้านของบุคคล ครอบครัว ชุมชน

ความเข้าใจการบำบัด พื้นบ้านของบุคคล ครอบครัว ชุมชน	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความเข้าใจในการ บำบัดพื้นบ้าน เช่น ภูมิปัญญาชาวบ้านหรือ การรักษาด้วยแพทย์แผน ไทย เช่น สมุนไพร นวด ผ่อนคลาย นวดกดจุด	4	3	3	2	-	12	70
- ก่อนที่จะมีการบำบัด พื้นบ้าน เช่น แพทย์แผน ไทยหรืออื่น ๆ จะต้อง นำมาปรึกษาแพทย์ พยาบาลญาติผู้สูงอายุ ก่อน	-	1	1	-	-	2	12
- รักษาด้วยแพทย์แผน ปัจจุบัน คือ ไป โรงพยาบาลมากกว่า และ จะไม่ใช้สมุนไพรใน การบำบัด	-	1	1	-	1	3	18
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-26 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ มีความเข้าใจการบำบัดพื้นบ้าน เช่น ภูมิปัญญาชาวบ้านหรือ การรักษาด้วยแพทย์แผนไทย เช่น สมุนไพร นวดผ่อนคลาย นวดกดจุด โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ผู้สูงอายุตอบจำนวน 2 คน รวมทั้งหมด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ของคำตอบรวม ก่อนที่จะมีการบำบัดพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทยหรืออื่น ๆ จะต้องนำมาปรึกษาแพทย์ พยาบาล ญาติผู้สูงอายุก่อน โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ของคำตอบรวม และรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน คือ ไปโรงพยาบาลมากกว่า และจะไม่ใช้สมุนไพรในการบำบัด โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 1 คน ครอบครัว ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 18 ของคำตอบรวม ตามลำดับ

ตารางที่ 4-27 ทักษะการสอน การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร และให้การดูแลผู้สูงอายุ

ทักษะการสอน การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร และให้การดูแลผู้สูงอายุ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีการถ่ายทอดหรือการให้ความรู้ โดยการสอนและแนะนำอย่างเหมาะสม แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุ	4	4	5	2	1	16	88
- มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ โดยการค่อย ๆ พูดช้า ๆ อย่างชัดเจน	-	-	1	-	-	1	6
- ไม่ต้องมีทักษะการสอน	-	1	-	-	-	1	6
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-27 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ คือ มีการถ่ายทอดหรือการให้ความรู้ โดยการสอนและแนะนำอย่างเหมาะสม แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุ โดย

ประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 4 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 88 ของคำตอบรวม มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ โดยการค่อย ๆ พูดซ้ำ ๆ อย่างชัดเจน โดยประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของคำตอบรวม ไม่ต้องมีทักษะการสอน โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 เท่ากัน

ตารางที่ 4-28 ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

ความสามารถในการฟื้นฟู สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการ ฟื้นฟูทางร่างกาย เช่น การออกกำลังกายให้ แข็งแรง ฟื้นฟูทางสังคม เช่น การเข้าชมรมหรือ รายกลุ่ม ทำกิจกรรม ต่าง ๆ และฟื้นฟูทางด้าน จิตใจและวิญญาณ โดย การฟังธรรมะ ฟังเจริญ เมตตาต่อกัน	4	5	5	2	1	17	100
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-28 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถในการฟื้นฟูทางร่างกาย เช่น การออกกำลังกายให้แข็งแรง ฟื้นฟูทางสังคม เช่น การเข้าชมรมหรือรายกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ และฟื้นฟูทางด้านจิตใจ และวิญญาณ โดยการฟังธรรมะ ฟังเจริญเมตตาต่อกัน โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4-29 ความสามารถในการทำความสะอาดพื้น การซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การป้อนอาหาร และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ความสามารถในการทำ ความสะอาดพื้น การซัก ล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การ อาบน้ำ การป้อนอาหาร และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการทำ ความสะอาดการซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การ อาบน้ำการป้อนอาหาร เป็นกิจวัตรประจำวันใน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	4	5	5	2	1	17	100
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-29 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ คือ มีความสามารถในการทำความสะอาด การซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การป้อนอาหาร เป็นกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4-30 ความสามารถในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุได้

ความสามารถในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุได้	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- ผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ โดยการแนะนำการเตรียมตัวเวลากลับไปพักฟื้นที่บ้าน เช่น ต้องกินยาอย่างไร การให้อาหารทางสายยาง การเจาะเลือด	4	4	3	1	-	12	70
- การวางแผนและจำหน่ายผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์ ไม่ใช่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	-	1	2	1	1	5	30
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-30 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ ผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ โดยการแนะนำ การเตรียมตัวเวลากลับไปพักฟื้นที่บ้าน เช่น ต้องกินยาอย่างไร การให้อาหารทางสายยาง การเจาะเลือด โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 4 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบจำนวน 3 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ของคำตอบรวม และการวางแผนและจำหน่ายผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์ ไม่ใช่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยประกอบ ด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-31 ความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบ การดูแลผู้สูงอายุ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ในการจัดระบบตั้งแต่ รับเข้าผ่านกระบวนการ ดูแลและจำหน่ายออก	3	3	3	-	-	9	52
- ในการวางแผนการ ดำเนินการการควบคุมใน ระบบ ปัจจัยนำเข้า ผ่าน กระบวนการ และการ จำหน่ายออก ไม่ได้เป็น หน้าที่ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาล	-	2	2	2	1	7	41
- สำหรับบ้านพักคนชรา ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการ รับเข้า ผ่านกระบวนการ ดูแล แต่ไม่สามารถ จำหน่ายออกได้ นอกจาก ญาติของผู้สูงอายุเท่านั้น	1	-	-	-	-	1	7
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-31 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดระบบ ตั้งแต่รับเข้าผ่านกระบวนการดูแลและจำหน่ายออก โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 3 คน พยาบาลตอบจำนวน 3 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 52 ของคำตอบรวม ในการวางแผนการดำเนินการ การควบคุมในระบบ ปัจจัยนำเข้าผ่านกระบวนการและการจำหน่ายออก ไม่ได้เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่ของแพทย์

พยาบาล โดยประกอบ ด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 2 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ของคำตอบรวม สำหรับบ้านพักคนชรา ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรับเข้า ผ่านกระบวนการดูแล แต่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้ นอกจากญาติของผู้สูงอายุเท่านั้น โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7 ของคำตอบรวมตามลำดับ

ตารางที่ 4-32 ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง คิดใหม่ ทำใหม่ จะทำให้งานนั้นดีขึ้น บางทีอาจจะคิดและทำในเรื่องนวัตกรรมในการดูแลใหม่ ๆ	4	5	2	1	1	13	72
- ไม่ต้องมีความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงแต่เป็นผู้ตามที่ดี	-	-	3	1	-	4	22
- ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงบางครั้งต้องปรึกษาทีมแพทย์พยาบาลก่อน	-	1	-	-	-	1	6
รวม						18	100

จากตารางที่ 4-32 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง คิดใหม่ทำใหม่ จะทำให้งานนั้นดีขึ้นบางทีอาจจะคิดและทำในเรื่องนวัตกรรมในการดูแลใหม่ ๆ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 72 ของคำตอบรวม ไม่ต้องมีความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง แต่เป็น

ผู้ตามที่ตี โดยประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 3 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ของคำตอบรวม และในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง บางครั้งต้องปรึกษาทีมแพทย์พยาบาลก่อน โดยประกอบด้วย พยาบาลตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของคำตอบรวม ตามลำดับ

ตารางที่ 4-33 ความสามารถในการควบคุมการติดเชื้อ

ความสามารถในการควบคุมการติดเชื้อ	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- มีความสามารถในการควบคุม การติดเชื้อ และมี การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ โรค โดย ทำความสะอาดและ การระบายอากาศ	4	5	5	2	1	17	100
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-33 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ มีความสามารถในการควบคุมการติดเชื้อ และมีการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ โรค โดยทำความสะอาดและการระบายอากาศ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบจำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบจำนวน 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4-34 การฝึกฝนป้องกันไฟไหม้

การฝึกฝนป้องกันไฟไหม้	แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วย พยาบาล	ผู้สูง อายุ	ครอบครัว ผู้สูงอายุ	รวม	ร้อยละ
- ต้องมีการฝึกซ้อมในการเตรียมความพร้อมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในท่าที่ถูกต้อง และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากที่เกิดเหตุ เมื่อเกิดไฟไหม้ขึ้น จะต้องมี การดับเพลิง โดยการใช้อัตโนมัติดับเพลิงดับไฟ	4	5	5	2	1	17	100
รวม						17	100

จากตารางที่ 4-34 ผู้ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบ คือ ต้องมีการฝึกซ้อมในการเตรียมความพร้อมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในท่าที่ถูกต้อง และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากที่เกิดเหตุ เมื่อเกิดไฟไหม้ขึ้น จะต้องมี การดับเพลิง โดยการใช้อัตโนมัติดับเพลิงดับไฟ โดยประกอบด้วย แพทย์ตอบ จำนวน 4 คน พยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้ช่วยพยาบาลตอบ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุตอบ จำนวน 2 คน ครอบครัวผู้สูงอายุตอบ จำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 100

จากการวิเคราะห์นำมาสร้างแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

รูปแบบสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ มี 3 สมรรถนะ

1. สมรรถนะหลัก
2. สมรรถนะหน้าที่
3. สมรรถนะการจัดการ

1. สมรรถนะหลัก

1.1 การทำงานเป็นทีม

a13 สามารถร่วมทำงานและวางแผนกับทีมงานแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์

a12 มีความสามารถทำงานร่วมกับคนอื่นได้โดยเป็นผู้พาผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล และรายงานแพทย์ พยาบาลให้ทราบข้อมูลของผู้สูงอายุ

a11 มีการทำงานประสานงาน ร่วมกับแพทย์ พยาบาล ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดี

1.2 การติดต่องาน

a21 รับฟังเวลาผู้สูงอายุคุยโดยมีมารยาทที่ดีและให้เกียรติผู้สูงอายุ

a24 มีความสามารถในการแนะนำแก่ผู้สูงอายุและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

a25 มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ต้องค่อย ๆ พูดช้า อย่างชัดเจน

a22 มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารโดยการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน

a23 มีความสามารถในการพูดคุยประสานงานกันกับผู้สูงอายุและเพื่อนร่วมงานหรือทีมงาน

1.3 ความมุ่งสัมฤทธิ์ของงานด้านความเที่ยงธรรม

a32 มีความเข้าใจผู้สูงอายุและต้องมีความใจเย็นเพื่อความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุให้สำเร็จไปด้วยดี

a31 มีการพยายามปรับปรุงงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

1.4 ความคิดสร้างสรรค์

a43 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดกิจกรรมนันทนาการ เพื่อบำบัดคนไข้ผู้สูงอายุด้วยวิธีการใหม่ ๆ เพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน

a41 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์โดยหาวิธีใหม่ ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเชิงบวก เพื่อให้งานดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

a42 มีการคิดและสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการสร้างอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ในการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุให้สะดวกสบายขึ้น

1.5 จิตบริการ

a51 มีจิตสำนึกการให้บริการหรือให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจและมีความกระตือรือร้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและบรรลุในสิ่งที่ต้องการ โดยมีความใจเย็นและมีความสามารถในการต้อนรับ

a52 มีใจรักการบริการ ใจเย็น มีเมตตาทำงานด้วยใจ เห็นผู้สูงอายุเสมือนญาติ และไม่หวังผลตอบแทน

1.6 ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม

a63 ทำงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริต

a62 ต้องไม่เลือกปฏิบัติและมีจริยธรรม

a64 มีคุณธรรมจริยธรรม

a61 คุณแลและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างมีจริยธรรม

1.7 ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ

a71 ชวนผู้สูงอายุคุยในเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจเพื่อให้ผู้สูงอายุลืมในเรื่องเดิม ๆ ในอดีต และคลายความเครียด

a72 มีความรู้ทางวิชาการและสุขภาพหรือเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจเพื่อเป็นเกร็ดความรู้ไว้คุยกับผู้สูงอายุ

2. สมรรถนะหน้าที่

2.1 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย

c15 มีความสามารถในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น โดยมีความเสี่ยงอันตรายน้อยที่สุด

c22 มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุ โดยจัดสถานที่ที่เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย และปลอดภัยโรค

c18 มีความสามารถในการใช้ความรู้และแหล่งทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพและ สุขศึกษา เช่น การจัดนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกาย การเข้าชมรมดนตรีไทย ชมรมจริยธรรม ได้ใส่บาตร ทำบุญ นั่งสมาธิ

c16 มีความเข้าใจนโยบายสุขภาพและสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้ ดีขึ้น

c19 การนันทนาการสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

c14 การให้ผู้สูงอายุมีพลังอำนาจในตัวเองเพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่า ในตัวเอง

c21 มีความสามารถในการจัดสภาพแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ แสงสี เสียง บรรยากาศ ให้มีความเหมาะสมกับสภาวะโรค ร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ

c11 มีความสามารถในการบำบัดฟื้นฟู ทางด้านจิตวิญญาณให้ดีขึ้น โดยการฟังธรรม มะ ฝึกเจริญเมตตา

c24 มีความตระหนักถึงปัญหา สาเหตุ และร่วมมือแก้ไขปัญหอันเกิดจากความ เจ็บป่วย

c26 มีความสามารถในการบำบัดฟื้นฟู ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมให้ดีขึ้น

c20 ตรวจสอบและดูแลสภาพแวดล้อมที่ไม่พร้อมใช้งาน โดยการระมัดระวัง

c17 มีความเข้าใจนโยบายขององค์กรในการดูแลผู้สูงอายุ

c13 มีความสามารถในการควบคุมการติดเชื้อ โดยการคัดแยกผู้ป่วยออกจากคนปกติ

c23 มีความเข้าใจการบำบัดที่บ้าน เช่น การนำเอาภูมิปัญญาชาวบ้าน และแพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ

c12 มีความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อ

c25 การบำบัดที่บ้าน เช่น แพทย์แผนไทยหรืออื่น ๆ จะต้องนำมาปรึกษาแพทย์พยาบาลก่อน

2.2 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ

c29 มีการแต่งกายที่เหมาะสม สะอาด และกริยามารยาท ท่าทาง บุคลิกภาพ ที่สง่างาม น่าเชื่อถือ และมีความเหมาะสมในอาชีพ

c28 ต้องมีใจรักในงานและมีเมตตาในการทำงาน โดยมีความอดทนอดกลั้น และเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ที่มีความแตกต่างพร้อมยอมรับความแตกต่าง

c27 มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมและควบคุมอารมณ์ของตนเองได้

c30 ต้องมีความรู้ทางจิตวิทยาสังคมเพื่อเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งมีความแตกต่างกัน

2.3 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ

c32 ทำความสะอาดและดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ได้

c31 มีความสามารถในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เบื้องต้นได้ เช่น การใช้เครื่องมือวัดความดัน การวัดไข้โดยใช้ปรอท การเจาะหาน้ำตาลในเลือด การอาหารทางสายยาง และอื่น ๆ

2.4 ความสามารถในการจัดการกับเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง

c41 มีความสามารถในการใช้เทคนิควิธีการจัดการกับเลือด หรือน้ำมูก น้ำลาย น้ำเหลือง เสมหะ ปัสสาวะ อุจจาระ

2.5 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ

c53 ต้องมีหน้าตาที่ยิ้มแย้มและต้องรู้จักให้เกียรติผู้สูงอายุ

c52 ต้องให้เกียรติกับผู้สูงอายุและดูแลผู้สูงอายุด้วยจิตใจที่รักงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

c51 มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความรู้สึกรับฟัง ความเข้าใจและมีความเอื้ออาทรและให้เกียรติกับผู้สูงอายุ

2.6 ความรับผิดชอบในงาน

c64 ต้องมีความรู้ในเรื่องยาโดยให้ผู้สูงอายุทานยาตามแพทย์สั่งได้

c69 พยาบาลเบื้องต้น

c67 มีการฝึกฝนในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อเกิดเพลิงไหม้

c68 ต้องมีความรู้ในการใช้ถังดับไฟ

c65 มีความสามารถในการซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การป้อนอาหาร และ การดูแลผู้สูงอายุ

c66 มีความสามารถในการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

c611 ต้องมีความรู้ในการแนะนำญาติผู้สูงอายุ การเตรียมอาหารทางสายยาง การเจาะเลือด การให้ยา การจัดสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน

c610 มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโดยการแนะนำการเตรียมพร้อม เมื่อผู้สูงอายุกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

c63 สามารถอ่านศัพท์ทางการแพทย์และมีความเข้าใจในเรื่องยาโดยอ่านฉลากได้

c61 มีส่วนร่วมในการพัฒนาในเรื่องการวางแผน การดำเนินงาน และการควบคุม การกำกับติดตามระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุ

c62 มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัจจัยนำเข้า (รับผู้สูงอายุมาดูแล) ผ่านกระบวนการ (ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ) และผ่านไปสู่ปัจจัยนำออก (จำหน่ายผู้สูงอายุออก) ได้

3. สมรรถนะการจัดการ

3.1 ความสามารถในการจัดการ

b11 มีความสามารถในการจัดการในการวางแผน ดำเนินงาน และควบคุมในทีมงานดูแล ผู้สูงอายุสำเร็จไปด้วยดีและบรรลุวัตถุประสงค์

b12 มีความสามารถในการจัดการและประสานงาน โดยมีการจูงใจเพื่อนร่วมงานและผู้สูงอายุเพื่อให้งานนั้นสำเร็จ

3.2 ภาวะผู้นำ

b22 มีภาวะผู้นำโดยมีความสามารถในการสั่งการ หรือการนำในการปฏิบัติงานให้ งานนั้นสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

b23 ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องปรึกษาทีมแพทย์ พยาบาลก่อน

b21 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่าง ๆ ได้ในการปฏิบัติงาน ดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

3.3 การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ

b32 มีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและตัดสินใจอย่างทันที่ทั้งที่หากมีเหตุฉุกเฉิน

b31 มีความสามารถในการให้คำปรึกษา แนะนำ แก่ผู้สูงอายุได้

b35 มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างเร่งด่วน

b36 มีทักษะการถ่ายทอด การแนะนำและการแก้ไขปัญหา

b34 มีความสามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างมีนัยตามสถานการณ์ และแก้ไขปัญหาโดยการคิดเชิงบวก

b33 มีความสามารถในการประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาโดยวิเคราะห์วางแผน การปฏิบัติการ และประเมินผล

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมทางด้านการวิจัย

ตอนที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4-35 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	96	24
หญิง	304	76
อายุ		
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	216	54.0
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	178	44.5
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป	6	1.5
สถานะภาพ		
โสด	61	15.3
สมรส	201	50.3
หม้าย/ หย่าร้าง	138	34.5

ตารางที่ 4-35 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
อาชีพก่อนเกษียณ		
ข้าราชการ	97	24.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	25	6.3
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	31	7.8
ธุรกิจส่วนตัว	87	21.8
รับจ้าง	88	22.0
อื่น ๆ (โพรคระบุ)	72	18.0
มีจำนวนบุตรในครอบครัว		
1-2 คน	176	44.0
3-4 คน	107	26.8
5-6 คน	28	7.0
7 คน ขึ้นไป	12	3.0
ไม่มีบุตร	77	19.3
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	7.0
ประถมศึกษา	117	29.3
มัธยมศึกษา	102	25.5
อนุปริญญา	47	11.8
ปริญญาตรี	77	19.3
สูงกว่าปริญญาตรี	29	7.3

ตารางที่ 4-35 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	99	24.8
น้อยกว่า 5,000 บาท	62	15.5
5,000-10,000 บาท	75	18.8
10,001-15,000 บาท	50	12.5
15,001-20,000 บาท	29	7.3
20,001-25,000 บาท	26	6.5
25,001-30,000 บาท	28	7.0
มากกว่า 30,000 บาท	31	7.8

จากตารางที่ 4-35 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 400 คน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้ดังนี้

1. เพศ ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมา เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 24
2. อายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมา ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 70-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.5 อายุมากกว่า 89 ปี ขึ้นไป น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.5
3. สถานภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมา มีสถานภาพหม้าย/ หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 34.5 มีสถานภาพโสด น้อยที่สุด คิดเป็น 15.3
4. อาชีพก่อนเกษียณ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพก่อนเกษียณ มากที่สุด คือ อาชีพข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 24.3 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 22 ผู้สูงอายุมีอาชีพก่อนเกษียณ น้อยที่สุด คือ อาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 6.3
5. จำนวนบุตรในครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมา จำนวนบุตรในครอบครัว 3-4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 มีจำนวนบุตรในครอบครัว 7 คน ขึ้นไป น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3

6. การศึกษาสูงสุด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุด คือ จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29.3 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.5 จบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.3

7. รายได้ต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 24.8 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.8 และมีรายได้ต่อเดือน 20,001-25,000 บาท น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.5

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้านของสมรรถนะ

ตารางที่ 4-36 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม

การพัฒนาสมรรถนะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับ ที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
1. สมรรถนะหลัก	3.40	0.795	ปานกลาง	3.96	0.685	มาก	0.14	3
2. สมรรถนะการจัดการ	3.28	0.794	ปานกลาง	3.88	0.702	มาก	0.16	2
3. สมรรถนะหน้าที่	3.26	0.812	ปานกลาง	3.95	0.747	มาก	0.18	1
รวม	3.31	0.762	ปานกลาง	3.93	0.683	มาก	0.16	

จากตารางที่ 4-36 พบว่า สภาพปัจจุบัน สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$, $SD = 0.762$) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านสมรรถนะหลัก มากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.795$) รองลงมา คือ ด้านสมรรถนะการจัดการ ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.794$) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านสมรรถนะหน้าที่ น้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.26$, $SD = 0.812$) อยู่ในระดับปานกลาง

ความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.683$) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านสมรรถนะหลัก มากที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.685$) รองลงมา คือ ด้านสมรรถนะหน้าที่ ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.747$) อยู่ในระดับมาก และด้านสมรรถนะการจัดการน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.702$) อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า ระดับสมรรถนะที่คาดหวัง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 และระดับสมรรถนะในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลางมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 และมีค่าดัชนีความต้องการในการพัฒนา ที่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกค่าที่ 0.16 พบว่า สมรรถนะที่มีความจำเป็นต้องพัฒนา ก่อน คือ สมรรถนะหน้าที่ มีค่า PNI 0.18 ที่โดยเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 สมรรถนะหน้าที่ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.18

ลำดับที่ 2 สมรรถนะการจัดการ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

ลำดับที่ 3 สมรรถนะหลัก มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

ตารางที่ 4-37 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามหัวข้อของสมรรถนะ

สมรรถนะหลัก	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
A1 ทำงานเป็นทีม	3.21	.898	ปานกลาง	3.89	.772	มาก	0.17	1
A2 การติดต่อสื่อสาร	3.46	.818	ปานกลาง	3.95	.714	มาก	0.12	4
A3 ความมุ่งมั่นทุ่มเท ของงานด้วยความ เที่ยงธรรม	3.39	.986	ปานกลาง	3.95	.810	มาก	0.14	3
A4 ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์	3.21	.949	ปานกลาง	3.88	.840	มาก	0.17	1
A5 จิตบริการ	3.60	1.363	มาก	4.07	.867	มาก	0.12	4
A6 ยึดมั่นในจริยธรรม คุณธรรม	3.56	.866	มาก	4.04	.766	มาก	0.12	4
A7 ความรู้ทางวิชาการ และสุขภาพ	3.34	.991	ปานกลาง	3.98	.829	มาก	0.16	2
รวม	3.40	.795	ปานกลาง	3.96	.685	มาก	0.14	

จากตารางที่ 4-37 พบว่า สภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.795$) เมื่อพิจารณาเป็นหัวข้อ พบว่า จิตบริการมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.60$, $SD = 1.363$) รองลงมา ข้อคำถาม ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 0.866$) และข้อคำถาม การทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 3.21$, $SD = 0.898$) และความคิดสร้างสรรค์ ($\bar{X} = 3.21$, $SD = 0.949$) น้อยที่สุดในระดับปานกลาง

ความต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.685$) เมื่อพิจารณาเป็นหัวข้อ พบว่า จิตบริการมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.07$, $SD = 0.867$) รองลงมา หัวข้อ ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม รองลงมา อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.766$) และหัวข้อ ความคิดสร้างสรรค์ น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.840$)

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า ระดับสมรรถนะที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 และระดับสมรรถนะในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.40 และมีค่าดัชนีความต้องการในการพัฒนา มีนัยสำคัญทางสถิติทุกค่าที่ 0.14 พบว่า สมรรถนะที่มีความจำเป็นต้องพัฒนาก่อน คือ ทำงานเป็นทีมและมีความคิดสร้างสรรค์ มีค่า PNI 0.17 ที่โดยเรียง ลำดับจากมากไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 - ทำงานเป็นทีม มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

- ความคิดสร้างสรรค์ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

ลำดับที่ 2 ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

ลำดับที่ 3 ความมุ่งสัมฤทธิ์ของงานด้านความเที่ยงธรรม มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

ลำดับที่ 4 - การติดต่อสื่อสาร มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.12

- จิตบริการ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.12

- ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.12

ตารางที่ 4-38 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อของสมรรถนะ

สมรรถนะหลัก	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
a11 มีการทำงานเป็นทีม	3.16	1.104	ปานกลาง	3.85	.900	มาก	0.18	1
a12 มีความสามารถทำงาน	3.24	1.162	ปานกลาง	3.88	.985	มาก	0.17	2
a13 ร่วมทำงาน	3.25	1.074	ปานกลาง	3.93	.932	มาก	0.17	2
a21 รับฟังผู้สูงอายุ	3.56	1.081	มาก	4.07	.904	มาก	0.13	6

ตารางที่ 4-38 (ต่อ)

สมรรถนะหลัก	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับ ที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
a23 มีความสามารถในการพูดคุยประสานงาน	3.47	1.057	มาก	3.88	.952	มาก	0.11	8
a22 การติดต่อสื่อสาร	3.46	1.040	มาก	3.86	.881	มาก	0.10	9
a24 แนะนำผู้สูงอายุ	3.43	1.014	มาก	3.99	.894	มาก	0.14	5
a25 การสื่อสารค่อย ๆ พูดช้า ๆ อย่างชัดเจน	3.40	1.054	ปานกลาง	3.98	.939	มาก	0.15	4
a31 มีความพยายามปรับปรุงงาน	3.32	1.060	ปานกลาง	3.88	.893	มาก	0.15	4
a32 มีความเข้าใจผู้สูงอายุ	3.46	1.087	ปานกลาง	4.02	.893	มาก	0.14	5
a41 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	3.23	1.057	ปานกลาง	3.86	.920	มาก	0.16	3
a42 สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ	3.18	1.117	ปานกลาง	3.86	.963	มาก	0.18	1
a43 สร้างสรรค์กิจกรรมนันทนาการ	3.22	1.095	ปานกลาง	3.93	.946	มาก	0.18	1
a51 มีจิตสำนึกการให้บริการ	3.59	2.236	มาก	4.08	.940	มาก	0.12	7
a52 มีใจรักการบริการ	3.61	1.126	มาก	4.05	.954	มาก	0.11	8
a61 ดูแลและพิทักษ์สิทธิ	3.35	1.090	ปานกลาง	4.00	.943	มาก	0.16	3
a62 ต้องไม่เลือกปฏิบัติ	3.38	1.083	ปานกลาง	4.01	.951	มาก	0.16	3
a63 ทำงานด้วยความซื่อสัตย์	3.80	1.123	มาก	4.13	.945	มาก	0.08	10
a64 มีคุณธรรมจริยธรรม	3.71	1.021	มาก	4.01	.943	มาก	0.07	11

ตารางที่ 4-38 (ต่อ)

สมรรถนะหลัก	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับ ที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
a71 ชวนผู้สูงอายุคุย	3.37	1.066	ปานกลาง	4.02	.911	มาก	0.16	3
a72 ความรู้ในข่าวสาร	3.30	1.083	ปานกลาง	3.94	.902	มาก	0.16	3
รวม	3.40	.795	ปานกลาง	3.96	.685	มาก	0.14	

จากตารางที่ 4-38 พบว่า สภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.795$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทำงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริต อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 1.123$) รองลงมา ข้อคำถาม มีคุณธรรมจริยธรรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.71$, $SD = 1.021$) และข้อคำถาม มีการทำงานประสานงาน ร่วมกับแพทย์ พยาบาล ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดี น้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16$, $SD = 1.104$)

ความต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.685$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทำงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริตมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, $SD = 0.945$) รองลงมา ข้อคำถาม มีจิตสำนึกการให้บริการหรือให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจและมีความกระตือรือร้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและบรรลุในสิ่งที่ต้องการ โดยมีความใจเย็นและมีความสามารถในการต้อนรับ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.940$) และข้อคำถาม มีการทำงานประสานงาน ร่วมกับแพทย์ พยาบาล ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดี น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$, $SD = 0.900$)

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า ระดับสมรรถนะหลักที่คาดหวัง ตามรายข้อ ที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 และระดับสมรรถนะในปัจจุบันตามรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 และมีค่าดัชนีความต้องการในการพัฒนา มีนัยสำคัญทางสถิติทุกค่าที่ 0.14 พบว่า สมรรถนะที่มีความจำเป็นต้องพัฒนา ก่อน คือ

1. มีการทำงานประสานงานร่วมกับแพทย์ พยาบาล ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. มีการคิดและสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการการสร้างอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ในการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุได้สะดวกสบายขึ้น

3. มีการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อบำบัดคนไข้ผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการใหม่ ๆ เพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน มีค่า PNI 0.18 ที่โดยเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 - มีการทำงานประสานงานร่วมกับแพทย์ พยาบาล ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดี มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.18

- มีการคิดและสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการการสร้างอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ในการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุได้สะดวกสบายขึ้น มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.18

- มีการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อบำบัดคนไข้ผู้สูงอายุด้วยวิธีการใหม่ ๆ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.18

ลำดับที่ 2 - มีความสามารถทำงานร่วมกับคนอื่นได้โดยเป็นผู้หาผู้สูงอายุมาใช้พยาบาล และรายงานแพทย์ พยาบาล ให้ทราบข้อมูลของผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

- สามารถร่วมทำงานและวางแผนกับทีมงานแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

ลำดับที่ 3 - มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ โดยหาวิธีใหม่ ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเชิงบวก เพื่อให้งานดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- ดูแลและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างมีจริยธรรม มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- ชวนผู้สูงอายุคุยในเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุลืมในเรื่องเดิม ๆ ในอดีต และคลายความเครียด มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- ต้องไม่เลือกปฏิบัติและมีจริยธรรม มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- มีความรู้ทางวิชาการและสุขภาพหรือเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ เพื่อเป็นเกร็ดความรู้ไว้คุยกับผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

ลำดับที่ 4 - มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ต้องค่อย ๆ พูดช้า ๆ อย่างชัดเจน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.15

- มีความพยายามปรับปรุงงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.15

ลำดับที่ 5 - มีความสามารถในการแนะนำแก่ผู้สูงอายุและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

- มีความเข้าใจผู้สูงอายุและต้องมีความใจเย็นเพื่อความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุให้สำเร็จ ไปด้วยดี มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

ลำดับที่ 6 รับฟังเวลาผู้สูงอายุคุยโดยมีมารยาทที่ดี และให้เกียรติผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.13

ลำดับที่ 7 - มีจิตสำนึกการให้บริการหรือให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ และมีความกระตือรือร้น มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.12

ลำดับที่ 8 - มีความสามารถในการพูดคุยประสานงานกันกับผู้สูงอายุและเพื่อนร่วมงานหรือทีมงาน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.11

- มีใจรักการบริการ ใจเย็น มีเมตตา ทำงานด้วยใจ เห็นผู้สูงอายุเสมือนญาติ และไม่หวังผลตอบแทน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.11

ลำดับที่ 9 มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร โดยการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.10

ลำดับที่ 10 ทำงานด้วยความซื่อสัตย์ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.08

ลำดับที่ 11 มีคุณธรรมจริยธรรม มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.07

ตารางที่ 4-39 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในรายหัวข้อ

สมรรถนะการจัดการ	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
B1 ความสามารถในการจัดการ	3.29	.906	ปานกลาง	3.82	.809	มาก	0.14	2
B2 ภาวะผู้นำ	3.26	.907	ปานกลาง	3.87	.817	มาก	0.16	1
B3 การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ	3.30	.819	ปานกลาง	3.94	.726	มาก	0.16	1
รวม	3.28	.794	ปานกลาง	3.88	.702	มาก	0.16	

จากตารางที่ 4-39 พบว่า สภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28, SD = 0.794$) เมื่อพิจารณาเป็นหัวข้อ พบว่า มีความสามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30, SD = 0.819$) รองลงมา หัวข้อมีความสามารถในการจัดการ ($\bar{X} = 3.29, SD = .906$) และหัวข้อข้อ ภาวะผู้นำ น้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.26, SD = .907$)

ความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88, SD = 0.702$) เมื่อพิจารณาเป็นหัวข้อ พบว่า การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจมากที่สุด ($\bar{X} = 3.94, SD = 0.726$) รองลงมา หัวข้อ ภาวะผู้นำ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87, SD = 0.817$) และ หัวข้อ ความสามารถในการจัดการน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.82, SD = .809$)

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า ระดับสมรรถนะที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 และระดับสมรรถนะในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 และมีค่าดัชนีความต้องการในการพัฒนา มีนัยสำคัญทางสถิติทุกค่าที่ 0.16 พบว่า สมรรถนะที่มีความจำเป็นต้องพัฒนา ก่อน คือ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจและภาวะผู้นำ มีค่า PNI 0.16 ที่โดยเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 - การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- ภาวะผู้นำ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

ลำดับที่ 2 ความสามารถในการจัดการ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

ตารางที่ 4-40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายชื่อของสมรรถนะ

สมรรถนะการจัดการ	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
b11 การจัดการ	3.30	1.048	ปานกลาง	3.85	.862	มาก	0.14	6
b12 การประสานงาน	3.28	.926	ปานกลาง	3.79	.912	มาก	0.13	7
b21 ผู้นำการเปลี่ยนแปลง	3.16	1.109	ปานกลาง	3.79	.978	มาก	0.17	3
b22 มีภาวะผู้นำ	3.43	1.060	ปานกลาง	4.00	.931	มาก	0.14	6

ตารางที่ 4-40 (ต่อ)

สมรรถนะการจัดการ	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับ ที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
b23 เป็นผู้นำการ เปลี่ยนแปลง ต้อง ปรึกษาทีมแพทย์	3.20	1.086	ปานกลาง	3.83	.989	มาก	0.17	3
b31 ให้คำปรึกษา	3.34	1.063	ปานกลาง	3.97	.935	มาก	0.16	4
b32 แก้ไขปัญหาอย่าง ทันที่	3.41	1.086	ปานกลาง	4.10	.869	มาก	0.17	3
b33 ใช้กระบวนการ แก้ไขปัญหา	3.13	1.060	ปานกลาง	3.82	.903	มาก	0.18	2
b34 แก้ไขปัญหาและ ตัดสินใจอย่างมีนวล	3.33	1.011	ปานกลาง	3.90	.922	มาก	0.15	5
b35 มีความสามารถในการ การแก้ไขเฉพาะหน้า	3.42	1.008	ปานกลาง	3.95	.908	มาก	0.14	6
b36 มีการถ่ายทอด	3.17	1.061	ปานกลาง	3.92	.949	มาก	0.19	1
รวม	3.28	.794	ปานกลาง	3.88	.702	มาก	0.15	

จากตารางที่ 4-40 พบว่า สภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.794$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีภาวะผู้นำมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 1.060$) รองลงมา ข้อคำถาม มีความสามารถในการแก้ไขเฉพาะหน้า ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 1.008$) ข้อคำถาม มีความสามารถในการประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาโดยวิเคราะห์วางแผน การปฏิบัติการ และ ประเมินผล น้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$, $SD = 1.060$)

ความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.702$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความสามารถในการแก้ไขเฉพาะหน้า และตัดสินใจอย่างทันที่หากมีเหตุฉุกเฉินมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.869$) รองลงมา มีภาวะผู้นำโดยมีความสามารถในการสั่งการ หรือการนำในการปฏิบัติงานในหน้านั้น สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.931$) ข้อคำถาม มีความสามารถในการ

จัดการและประสานงาน โดยมีการจูงใจเพื่อนร่วมงานและผู้สูงอายุเพื่อให้งานนั้นสำเร็จ อยู่ในระดับมาก และมีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่าง ๆ ได้ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น น้อยที่สุด เท่ากัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.978$)

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า ระดับสมรรถนะที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 และระดับสมรรถนะในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 และมีค่าดัชนีความต้องการในการพัฒนา มีนัยสำคัญทางสถิติทุกค่าที่ 0.15 พบว่า สมรรถนะที่มีความจำเป็นต้องพัฒนา ก่อน คือ มีทักษะการถ่ายทอดการแนะนำและการแก้ไขปัญหา มีค่า PNI 0.19 ที่โดยเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ทักษะการถ่ายทอดการแนะนำและการแก้ไขปัญหา มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.19

ลำดับที่ 2 ความสามารถในการประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหา โดยการวิเคราะห์วางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.18

ลำดับที่ 3 - ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่าง ๆ ได้ ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

- ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องปรึกษาทีมแพทย์ พยาบาลก่อน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

- มีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและตัดสินใจอย่างทันท่วงที หากมีเหตุฉุกเฉิน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

ลำดับที่ 4 ความสามารถในการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้สูงอายุได้ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

ลำดับที่ 5 ความสามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างมีนวลตามสถานการณ์ และแก้ไขปัญหาโดยการคิดเชิงบวก มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.15

ลำดับที่ 6 - ความสามารถในการจัดการในการวางแผนดำเนินการและควบคุมให้งานดูแลผู้สูงอายุสำเร็จ ไปด้วยดีและบรรลุวัตถุประสงค์ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

- มีภาวะผู้นำ โดยมีความสามารถในการสั่งการหรือการนำในการปฏิบัติงานให้งานนั้นสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

- ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างเร่งด่วน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

ลำดับที่ 7 - มีความสามารถในการจัดการและประสานงาน โดยมีการจูงใจเพื่อนร่วมงานและผู้สูงอายุ เพื่อให้งานนั้นสำเร็จ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.13

ตารางที่ 4-41 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายหัวข้อของสมรรถนะ

สมรรถนะหน้าที่	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
C1 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย	3.26	.836	ปานกลาง	3.96	.760	มาก	0.18	4
C2 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ	3.38	.782	ปานกลาง	3.97	.718	มาก	0.15	5
C3 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ	3.15	1.000	ปานกลาง	3.92	.881	มาก	0.20	2
C4 ความสามารถในการจัดการกับเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง	3.01	1.198	ปานกลาง	3.86	1.051	มาก	0.22	1
C5 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ	3.57	.901	มาก	4.11	.814	มาก	0.13	6
C6 ความรับผิดชอบในงาน	3.14	.869	ปานกลาง	3.88	.808	มาก	0.19	3
รวม	3.26	.812	ปานกลาง	3.95	.747	มาก	0.17	

จากตารางที่ 4-41 พบว่า สภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, $SD = 0.812$) เมื่อพิจารณาเป็นรายหัวข้อ พบว่า ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.57$, $SD = 0.901$) รองลงมา ข้อคำถาม การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38$, $SD = 0.782$) และข้อคำถาม ความสามารถในการจัดการกับเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง น้อยที่สุด ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.01$, $SD = 1.198$)

ความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.747$) เมื่อพิจารณาเป็น หัวข้อ พบว่า ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.814$) รองลงมา ข้อคำถาม การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.718$) และข้อคำถาม ความสามารถในการจัดการกับเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง น้อยที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$, $SD = 1.051$)

ตารางที่ 4-42 (ต่อ)

สมรรถนะหน้าที่	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับ ที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
c17 นโยบายองค์กร	3.25	1.045	ปานกลาง	3.91	.963	มาก	0.17	7
c18 การใช้ความรู้	3.36	1.062	ปานกลาง	4.00	.942	มาก	0.16	8
c19 นันทนาการ	3.43	1.014	ปานกลาง	3.99	.894	มาก	0.14	10
c20 ตรวจสอบและดูแล สภาพแวดล้อม	3.37	.961	ปานกลาง	3.92	.921	มาก	0.14	10
c21 จัดสภาพแวดล้อม	3.32	1.038	ปานกลาง	3.94	.906	มาก	0.16	8
c22 จัดสถานที่สะอาด	3.41	1.015	ปานกลาง	4.03	.913	มาก	0.15	9
c23 บำบัดพื้นบ้าน	3.19	1.105	ปานกลาง	3.89	.987	มาก	0.18	6
c24 ตระหนักถึง	3.37	1.037	ปานกลาง	3.96	.916	มาก	0.15	9
c25 การบำบัดพื้นบ้าน	3.21	1.066	ปานกลาง	3.84	.995	มาก	0.17	7
c26 บำบัดพื้นฟู	3.30	1.053	ปานกลาง	3.95	.974	มาก	0.16	8
c27 ปรับตัว	3.54	1.050	มาก	4.04	.916	มาก	0.12	11
c28 มีเมตตา	3.50	1.064	มาก	4.06	.896	มาก	0.14	10
c29 แต่งกาย	3.64	1.046	มาก	4.09	.855	มาก	0.11	12
c30 จิตวิทยา	3.21	1.086	ปานกลาง	3.93	.964	มาก	0.18	6
c31 ใช้เครื่องมือ	3.11	1.209	ปานกลาง	3.91	1.031	มาก	0.20	5
c32 ความสะอาด	3.13	1.222	ปานกลาง	3.92	1.050	มาก	0.20	5
C41 การจัดการเลือด	3.01	1.198	ปานกลาง	3.86	1.051	มาก	0.22	3
c51 ทักษะคติ	3.49	1.052	ปานกลาง	4.05	.944	มาก	0.14	10
c52 ให้เกียรติ	3.53	1.038	มาก	4.12	.932	มาก	0.14	10
c53 หน้าตายิ้มแย้ม	3.69	1.050	มาก	4.17	.919	มาก	0.12	11
c61 มีส่วนร่วมใน การพัฒนา	3.11	1.108	ปานกลาง	3.78	1.005	มาก	0.18	6
c62 ปัจจัยนำเข้า	3.00	1.125	ปานกลาง	3.76	1.025	มาก	0.20	5
c63 อ่านศัพท์	3.02	1.211	ปานกลาง	3.83	1.010	มาก	0.21	4

ตารางที่ 4-42 (ต่อ)

สมรรถนะหน้าที่	สภาพปัจจุบัน			ความต้องการ			PNI	ลำดับ ที่
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
c64 ความรู้เรื่องยา	3.40	1.117	ปานกลาง	4.06	.965	มาก	0.16	8
c65 การซักล้าง	3.23	1.095	ปานกลาง	3.89	1.012	มาก	0.17	7
c66 ดูแลในเรื่องกิจวัตร	3.32	1.089	ปานกลาง	3.86	.984	มาก	0.14	10
c67 เคลื่อนย้าย	2.95	1.160	ปานกลาง	3.91	1.050	มาก	0.25	1
c68 ถังดับไฟ	2.95	1.160	ปานกลาง	3.91	1.050	มาก	0.25	1
c69 พยาบาลเบื้องต้น	3.35	1.015	ปานกลาง	4.03	.909	มาก	0.17	7
c610 การวางแผน	3.17	1.030	ปานกลาง	3.84	.999	มาก	0.17	7
เจ้าหน้าที่								
c611 การแนะนำญาติ	3.06	1.129	ปานกลาง	3.85	1.043	มาก	0.21	4
รวม	3.26	.812	ปานกลาง	3.95	.747	มาก	0.17	

จากตารางที่ 4-42 พบว่า สภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.26$, $SD = 0.812$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ต้องมีหน้าที่ที่ย้ำแยมและต้องรู้จักให้เกียรติผู้สูงอายุ มากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.69$, $SD = 1.050$) รองลงมาข้อคำถาม มีการแต่งกายที่เหมาะสม สะอาด และกริยามารยาท ท่าทาง บุคลิกภาพที่สง่างามน่าเชื่อถือ และมีความเหมาะสมในอาชีพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 1.046$) และข้อคำถาม มีความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อ น้อยที่สุด ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.94$, $SD = 1.181$)

ความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.747$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ต้องมีหน้าที่ที่ย้ำแยมและต้องรู้จักให้เกียรติผู้สูงอายุ มากที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.919$) รองลงมา ข้อคำถาม ต้องให้เกียรติกับผู้สูงอายุและดูแลผู้สูงอายุด้วยจิตใจที่รักงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.932$) และข้อคำถาม มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัจจัยนำเข้า (รับผู้สูงอายุมาดูแล) ผ่านกระบวนการ (ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ) และผ่านไปสู่ปัจจัยนำออก (เจ้าหน้าที่ผู้สูงอายุออก) ได้ น้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$, $SD = 1.025$)

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า ระดับสมรรถนะที่

คาดหวังอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และระดับสมรรถนะในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 และมีค่าดัชนีความต้องการในการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติทุกค่าที่ 0.17 พบว่า สมรรถนะที่มีความจำเป็นต้องพัฒนาก่อน คือ ความสามารถในการควบคุมการติดเชื้อ โดยการคัดแยกผู้ป่วยออกจากคนปกติ การฝึกฝนในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุนั้นเมื่อเกิดเพลิงไหม้ และมีความรู้ในการใช้ถังดับไฟ มีค่า PNI 0.25 ที่โดยเรียงตามลำดับจากมากน้อยไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 - ความสามารถในการควบคุมการติดเชื้อ โดยการคัดแยกผู้ป่วยออกจากคนปกติ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.25

- มีการฝึกฝนในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเกิดเพลิงไหม้ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.25

- ต้องมีความรู้ในการใช้ถังดับไฟ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.25

ลำดับที่ 2 มีความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.23

ลำดับที่ 3 มีความสามารถในการใช้เทคนิควิธีการจัดการกับเลือดหรือน้ำมูก น้ำลาย น้ำเหลือง เสมหะ ปัสสาวะ อุจจาระ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.22

ลำดับที่ 4 - สามารถอ่านศัพท์ทางการแพทย์ และมีความเข้าใจในเรื่องยา โดยอ่านฉลากได้ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.21

- ต้องมีความรู้ในการแนะนำญาติผู้สูงอายุ การเตรียมอาหารทางสายยาง การเจาะเลือด การให้ยา การจัดสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.21

ลำดับที่ 5 - มีความสามารถในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เบื้องต้นได้ เช่น การใช้เครื่องมือวัดความดัน การวัดไข้ โดยใช้ปรอท การใช้ปรอท การเจาะหาน้ำตาลในเลือด การให้อาหารทางสายยางและอื่น ๆ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.20

- ทำความสะอาดและดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ได้ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.20

- มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัจจัยนำเข้า (รับผู้สูงอายุมาดูแล) ผ่านกระบวนการ (ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ) และย้ายไปสู่ปัจจัยนำออก (จำหน่ายผู้สูงอายุออก) ได้ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.20

ลำดับที่ 6 - ต้องมีความรู้ทางจิตวิทยาสังคม เพื่อเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีความแตกต่างกัน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.18

- มีส่วนร่วมในการพัฒนาในเรื่องการวางแผนการดำเนินงาน และการควบคุม การกำกับติดตามระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.18

- มีความเข้าใจการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เช่น การนำเอาภูมิปัญญาชาวบ้าน และ แพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนา เท่ากับ 0.18

ลำดับที่ 7 - มีความสามารถในการซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การป้อน อาหาร มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

- มีความสามารถในการบำบัดฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณให้ทำขึ้นโดยการฟัง ธรรมะ ฟังเจริญเมตตา มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

- มีความสามารถในการประเมินปัญหา การวางแผน ดำเนินการ และประเมิน ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

- มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ โดยการแนะนำการ เตรียมพร้อม เมื่อผู้สูงอายุกลับไปพักที่บ้าน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

- การบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เช่น แพทย์แผนไทยหรืออื่น ๆ จะต้องนำมาปรึกษาแพทย์ พยาบาลก่อน มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

- มีความเข้าใจนโยบายขององค์กรในการดูแลผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการ ในการพัฒนาเท่ากับ 0.17

ลำดับที่ 8 - การให้ผู้สูงอายุมีพลังอำนาจในตัวเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเอง มี ดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- มีความสามารถในการใช้ความรู้และแหล่งทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพ และสุขศึกษา เช่น การจัดนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกาย การเข้าชมรมดนตรี ไทย ชมรมจริยธรรมได้ใส่บาตรทำบุญ นั่งสมาธิ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- มีความสามารถในการจัดสภาพแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ แสงสี เสียง บรรยากาศให้มีความเหมาะสมกับสภาวะโรค ร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการ ในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- มีความสามารถในการบำบัดฟื้นฟู ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมให้ดีขึ้น มี ดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- ต้องมีความรู้ในเรื่องยา โดยให้ผู้สูงอายุทานยาตามแพทย์สั่งได้ มีดัชนีความ ต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- มีความเข้าใจนโยบายสุขภาพและสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

- มีความสามารถในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น โดยมีความเสี่ยงอันตรายน้อยที่สุด มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.16

ลำดับที่ 9 - มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุ โดยจัดสถานที่ที่เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย และปลอดภัยเชื้อโรค มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.15

- มีความตระหนักถึงปัญหา สาเหตุ และร่วมมือแก้ไขปัญหอันเกิดจากความเจ็บป่วย มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.15

ลำดับที่ 10 - ตรวจสอบและดูแลสภาพแวดล้อมที่ไม่พร้อมใช้งาน โดยการระมัดระวัง มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

- ต้องมีใจรักในงานและมีเมตตาในการทำงาน โดยมีความอดทนอดกลั้น และเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ที่มีความแตกต่าง พร้อมยอมรับความแตกต่าง มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

- มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความรู้สึก ความพึงพอใจ ความเข้าใจ และมีความเอื้ออาทร และให้เกียรติกับผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

- ต้องให้เกียรติกับผู้สูงอายุ และดูแลผู้สูงอายุด้วยจิตใจที่รักงาน ด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

- มีความสามารถในการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

- การนันทนาการสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.14

ลำดับที่ 11- ต้องมีหน้าตาที่ยิ้มแย้ม และต้องรู้จักให้เกียรติผู้ใหญ่ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.12

- มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อม และควบคุมอารมณ์ของตนเอง มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.12

ลำดับที่ 12 มีการแต่งกายที่เหมาะสมสะอาดและมีกริยามารยาททำทางบุคลิกภาพที่สง่างามน่าเชื่อถือและมีความเหมาะสมในอาชีพ มีดัชนีความต้องการในการพัฒนาเท่ากับ 0.11

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย (t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างสภาพปัจจุบันและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4-43 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติทดสอบที (t-test) สภาพปัจจุบันสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามเพศ

การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (สภาพปัจจุบัน)	ชาย (n = 96)		หญิง (n = 304)		t	Sig
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. สมรรถนะหลัก	3.46	.737	3.37	.812	.906	.424
2. สมรรถนะการจัดการ	3.40	.796	3.25	.791	1.673	.475
3. สมรรถนะหน้าที่	3.33	.800	3.24	.816	.967	.955
โดยรวม	3.40	0.74	3.29	0.77	1.24	.804

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4-43 เมื่อเปรียบเทียบสภาพปัจจุบัน สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-44 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติทดสอบที (t-test) ความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามเพศ

การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ความต้องการ)	ชาย (n = 96)		หญิง (n = 304)		t	Sig
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. สมรรถนะหลัก	3.96	.607	3.97	.708	-.139	.142
2. สมรรถนะการจัดการ	3.88	.689	3.87	.707	.094	.867
3. สมรรถนะหน้าที่	3.93	.700	3.96	.763	-.313	.398
โดยรวม	3.92	0.63	3.93	0.70	-.128	.512

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4-44 เมื่อเปรียบเทียบความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-45 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ

อายุ	สมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	3.27	.823		
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	3.54	.732	5.849	.003
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป	3.54	.913		
รวม	3.40	.795		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-45 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.003 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอายุที่แตกต่างกัน สภาพปัจจุบัน สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 4-46

ตารางที่ 4-46 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

อายุ	อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี P-value	-		
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี P-value	-0.269* (0.001)	-	
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป P-value	.268 (.411)	-.002 (.996)	-

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-46 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะหลักแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี โดยผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะหลักน้อยกว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี

ตารางที่ 4-47 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ

อายุ	สมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	3.19	.835		
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	3.39	.723	3.598	.028
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป	3.60	.910		
รวม	3.28	.794		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-47 ผลการทดสอบด้วยสถิติ F-test โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.028 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบัน สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกันได้
ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4-48

ตารางที่ 4-48 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

อายุ	อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	-		
P-value			
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	-.199*		
P-value	(.013)	-	
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป	-.414	.215	
P-value	(.205)	(.511)	-

* P-value ≤ 0.05

จากตารางที่ 4-48 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบัน สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี แตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการ น้อยกว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี

ตารางที่ 4-49 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ

อายุ	สมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	3.16	.849		
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	3.39	.752	3.768	.024
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป	3.38	.813		
รวม	3.26	.812		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-49 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.024 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4-50

ตารางที่ 4-50 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

อายุ	อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	-		
P-value			
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	-0.222*	-	
P-value	(0.007)		
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป	-.214	-.009	
P-value	(.522)	(.979)	-

* P-value \leq 0.05

จากตารางที่ 4-50 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี โดยที่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่าผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี

ตารางที่ 4-51 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ

สถานะภาพ	สมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
โสด	3.40	.803		
สมรส	3.38	.792	.120	.887
หม้าย/ หย่าร้าง	3.42	.799		
รวม	3.40	.795		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-51 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.887 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านสถานะภาพที่แตกต่างมีผลต่อสภาพปัจจุบัน สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-52 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ

สถานะภาพ	สมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
โสด	3.34	.758	.382	.683
สมรส	3.29	.798		
หม้าย/ หย่าร้าง	3.24	.805		
รวม	3.28	.794		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-52 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.683 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านสถานะภาพที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-53 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ

สถานะภาพ	สมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
โสด	3.37	.751	.588	.556
สมรส	3.24	.808		
หม้าย/ หย่าร้าง	3.25	.847		
รวม	3.26	.812		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-53 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.556 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านสถานะภาพที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-54 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ

อาชีพก่อนเกษียณ	สมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ข้าราชการ	3.20	.848	3.489	.004*
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3.15	.803		
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	3.19	.886		
ธุรกิจส่วนตัว	3.57	.632		
รับจ้าง	3.51	.797		
อื่น ๆ (ไปรตระบุ)	3.48	.782		
รวม	3.40	.795		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-54 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.004 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอาชีพก่อนเกษียณที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4-55

ตารางที่ 4-55 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ

อาชีพ	ข้าราชการ	พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	ธุรกิจ ส่วนตัว	รับจ้าง	อื่น ๆ (ไปรตระนุ)
ข้าราชการ	-					
P-value						
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.050	-				
P-value	(.777)					
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	.008	-.041	-			
P-value	(.959)	(.844)				
ธุรกิจส่วนตัว	-0.367*	.417*	.376*	-		
P-value	(0.002)	(.019)	(.022)			
รับจ้าง	.310*	.359*	.318	.033	-	
P-value	(.008)	(.043)	(.052)	(.788)		
อื่น ๆ (ไปรตระนุ)	.276*	.326	.284	-.091	-.033	-
P-value	(.024)	(.074)	(.091)	(.465)	(.788)	

*P-value \leq 0.05

จากตารางที่ 4-55 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพก่อนเกษียณแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักแตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลัก น้อยกว่า อาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีสภาพปัจจุบัน สมรรถนะหลักแตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว และอาชีพรับจ้าง โดยที่ผู้สูงอายุอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจมีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะหลัก น้อยกว่า อาชีพธุรกิจส่วนตัว และอาชีพรับจ้าง

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพพนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน มีสภาพปัจจุบัน สมรรถนะหลักแตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว โดยที่ผู้สูงอายุอาชีพพนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะหลักน้อยกว่าอาชีพธุรกิจส่วนตัว

ตารางที่ 4-56 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	สมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ข้าราชการ	3.02	.792	5.032	.000*
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3.14	.720		
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	3.03	.940		
ธุรกิจส่วนตัว	3.46	.737		
รับจ้าง	3.44	.777		
อื่น ๆ (โปรดระบุ)	3.40	.730		
รวม	3.28	.794		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-56 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอาชีพก่อนเกษียณที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4-57

ตารางที่ 4-57 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ

อาชีพ	ข้าราชการ	พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	ธุรกิจ ส่วนตัว	รับจ้าง	อื่น ๆ (ไปรตระบุ)
ข้าราชการ	-					
P-value						
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.177	-				
P-value	(.500)					
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	.009	-.109	-			
P-value	(.957)	(.602)				
ธุรกิจส่วนตัว	.438*	.321	.430*	-		
P-value	(.000)	(.068)	(.008)			
รับจ้าง	.418*	.301	.409*	.202	-	
P-value	(.000)	(.087)	(.008)	(.862)		
อื่น ๆ (ไปรตระบุ)	.384*	.266	.375*	-.055	-.034	-
P-value	(.002)	(.139)	(.025)	(.658)	(.781)	

*P-value \leq 0.05

จากตารางที่ 4-57 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการแตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการ มีสภาพปัจจุบัน สมรรถนะการจัดการน้อย อาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพพนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอาชีพพนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะการจัดการน้อยกว่า อาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ

ตารางที่ 4-58 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ

อาชีพก่อนเกษียณ	สมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ข้าราชการ	3.08	.770	3.560	.004*
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3.05	.737		
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	2.97	.962		
ธุรกิจส่วนตัว	3.41	.782		
รับจ้าง	3.38	.815		
อื่น ๆ (โปรดระบุ)	3.39	.786		
รวม	3.26	.812		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-58 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง
เดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.004 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$)
พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอาชีพก่อนเกษียณที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบัน
สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงใน
ตารางที่ 4-59

ตารางที่ 4-59 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ

อาชีพ	ข้าราชการ	พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	ธุรกิจ ส่วนตัว	รับจ้าง	อื่น ๆ (ไปรตระบุ)
ข้าราชการ	-					
P-value						
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	-.035	-				
P-value	(.847)					
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	-.122	-.077				
P-value	(.499)	(.721)				
ธุรกิจส่วนตัว	.329*	.364*	.441*			
P-value	(.006)	(.045)	(.009)			
รับจ้าง	.301*	.336	.413*	-.028		
P-value	(.011)	(.064)	(.014)	(.817)		
อื่น ๆ (ไปรตระบุ)	.310*	.344	.421*	.028	.020	
P-value	(.013)	(.064)	(.015)	(.817)	(.877)	

*P-value \leq 0.05

จากตารางที่ 4-59 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพก่อนเกษียณแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการมีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่าอาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวโดยที่ผู้สูงอายุที่มีอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่า อาชีพธุรกิจส่วนตัว

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพพนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอาชีพพนักงาน/

ลูกจ้างเอกชน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่าอาชีพธุรกิจส่วนตัว อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ

ตารางที่ 4-60 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว

มีจำนวนบุตรในครอบครัว	สมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
1-2 คน	3.34	.839		
3-4 คน	3.40	.725		
5-6 คน	3.53	.876	2.180	.071
7 คน ขึ้นไป	2.91	.555		
ไม่มีบุตร	3.54	.757		
รวม	3.40	.795		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-60 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.071 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านจำนวนบุตรในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบัน สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-61 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรใน
ครอบครัว

มีจำนวนบุตรในครอบครัว	สมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
1-2 คน	3.22	.842		
3-4 คน	3.25	.743		
5-6 คน	3.50	.779	2.795	.026*
7 คน ขึ้นไป	2.81	.566		
ไม่มีบุตร	3.45	.742		
รวม	3.28	.794		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-61 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง
เดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.026 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$)
พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านจำนวนบุตรในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงใน
ตารางที่ 4-62

ตารางที่ 4-62 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว

มีจำนวนบุตรในครอบครัว	1-2 คน	3-4 คน	5-6 คน	7 คน ขึ้นไป	ไม่มีบุตร
1-2 คน	-				
3-4 คน	.031 (.748)	-			
5-6 คน	.281 (.080)	.250 (.135)	-		
7 คน ขึ้นไป	-.408 (.083)	-.439 (.067)	-.637* (.011)	-	
ไม่มีบุตร	.229* (.034)	.198 (.093)	-.052 (.763)	.637* (.009)	-

*P-value \leq 0.05

จากตารางที่ 4-62 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัวแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 1-2 คน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการ
แตกต่างกับผู้สูงอายุ ที่ไม่มีบุตร โดยที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 1-2 คน มีสภาพปัจจุบัน
ของสมรรถนะการจัดการ น้อยกว่าผู้สูงอายุไม่มีบุตร

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 5-6 คน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการ
แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตร 7 คน ขึ้นไป โดยที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 5-6 คน
มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะการจัดการ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตร 7 คน ขึ้นไป

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 7 คน ขึ้นไป มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการ
แตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร โดยที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 7 คน ขึ้นไป มีสภาพ
ปัจจุบันของสมรรถนะ การจัดการน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร

ตารางที่ 4-63 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว

มีจำนวนบุตรในครอบครัว	สมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
1-2 คน	3.22	.849		
3-4 คน	3.22	.797		
5-6 คน	3.59	.835	2.956	.020*
7 คน ขึ้นไป	2.77	.615		
ไม่มีบุตร	3.39	.718		
รวม	3.26	.812		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-63 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.020 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านจำนวนบุตรในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4-64

ตารางที่ 4-64 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว

มีจำนวนบุตรในครอบครัว	1-2 คน	3-4 คน	5-6 คน	7 คน ขึ้นไป	ไม่มีบุตร
1-2 คน	-				
3-4 คน	.001 (.994)	-			
5-6 คน	.368* (.025)	.368* (.032)	-		
7 คน ขึ้นไป	-.447 (.063)	-.448 (.068)	-.816* (.003)	-	
ไม่มีบุตร	.172 (.118)	.171 (.155)	-.196 (.270)	.620* (.013)	-

*P-value ≤ 0.05

จากตารางที่ 4-64 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัวแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 1-2 คน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับผู้สูงอายุ มีจำนวนบุตรในครอบครัวจำนวน 5-6 คน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตร 1-2 คน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่าผู้สูงอายุมีจำนวนบุตร 5-6 คน

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 3-4 คน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับผู้สูงอายุมีจำนวนบุตรในครอบครัว 5-6 คน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตร 3-4 คน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่าผู้สูงอายุมีจำนวนบุตร ในครอบครัว 5-6 คน

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัว 5-6 คน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับผู้สูงอายุมีจำนวนบุตรในครอบครัว 7 คน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตร 5-6 คน มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ มากกว่าผู้สูงอายุมีจำนวนบุตร 7 คน

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตร 7 คน ขึ้นไป มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร โดยที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตร 7 คน ขึ้นไป มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร

ตารางที่ 4-65 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามการศึกษาสูงสุด

การศึกษาสูงสุด	สมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.51	.763		
ประถมศึกษา	3.46	.778		
มัธยมศึกษา	3.46	.714	1.082	.370
อนุปริญญา	3.27	.744		
ปริญญาตรี	3.28	.905		
สูงกว่าปริญญาตรี	3.31	.915		
รวม	3.40	.795		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-65 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.370 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-66 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามการศึกษาสูงสุด

การศึกษาสูงสุด	สมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.48	.694		
ประถมศึกษา	3.39	.789		
มัธยมศึกษา	3.37	.687		
อนุปริญญา	3.14	.834	2.471	.032*
ปริญญาตรี	3.10	.897		
สูงกว่าปริญญาตรี	3.10	.790		
รวม	3.28	.794		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-66 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.032 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน
ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4-67

ตารางที่ 4-67 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามการศึกษาสูงสุด

การศึกษา สูงสุด	ไม่ได้เรียน หนังสือ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา	ปริญญา ตรี	สูงกว่า ปริญญาตรี
ไม่ได้เรียน หนังสือ	-					
ประถมศึกษา	-0.98 (.554)	-				
มัธยมศึกษา	-0.119 (.480)	-0.021 (.847)	-			
อนุปริญญา	-0.341 (.070)	-0.243 (.074)	-0.222 (.109)	-		
ปริญญาตรี	-0.389* (.026)	-0.291* (.012)	-0.270* (.023)	-0.048 (.743)	-	
สูงกว่าปริญญา ตรี	-0.381 (.068)	-0.283 (.084)	-0.262 (.114)	-0.040 (.831)	.008 (.962)	-

*P-value \leq 0.05

จากตารางที่ 4-67 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงสุดแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่ไม่เรียนหนังสือ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการแตกต่างกับผู้สูงอายุ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยที่ผู้สูงอายุที่ไม่เรียนหนังสือ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี

ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาประถมศึกษา มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการแตกต่างกับผู้สูงอายุ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาประถมศึกษา มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี

ผู้สูงอายุที่มีการศึกษามัธยมศึกษา มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการแตกต่างกับผู้สูงอายุ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษามัธยมศึกษา มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะการจัดการ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี

ตารางที่ 4-68 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามการศึกษาสูงสุด

การศึกษาสูงสุด	สมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.32	.750	1.887	.096
ประถมศึกษา	3.40	.809		
มัธยมศึกษา	3.32	.772		
อนุปริญญา	3.15	.769		
ปริญญาตรี	3.11	.901		
สูงกว่าปริญญาตรี	3.06	.777		
รวม	3.26	.812		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-68 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.096 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-69 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	สมรรถนะหลัก (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่มีรายได้	3.47	.857	2.018	.052
น้อยกว่า 5,000	3.62	.678		
5,000-10,000	3.32	.768		
10,001-15,000	3.20	.794		
15,001-20,000	3.50	.514		
20,001-25,000	3.47	.735		
25,001-30,000	3.15	.882		
มากกว่า 30,000	3.25	.942		
รวม	3.40	.795		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-69 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.052 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-70 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพ
ปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	สมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่มีรายได้	3.40	.871	2.436	.019*
น้อยกว่า 5,000	3.47	.648		
5,000-10,000	3.26	.710		
10,001-15,000	3.05	.853		
15,001-20,000	3.33	.619		
20,001-25,000	3.36	.755		
25,001-30,000	2.94	.954		
มากกว่า 30,000	3.15	.782		
รวม	3.28	.794		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-70 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.019 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4-71

ตารางที่ 4-71 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะการจัดการ (สภาพปัจจุบัน) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	ไม่มีรายได้	น้อยกว่า 5,000	5,000-10,000	10,001-15,000	15,001-20,000	20,001-25,000	25,001-30,000	มากกว่า 30,000
ไม่มีรายได้	-							
น้อยกว่า 5,000	.071 (.574)	-						
5,000-10,000	-.146 (.223)	-.218 (.106)	-					
10,001-15,000	-.350* (.010)	-.422* (.005)	-.204 (.155)	-				
15,001-20,000	-.074 (.655)	-.145 (.410)	.072 (.673)	.276 (.132)	-			
20,001-25,000	-.047 (.787)	-.188 (.519)	.100 (.576)	.304 (.110)	.027 (.897)	-		
25,001-30,000	-.463* (.006)	-.534* (.003)	-.317 (.069)	-.113 (.542)	-.389 (.062)	-.416 (.052)	-	
มากกว่า 30,000	-.257 (.113)	-.328 (.058)	-.110 (.511)	.094 (.602)	-.183 (.368)	-.210 (.315)	.206 (.313)	-

*P-value \leq 0.05

จากตารางที่ 4-71 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนสูงสุดแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท และมีรายได้ต่อเดือน 25,001-30,000 บาท โดยที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ต่อเดือน มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะการจัดการ มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท และมีรายได้ต่อเดือน 25,001-30,000 บาท ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท และมีรายได้ต่อเดือน 25,001-30,000 บาท โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 มีสภาพปัจจุบันของ

สมรรถนะการจัดการ มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท และมีรายได้ต่อเดือน 25,001-30,000 บาท

ตารางที่ 4-72 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	สมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่มีรายได้	3.34	.923		
น้อยกว่า 5,000	3.47	.655		
5,000-10,000	3.25	.737		
10,001-15,000	3.09	.755	2.230	.031*
15,001-20,000	3.42	.572		
20,001-25,000	3.30	.848		
25,001-30,000	2.91	.954		
มากกว่า 30,000	3.08	.889		
รวม	3.26	.812		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-72 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.031 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = 0.05$ ($P < \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ดังนั้นจึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี LSD รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4-73

ตารางที่ 4-73 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรูปแบบสมรรถนะหน้าที่ (สภาพปัจจุบัน) ของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	ไม่มี รายได้	น้อยกว่า 5,000	5,000- 10,000	10,001- 15,000	15,001- 20,000	20,001- 25,000	25,001- 30,000	มากกว่า 30,000
น้อยกว่า 5,000	-.129 (.323)	-						
5,000-10,000	-.087 (.481)	-.216 (.119)	-					
10,001-15,000	-.254 (.069)	-.383* (.013)	-.167 (.254)	-				
15,001-20,000	.083 (.627)	-.046 (.798)	.169 (.336)	.337 (.073)	-			
20,001-25,000	-.045 (.801)	-.173 (.356)	.042 (.818)	.210 (.281)	-.127 (.558)	-		
25,001-30,000	-.428* (.013)	-.557* (.002)	-.341 (.056)	-.174 (.359)	-.511* (.017)	-.384 (.080)	-	
มากกว่า 30,000	-.263 (.113)	-.392* (.027)	-.176 (.306)	-.009 (.963)	-.345 (.097)	-.218 (.308)	.166 (.430)	-

*P-value \leq 0.05

จากตารางที่ 4-73 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนสูงสุดแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพ
ปัจจุบัน สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อ
เดือน 25,001-30,000 บาท โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 25,001- 30,000 บาท มีสภาพปัจจุบัน
ของสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้

ผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับ
ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 25,001-30,000 บาท และผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000
บาท

โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 25,001-30,000 บาท และผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 บาท มีสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 25,001-30,000 บาท โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 25,001-30,000 บาท มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะหน้าที่ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 บาท

ตารางที่ 4-74 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ

อายุ	สมรรถนะหลัก (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	3.98	.739		
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	3.94	.613	.219	.803
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป	3.99	.775		
รวม	3.96	.685		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-74 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.803 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-75 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ

อายุ	สมรรถนะการจัดการ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	3.90	.727		
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	3.84	.666	.535	.586
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป	4.01	.874		
รวม	3.88	.702		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-75 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.586 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-76 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ

อายุ	สมรรถนะหน้าที่ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี	3.96	.798		
อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี	3.93	.688	.172	.842
มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป	4.09	.657		
รวม	3.95	.747		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-76 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.842 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$)

พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-77 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ

สถานะภาพ	สมรรถนะหลัก (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
โสด	4.10	.622	1.383	.252
สมรส	3.93	.740		
หม้าย/ หย่าร้าง	3.95	.623		
รวม	3.96	.685		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-77 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.252 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านสถานะภาพที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-78 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ

สถานะภาพ	สมรรถนะการจัดการ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
โสด	4.04	.655	1.985	.139
สมรส	3.85	.747		
หม้าย/ หย่าร้าง	3.84	.645		
รวม	3.88	.702		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 7-78 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.139 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านสถานะภาพที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-79 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามสถานะภาพ

สถานะภาพ	สมรรถนะหน้าที่ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
โสด	4.14	.634		
สมรส	3.91	.783	2.243	.107
หม้าย/ หย่าร้าง	3.92	.733		
รวม	3.95	.747		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-79 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.107 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านสถานะภาพที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-80 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ

อาชีพก่อนเกษียณ	สมรรถนะหลัก (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ข้าราชการ	4.11	.658	1.872	.098
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3.75	.689		
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	3.98	.669		
ธุรกิจส่วนตัว	3.89	.642		
รับจ้าง	3.88	.678		
อื่น ๆ (ไปรตระบุ)	4.03	.758		
รวม	3.96	.685		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-80 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.098 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอาชีพก่อนเกษียณที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-81 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ

สถานะภาพ	สมรรถนะการจัดการ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ข้าราชการ	3.99	.634	1.190	.313
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3.65	.649		
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	3.88	.710		
ธุรกิจส่วนตัว	3.83	.694		
รับจ้าง	3.84	.741		
อื่น ๆ (ไปรตระบุ)	3.92	.756		
รวม	3.88	.702		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-81 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.313 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอาชีพก่อนเกษียณที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-82 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอาชีพก่อนเกษียณ

อาชีพก่อนเกษียณ	สมรรถนะการจัดการ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ข้าราชการ	4.09	.682	1.905	.093
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3.63	.737		
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	3.99	.742		
ธุรกิจส่วนตัว	3.89	.730		
รับจ้าง	3.89	.797		
อื่น ๆ (ไปรตระบุ)	4.00	.772		
รวม	3.95	.747		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-82 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.093 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านอาชีพก่อนเกษียณที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-83 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความ
ต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว

มีจำนวนบุตรในครอบครัว	สมรรถนะหลัก (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
1-2 คน	3.95	.658		
3-4 คน	3.94	.708		
5-6 คน	3.95	.762	.202	.937
7 คน ขึ้นไป	3.98	.622		
ไม่มีบุตร	4.03	.705		
รวม	3.96	.685		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-83 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง
เดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.937 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$)
พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านมีจำนวนบุตรในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีผลต่อความ
ต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-84 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความ
ต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรใน
ครอบครัว

มีจำนวนบุตรในครอบครัว	สมรรถนะการจัดการ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
1-2 คน	3.88	.675		
3-4 คน	3.79	.741		
5-6 คน	3.92	.809	.796	.529
7 คน ขึ้นไป	3.87	.649		
ไม่มีบุตร	3.98	.674		
รวม	3.88	.702		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-84 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.529 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านมีจำนวนบุตรในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-85 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามจำนวนบุตรในครอบครัว

มีจำนวนบุตรในครอบครัว	สมรรถนะหน้าที่ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
1-2 คน	3.93	.730		
3-4 คน	3.91	.800		
5-6 คน	4.04	.774	.405	.805
7 คน ขึ้นไป	3.88	.613		
ไม่มีบุตร	4.02	.730		
รวม	3.95	.747		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-85 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.805 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านมีจำนวนบุตรในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-86 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการ
สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา

การศึกษาสูงสุด	สมรรถนะหลัก (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.85	.664		
ประถมศึกษา	3.98	.654		
มัธยมศึกษา	3.89	.676	1.557	.171
อนุปริญญา	3.86	.737		
ปริญญาตรี	4.06	.709		
สูงกว่าปริญญาตรี	4.20	.668		
รวม	3.96	.685		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-86 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง
เดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.171 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$)
พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการ
สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-87 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการ
สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา

การศึกษาสูงสุด	สมรรถนะการจัดการ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.87	.612		
ประถมศึกษา	3.88	.717		
มัธยมศึกษา	3.84	.719	.743	.592
อนุปริญญา	3.76	.709		
ปริญญาตรี	3.94	.719		
สูงกว่าปริญญาตรี	4.04	.603		
รวม	3.88	.702		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-87 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.592 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-88 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา

การศึกษาสูงสุด	สมรรถนะหน้าที่ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.74	.766	1.137	.340
ประถมศึกษา	3.96	.744		
มัธยมศึกษา	3.96	.690		
อนุปริญญา	3.83	.833		
ปริญญาตรี	4.00	.785		
สูงกว่าปริญญาตรี	4.14	.678		
รวม	3.95	.747		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-88 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.340 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-89 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการ
สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	สมรรถนะหลัก (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่มีรายได้	3.88	.726		
น้อยกว่า 5,000	3.96	.601		
5,000-10,000	3.90	.726		
10,001-15,000	3.95	.621	1.042	.401
15,001-20,000	4.12	.531		
20,001-25,000	3.95	.839		
25,001-30,000	4.17	.592		
มากกว่า 30,000	4.10	.754		
รวม	3.96	.685		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-89 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง
เดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.401 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$)
พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการ
สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-90 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการ
สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	สมรรถนะการจัดการ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่มีรายได้	3.81	.753		
น้อยกว่า 5,000	3.86	.663		
5,000-10,000	3.85	.759		
10,001-15,000	3.87	.616	.568	.782
15,001-20,000	4.05	.642		
20,001-25,000	3.84	.783		
25,001-30,000	3.98	.623		
มากกว่า 30,000	3.97	.669		
รวม	3.88	.702		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-90 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง
เดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.782 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$)
พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการ
สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-91 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ของค่าเฉลี่ยความต้องการ
สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน	สมรรถนะหน้าที่ (ความต้องการ)			
	\bar{X}	SD	F	P-value
ไม่มีรายได้	3.94	.797		
น้อยกว่า 5,000	3.94	.708		
5,000-10,000	3.91	.763		
10,001-15,000	3.88	.645	.352	.929
15,001-20,000	4.11	.615		
20,001-25,000	3.91	.934		
25,001-30,000	4.01	.719		
มากกว่า 30,000	4.03	.792		
รวม	3.95	.747		

* P-value < 0.05

จากตารางที่ 4-91 ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง
เดียว (One-way ANOVA) ระดับนัยสำคัญ 0.05 P-value = 0.929 ซึ่งมีค่ามากกว่า $\alpha = 0.05$ ($P > \alpha$)
พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้านรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการ
สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4-92 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่อง รูปแบบ
การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อที่	ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่อง รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1	ในการจัดการเรื่องการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ถูกต้องในบางเรื่อง เพราะ ยังไม่มีความรู้มากพอ ก็เลยจัดการเรื่องต่าง ๆ ไม่ดีนัก ดังนั้นผู้ดูแล ผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีความรอบรู้รอบด้านในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่อง สุขภาพอนามัย ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือทาง การแพทย์และการให้ผู้สูงอายุทานยาที่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ควรมี การเข้าอบรมแรงงานผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่อง CPR และการใช้เครื่อง AED การนิคยาและการเข็บแผล จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั้งที่ และควรมีหน่วยงานอบรมดูแลผู้สูงอายุ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยตรง และในเรื่อง คุณสมบัติของผู้ดูแลควรมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป จบ วุฒิการศึกษา ม.3-ม. 6 หรือปวช. ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีวุฒิภาวะ ผ่านการเรียน หรือประกาศนียบัตร หรือการผ่านการอบรมการดูแล ผู้สูงอายุจากกระทรวงศึกษาธิการ ได้ประกาศนียบัตรผ่านการเรียนรู้ ผู้ช่วยการพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีร่างกายที่แข็งแรง เมื่อเข้ามา ทำงานเทียบวุฒิในการทำงานเทียบความชำนาญเท่ากับกับ ปวส. แต่ ไม่ได้วุฒิการศึกษา แต่ถ้ามีโอกาสให้ไปศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น จนถึงระดับปริญญาตรี ทางด้านการจัดการ โดยทำงานไปด้วย เรียน ไปด้วย ถ้าจบ ป.ตรี คนจะเข้าสู่เส้นทางอาชีพนี้มากยิ่งขึ้น	31	17.7

ตารางที่ 4-92 (ต่อ)

ข้อที่	ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่อง รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
2	<p>ในปัจจุบันแรงงานผู้ดูแลผู้สูงอายุมีน้อยมาก แรงงานไทยไม่ชอบทำงานประเภทนี้ ดังนั้นต้องรับแรงงานต่างชาติมาฝึกอบรมแล้วมาดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเสี่ยงอันตรายต่อผู้สูงอายุมาก และหน่วยงานภาครัฐยังไม่เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเท่าที่ควร บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีน้อย ยังมีคุณภาพยังไม่ดีพอ และไม่ทั่วถึง ทำให้ภาระจึงตกอยู่กับครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเอง ถ้าครอบครัวส่งไปสถานดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นรัฐบาลควรเพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่สูงขึ้น และสถานพยาบาลควรมีแผนกดูแลผู้สูงอายุโดยตรงและคิดค่าบริการไม่แพงนัก โดยให้บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและช่วยกันดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีการดูแลผู้สูงอายุให้ทั่วถึงอย่างใกล้ชิดและดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีให้กำลังใจผู้สูงอายุให้มาก ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น</p>	19	10.9
3	<p>สังคมไทยในปัจจุบันผู้สูงอายุต้องการแบกรับภาระที่ปล่อยละเลยในการดูแลสุขภาพทุก ๆ ด้าน ถ้าสุขภาพไม่ดีตั้งแต่ช่วงตอนต้นและตอนกลางของสูงอายุแล้ว ส่งผลในตอนปลายผู้สูงอายุมีโรคสมองเสื่อม กระจกพรุน สายตา หูบกพร่องไปก่อนวัยอันควร ผู้ดูแลต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจดี มีความเมตตาสูง มีความอดทน มีความเข้าใจ มีความเมตตาและรักเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุต้องใจรักจริง ๆ โดยทำด้วยความเต็มใจ มีความอ่อนโยน และมีความใจเย็นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตใจแจ่มใส</p>	15	8.6

ตารางที่ 4-92 (ต่อ)

ข้อที่	ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่อง รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
4	ในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีการวางแผนงานก่อนเสมอและมี ความสามารถในการจัดการ ดำเนินงาน ควบคุมให้งานด้าน การดูแลบรรลุผลสำเร็จ โดยมีการจัดการภารกิจอย่างเป็นระบบต้อง มีความสามารถในการจัดการงานตามที่ได้รับมอบหมายอย่างมี ประสิทธิภาพ ผู้ดูแลต้องมีความรู้เบื้องต้นในการจัดการเกี่ยวกับ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยมีทีมงานในการบริหารจัดการ เพื่อให้มีในการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุสมัยใหม่ มีการตั้งการ ให้เป็น มีการควบคุมโดยการประเมินตรวจสอบ และมีการปรับปรุง แก้ไข พัฒนางานด้านการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น	13	7.5
5	ในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรักในหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ และทำ หน้าที่ให้ดีที่สุด โดยผู้ดูแลต้องมีจิตอาสาในการทำงาน และทำงาน ด้วยใจรักช่วยดูแลและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุทุกวันเป็นประจำอย่าได้ ขาด และตระหนักอยู่เสมอว่าเป็นหน้าที่ของเราเอง โดยคิดว่าจะต้อง ทำหน้าที่เพื่อผู้อื่นเป็นหลัก มีใจคิดดีทำดี มีจิตสาธารณะมีความ เสียสละ มีจิตอาสา โดยต้องมีความรักในการที่จะดูแลผู้สูงอายุ ไม่ เบียดเบียนในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ ผู้ดูแลอาจจะเป็นบุตร หลาน น้อง หรือเจ้าหน้าที่ ต้องมีร่างกายที่แข็งแรง อารมณ์แจ่มใส และมีทัศนคติ เป็นบวกกับผู้สูงอายุ จึงจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างกันดี ทำให้ ผู้สูงอายุมีความสุขอายุยืนยาว	12	6.9
6	ในปัจจุบันสภาพอากาศและสภาพแวดล้อมไม่ดี ดังนั้นผู้ดูแล ผู้สูงอายุควรมีการจัดการกับสภาพแวดล้อม โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ใน ที่ ๆ ให้เหมาะสม โดยมีสภาพแวดล้อมที่ดี ดูแลรักษาความสะอาด เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ มีการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุ ดูแลเรื่องการลุก การนั่ง การเดิน ทุกขั้นตอน เพื่อความปลอดภัยของ ผู้สูงอายุ	11	6.3

ตารางที่ 4-92 (ต่อ)

ข้อที่	ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่อง รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
7	ในเรื่องการดูแลเรื่องอาหาร การขับถ่าย และการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุ บางครั้งผู้ดูแลจัดอาหารในแต่ละมื้อไม่ครบหลักอาหาร 5 หมู่ ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับสารอาหารและการจัดการในเรื่องอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานในแต่ละมื้อให้ครบหลัก โภชนาการอาหาร 5 หมู่ อาหารในการบริโภคต้องสะอาดและสดใหม่ ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย และดูแลเรื่องระบบการขับถ่าย ให้ผู้สูงอายุพักผ่อนให้เพียงพอและดูแลในเรื่องอารมณ์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและสภาพจิตใจ สดใส อารมณ์ดี อยู่เสมอ	13	7.4
8	รัฐบาลควรเพิ่มการให้สวัสดิการและการส่งเสริมการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายเพียงพอได้โดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน ภาครัฐควรเข้ามาส่งเสริมให้ผู้สูงอายุบางคน ทำงาน โดยใช้ความรู้ที่เขามีออกมา โดยเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการเพิ่มขึ้น เช่น เพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้มากขึ้น เจ้าหน้าที่ควรเป็นผู้ที่มีจิตอาสา ทำงานด้วยจิตใจที่โอบอ้อมอารี เหมือนดูแลผู้สูงอายุ เช่น พ่อแม่หรือญาติตนเอง มีความรักในการทำงานมากกว่าที่จะทำเพราะหน้าที่และเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ	10	5.7
9	ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีจิตใจให้บริการ (Service mind) โดยมีจิตใจบริการ ทำงานด้วยความตั้งใจจริง เห็นผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ในการสรรหาและคัดเลือก ควรสรรหาและคัดเลือกคุณลักษณะบุคคลที่มีความรู้ในด้านการดูแลผู้สูงอายุและมีจิตใจรักการบริการในด้านการดูแลผู้สูงอายุ	4	2.3
10	ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องรู้จักวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม มีการติดต่อ สื่อสารที่ดีเยี่ยม ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และพูดจาชัดเจน	4	2.3

ตารางที่ 4-92 (ต่อ)

ข้อที่	ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่อง รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
11	ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีการทำงานเป็นทีม สามารถร่วมทำงานกับผู้อื่น ได้ มีทีมงานในการบริหารจัดการ เพื่อให้งานด้านการดูแล ผู้สูงอายุ สำเร็จตามวัตถุประสงค์	4	2.3
12	ผู้ดูแลต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติหน้าที่ทำงานด้วย ความสุจริตและเสมอต้นเสมอปลาย	4	2.3
13	ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับการอบรมก่อนทำงาน โดยมีใบ ประกาศนียบัตรจากการอบรมภาคทฤษฎีสามเดือน ภาคปฏิบัติอย่าง น้อยไม่ต่ำกว่า 3 เดือน บางโรงเรียน สามถึงหกเดือน แต่อย่างน้อยไม่ เกิน 480 ชั่วโมง โดยจะต้องมีการฝึกฝนให้มีสมรรถนะในการดูแล ตามช่วงวัยของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ โดยจะครอบคลุม 3 สมรรถนะ คือ สมรรถนะหลัก สมรรถนะการจัดการ และสมรรถนะหน้าที่ โดยต้องมีการเรียนรู้ในรายละเอียดของ ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ซึ่งในการดูแลแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม ได้รับการดูแลอีกแบบหนึ่ง หรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ต้องได้รับการดูแลอีกแบบหนึ่ง ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับการสอน ตามหลักสูตรและต้องมีการกำกับดูแลให้ได้ตามมาตรฐาน	3	1.7
14	หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ ควรให้ ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยสามารถเอาทักษะและประสบการณ์ของ ผู้สูงอายุที่มีอยู่ไปเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติ และสังคม โดยการ ค้นหาความสามารถและประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีอยู่แต่ละคน ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแสดงออกทางความคิด การสร้างมดี สัมพันธ์กับสังคมให้มาก ๆ เช่น การให้มีเวทีของผู้สูงอายุการอบรม สัมมนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์	3	1.7

ตารางที่ 4-92 (ต่อ)

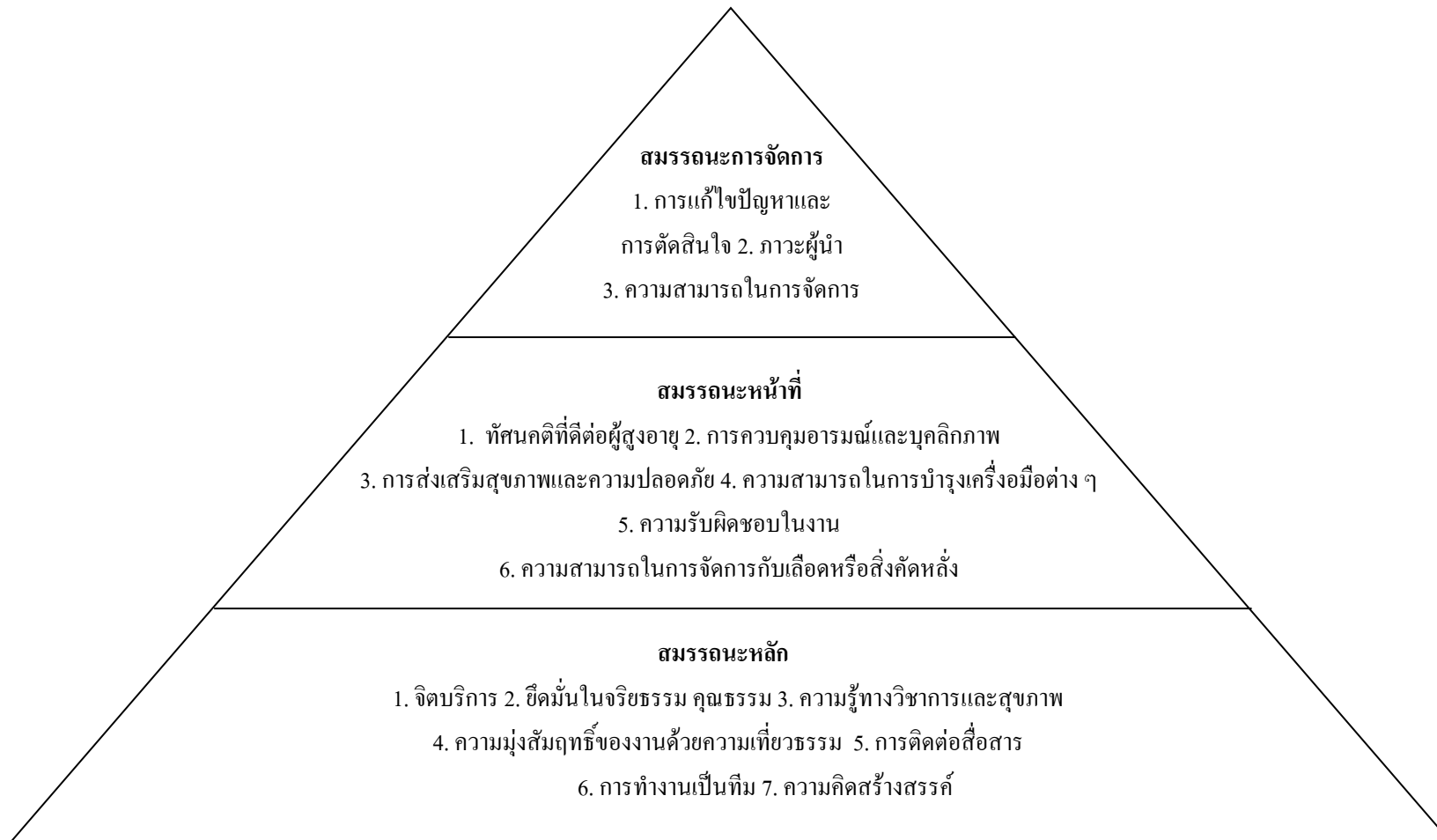
ข้อที่	ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่อง รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
15	ควรมีการบริการทางการแพทย์มาบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้สูงอายุจะได้ไม่ลำบากในการเดินทาง	3	1.7
16	ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความรับผิดชอบในหน้าที่และปฏิบัติหน้าที่ ตามที่ได้รับมอบหมายให้ดีที่สุด	3	1.7
17	ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีการอบรมและการเรียนรู้ด้วยตัวเอง โดยสามารถ อ่านจากเอกสาร หนังสือ วัสดุและเปิดเวปไซด์ เพื่อเข้าเป็นสมาชิก ในการเข้าอบรมและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่หน่วยงานต่าง ๆ จัดให้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้เรื่องจิตวิทยาผู้สูงอายุและ จิตวิทยาสังคม โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความใจเย็นและต้องมี จิตวิทยาในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุข มีความเข้าใจ ห่วงใย เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้รับการออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ และสนทนาพูดคุยกับผู้สูงอายุโดยและเปลี่ยนความรู้และ ความคิดเห็นตามกับผู้สูงอายุต้องการ	3	1.7
19	ให้คำแนะนำที่ดีต่อผู้สูงอายุให้คำแนะนำที่ดีแก่ผู้สูงอายุ	2	1.1
20	ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องไม่เลือกปฏิบัติ ไม่เห็นแก่อำมีสติในใจ การ ดูแลเอาใจใส่ยึดหลักเสมอภาค	2	1.1
21	ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องเป็นคนรอบคอบ ไม่ผลอหลับขณะดูแลผู้สูงอายุ	2	1.1
22	ผู้ดูแลต้องมีการทำงานมุ่งผลสัมฤทธิ์ รู้ว่ามีหน้าที่อะไร ทำอย่างไรให้ งานเสร็จบรรลุผลตามเป้าหมาย	2	1.1
23	ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเห็นความสำคัญและให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยจะต้อง ฝึกตนเองให้เป็นผู้รับฟังที่ดี	2	1.1
24	ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องรู้จักควบคุมเวลา ต้องตรงต่อเวลา	2	1.1

ตารางที่ 4-92 (ต่อ)

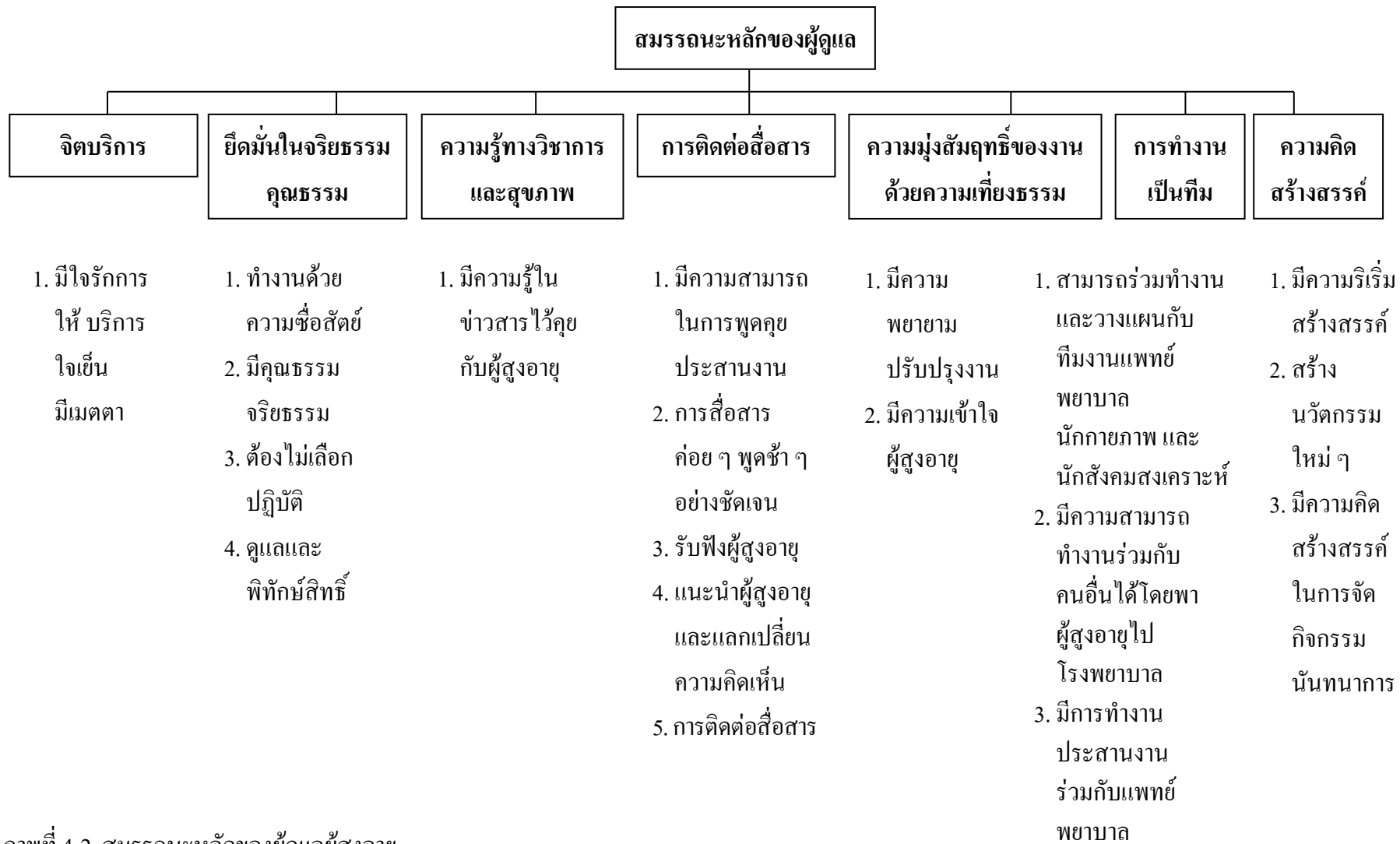
ข้อที่	ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่อง รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
25	ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุควรจะเปลี่ยนความคิด (Concept) ใหม่ไปจากเดิม การให้ผู้สูงอายุไปอยู่บ้านพักคนชราเป็นความคิดเก่า ๆ ควรเปลี่ยนความคิดในแนวใหม่ ๆ แบบญี่ปุ่น เป็นต้น เช่น การมีนักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ พยาบาล เข้าไปดูแลประชาชนผู้สูงอายุที่บ้าน และควรส่งเสริมมูลนิธิฯ ต่าง ๆ เพื่อให้คนที่อยากทำงานเพื่อสังคมไปทำงานเพื่อผู้สูงอายุ โดยให้รัฐบาลฯ ส่งเสริมและสนับสนุนมูลนิธิฯ เหล่านั้น เช่น การสร้างห้องสมุดในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นต้น	1	0.57
26	ในเรื่องการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ เป็นสิ่งสำคัญให้ผู้สูงอายุทราบถึงกิจกรรมที่หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนจัดให้ เพื่อผู้สูงอายุจะได้เข้าถึงการให้บริการของหน่วยงาน	1	0.57
27	มีหน่วยงานอบรมดูแลผู้สูงอายุ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง	1	0.57
28	ให้ผู้สูงอายุฝึกนั่งสมาธิสติปัญญา 4 คือ ทาน ศีล สมาธิ ปัญญา	1	0.57
29	มีการจัดสถานที่อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น ห้องพยาบาล ห้องพักผ่อนในสถานที่สาธารณะและมีรถสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ	1	0.57
30	อยากให้ผู้สูงอายุเข้าใจคำสอนของศาสนาเรื่องการอย่ายึดติด ให้รู้จักหัดปล่อยวาง	1	0.57
31	ควรเป็นคนมีสมรรถนะเกี่ยวกับอาชีพทำให้ดีในทุกด้าน	1	0.57
32	ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถโดยอิสระ	1	0.57
รวมผู้ให้ข้อเสนอแนะ		175	100.00

จากตารางที่ 4-92 พบว่า ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากที่สุด ในการจัดการเรื่องการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ถูกต้องในบางเรื่อง เพราะยังไม่มีความรู้มากพอ ก็เลยจัดการเรื่องต่าง ๆ ไม่ดีนัก ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีความรอบรู้รอบด้านในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพอนามัย ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์และ

การให้ผู้สูงอายุทานยาที่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ควรมีการเข้าอบรมแรงงานผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่อง CPRและการใช้เครื่อง AED การนิคยาและการเย็บแผล จะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที และควรมีหน่วยงานอบรมดูแลผู้สูงอายุ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง และในเรื่อง คุณสมบัติของผู้ดูแลควรมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป จบวุฒิการศึกษา ม.3-ม. 6 หรือปวช. ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีวุฒิภาวะ ผ่านการเรียน หรือประกาศนียบัตร หรือการผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากกระทรวงศึกษาธิการ ได้ประกาศนียบัตรผ่านการเรียนรู้ผู้ช่วยการพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีร่างกายที่แข็งแรง เมื่อเข้ามาทำงานเทียบวุฒิในการทำงานเทียบความชำนาญเท่ากับกับปวส. แต่ไม่ได้วุฒิการศึกษา แต่ถ้ามีโอกาสให้ไปศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น จนถึงระดับปริญญาตรี ทางด้านการจัดการ โดยทำงานไปด้วยเรียนไปด้วย ถ้าจบ ป.ตรี คนจะเข้าสู่เส้นทางอาชีพนี้มากยิ่งขึ้น ในปัจจุบันแรงงานผู้ดูแลผู้สูงอายุมีน้อยมาก แรงงานไทยไม่ชอบทำงานประเภทนี้ ดังนั้น ต้องรับแรงงานต่างชาติมาฝึกอบรมแล้วมาดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเสี่ยงอันตรายต่อผู้สูงอายุมาก และหน่วยงานภาครัฐยังไม่เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเท่าที่ควร บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีน้อย ยังมีคุณภาพยังไม่ดีพอ และไม่ทั่วถึง ทำให้ภาระจึงตกอยู่กับครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเอง ถ้าครอบครัวส่งไปสถานดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นรัฐบาลควรเพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่สูงขึ้น และสถานพยาบาลควรมีแผนกดูแลผู้สูงอายุโดยตรงและคิดค่าบริการไม่แพงนัก โดยให้บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและช่วยกันดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีการดูแลผู้สูงอายุให้ทั่วถึงอย่างใกล้ชิดและดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีให้กำลังใจผู้สูงอายุให้มาก ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและรองลงมาตามลำดับ คือ สังคมไทยในปัจจุบันผู้สูงอายุต้องการแบกรับภาระที่ปล่อยละเลยในการดูแลสุขภาพทุก ๆ ด้าน ถ้าสุขภาพไม่ดีตั้งแต่ช่วงตอนต้นและตอนกลางของสูงอายุแล้ว ส่งผลในตอนปลายผู้สูงอายุมีโรคสมองเสื่อม กระดูกพรุน สายตา หูบกพร่องไปก่อนวัยอันควร ผู้ดูแลต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจดี มีความเมตตาสูง มีความอดทน มีความเข้าใจ มีความเมตตาและรักเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุต้องใจรักจริง ๆ โดยทำด้วยความเต็มใจ มีความอ่อนโยน และมีความใจเย็นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขภาพร่างกายและจิตใจแจ่มใส



ภาพที่ 4-1 รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ



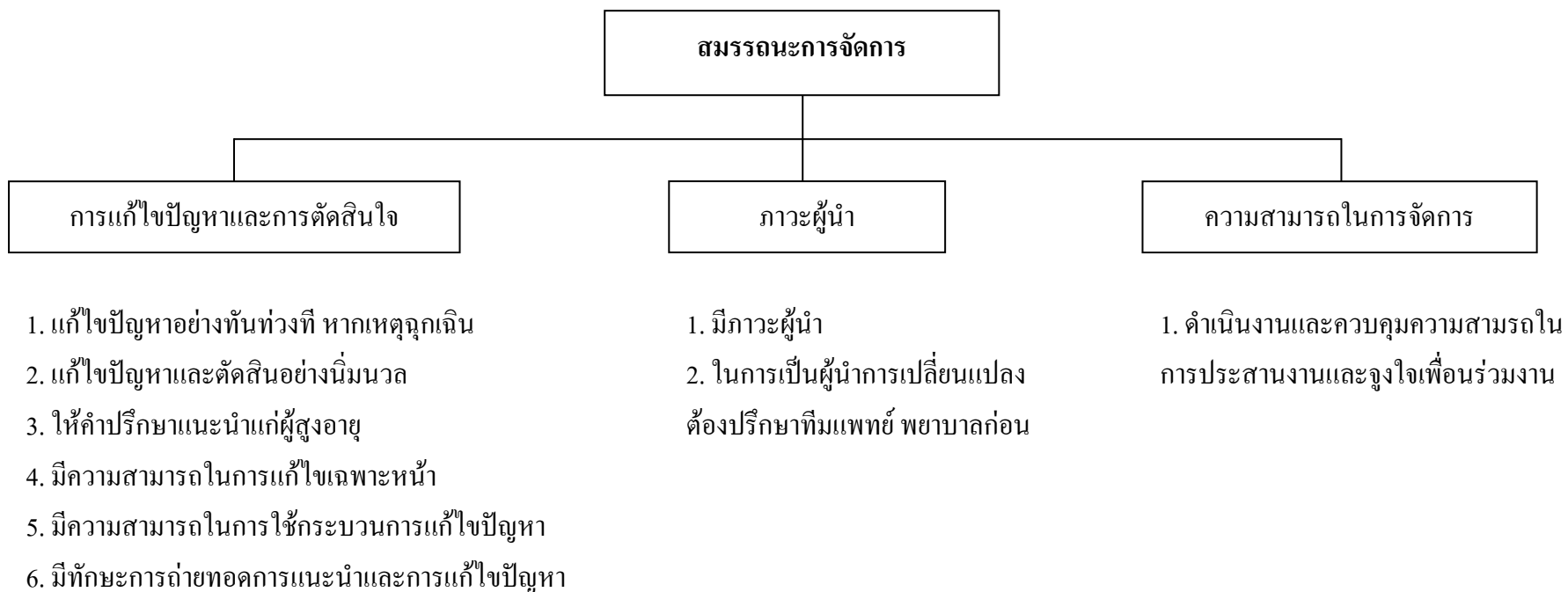
ภาพที่ 4-2 สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ



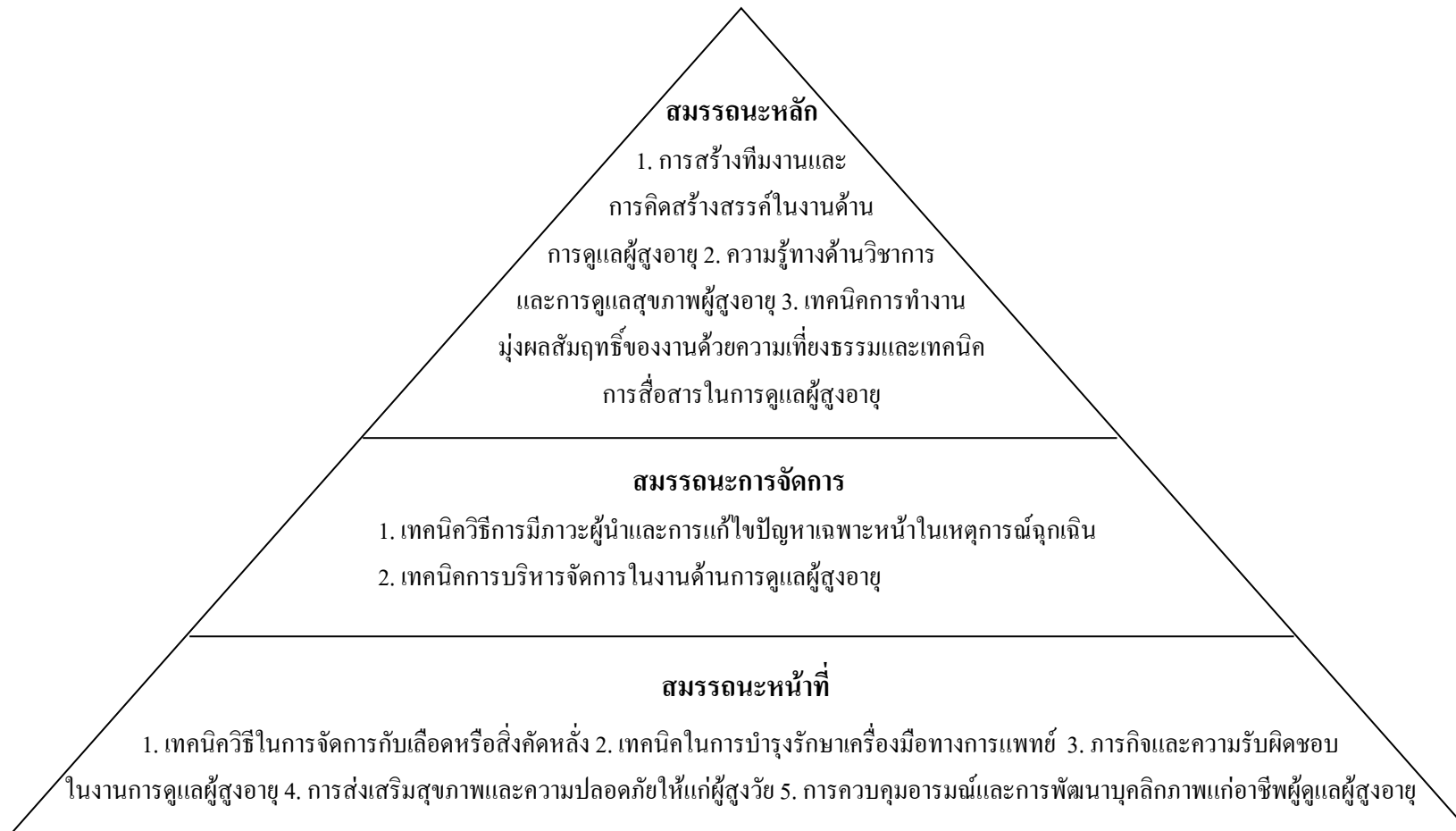
ภาพที่ 4-3 สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ



1. ความสามารถในการจัดการกับเลือด น้ำมูก น้ำลาย น้ำเหลือง เสมหะ ปัสสาวะ อุจจาระ



ภาพที่ 4-4 สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ



ภาพที่ 4-5 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยใช้ การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์เพื่อยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการประชุม Focus group ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนด้านผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุที่เป็นผู้ประกอบการธุรกิจสถานบริบาลเดอะซีเนียร์เป็นนายแพทย์ จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1 คน จากบ้านพักคนชราบางแค 1 ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน จากบ้านพักคนชราบางแค 1 และผู้สูงอายุเป็นผู้นำชุมชนและเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจากชุมชนบางพลัด จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 6 คน โดยการประชุมเฉพาะเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งใช้เวลาในการประชุมตั้งแต่เวลา 12.00 ถึง 16.30 น. ที่ห้อง VIP 3 ชั้น 2 โรงแรมจันทร์เกษมปาร์ค มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ถนนรัชดาภิเษก เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ประเด็นคำถามที่ 1: ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับรูปแบบสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในรายละเอียดดังต่อไปนี้ ท่านเห็นด้วยหรือไม่ เพราะอะไร และอย่างไร

หัวข้อ 1.1 การมีจิตบริการ หัวข้อ 1.2 การยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม หัวข้อ 1.3 การมีความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ หัวข้อ 1.4 ความมุ่งมั่นสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรม หัวข้อ 1.5 การติดต่อสื่อสาร หัวข้อ 1.6 การทำงานเป็นทีม หัวข้อ 1.7 ความคิดสร้างสรรค์ ตามลำดับจากมากไปหาน้อย

ตารางที่ 4-93 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ
สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.1 จิตบริการ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	1.1 จิตบริการ	เห็นด้วยเพราะการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีจิตบริการ	-	การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ) ปัญญาเรื้อน		เห็นด้วยเพราะผู้ดูแลต้องมีความใจเย็น และใจดี เพื่อช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยเพราะใจรักในงานการดูแลผู้สูงอายุ	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยในการดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นมาก	-	-
6. ผู้ช่วย พยาบาล		เห็นด้วยในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีจิตบริการ	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 1.1 จิตบริการอยู่ลำดับที่ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจำนวน 1 คน

จากตารางที่ 4-93 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่ารูปแบบสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 1.1 จิตบริการ เป็นลำดับที่ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จำนวน 1 คน กล่าวว่า จิตบริการเป็นการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ตารางที่ 4-94 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ
สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.2 การยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	1.2 การยึดมั่นใน จริยธรรมคุณธรรม	เห็นด้วยเพราะการดูแล ผู้สูงอายุจะต้องยึดมั่นใน จริยธรรมคุณธรรม	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยเพราะในการดูแล ผู้สูงอายุต้องมีความเมตตา กรุณา มีจิตใจเป็นธรรม ต่อทุกคน	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยเพราะในการดูแล ผู้สูงอายุต้องมีจิตใจเป็น ธรรม มีความเมตตากรุณา และมีความซื่อสัตย์	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยในการดูแล ผู้สูงอายุต้องมีความเสมอ ภาค ยุติธรรม โปร่งใส และทำงานด้วยความ ซื่อสัตย์	-	-
6. ผู้ช่วย พยาบาล		เห็นด้วยในการดูแล ผู้สูงอายุต้องทำงานด้วยใจ รักและมีความยุติธรรม	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 1.2 การยึดมั่นใน จริยธรรมคุณธรรม อยู่ ลำดับที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-94 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 1.2 การยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม เป็นลำดับที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 4-95 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.3 การมีความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	1.3 การมีความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีความรู้ทางวิชาการและสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ	-	สมรรถนะในการให้คำแนะนำ
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องคำนึงถึงสุขภาพการรักษาความสะอาด ถูกสุขลักษณะอนามัยต่อผู้สูงอายุ	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงในเรื่องการกินอาหารให้ถูกต้องตามโภชนาการและทานยาให้ถูกเวลา	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีองค์ความรู้ในอาชีพและความรู้ทั่วไป เพื่อดูแลผู้สูงอายุ	-	-

ตารางที่ 4-95 (ต่อ)

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
6. ผู้ช่วยพยาบาล		เห็นด้วยในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้และจะต้องมีการเพิ่มเติมความรู้ตลอดเวลา	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 1.3 การมีความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ อยู่ลำดับที่ 3 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจำนวน 1 คน

จากตารางที่ 4-95 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่ารูปแบบสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 1.3 การมีความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ เป็นลำดับที่ 3 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 4-96 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.4 ความมุ่งมั่นทุ่มเทของงานด้วยความเที่ยงธรรม

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	1.4 ความมุ่งมั่นทุ่มเทของงานด้วยความเที่ยงธรรม	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติงานด้วยความถูกต้องเที่ยงธรรม เช่น การให้ยาที่ถูกต้องและตรงเวลา	-	-

ตารางที่ 4-96 (ต่อ)

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องทำงานดูแลกิจวัตร ประจำวันในการกิจให้ สำเร็จ	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่จะทำอย่างไร ให้งานดูแลผู้สูงอายุ สัมฤทธิ์ผล เช่น การดูแล ในกิจวัตรประจำวันให้ สำเร็จ	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยที่ต้องตั้งเป้า ความสำเร็จในการทำงาน	-	-
6. ผู้ช่วย พยาบาล		เห็นด้วยในการทำงานให้ บรรลุเป้าหมาย คือ ให้ ผู้สูงอายุสามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 1.4 ความมุ่งมั่นสัมฤทธิ์ของ งานด้วยความเที่ยงธรรม อยู่ลำดับที่ 4 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-96 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 1.4 ความมุ่งมั่นสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรม เป็นลำดับที่ 4 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 4-97 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ
สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.5 การติดต่อสื่อสาร

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	1.5 การติดต่อ สื่อสาร	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องมีสมรรถนะในการ ติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ที่ติดต่อเพื่อให้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง รวดเร็ว	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องมีการประสานงาน พูดคุยกับผู้สูงอายุ	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องคุยติดต่อประสานงาน กับผู้สูงอายุและ ผู้เกี่ยวข้อง	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องสื่อสารเสียงดังฟัง ชัด เนื่องจากผู้สูงอายุบาง คนหูหนวก	-	-
6. ผู้ช่วย พยาบาล		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องคุยกับผู้สูงอายุ	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 1.5 การติดต่อสื่อสาร อยู่ ลำดับที่ 5 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-97 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 1.5 การติดต่อสื่อสาร เป็นลำดับที่ 5 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐

ตารางที่ 4-98 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.6 ทำงานเป็นทีม

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	1.6 การทำงานเป็นทีม	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีสมรรถนะในการทำงานเป็นทีม เนื่องจากต้องประสานกับทีมต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ ดังนั้นความร่วมมือเป็นทีมเป็นสิ่งสำคัญ	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องประสานกับผู้เกี่ยวข้อง	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องทำงานกับผู้เกี่ยวข้อง โดยเป็นผู้ประสานงานติดต่อพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล เมื่อเวลาผู้สูงอายุเจ็บป่วย	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยที่ในองค์กรจะต้องทำงานเป็นทีม เราไม่สามารถทำงานคนเดียวได้	-	-

ตารางที่ 4-98 (ต่อ)

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
6. ผู้ช่วยพยาบาล		เห็นด้วย	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 1.6 การทำงานเป็นทีม อยู่ ลำดับที่ 6 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ	-	-

จากตารางที่ 4-98 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 1.6 การทำงานเป็นทีม เป็นลำดับที่ 6 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 4-99 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 1.7 ความคิดสร้างสรรค์

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	1.6 ความคิดสร้างสรรค์	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีสมรรถนะในด้านความคิดสร้างสรรค์	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีความคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ให้กับผู้สูงอายุ เช่น การคิดกิจกรรมการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุพิการ นั่งวิลแชร์	-	-

ตารางที่ 4-99 (ต่อ)

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีความคิดสร้างสรรค์ มีความคิดเชิงบวก เพื่อสรรหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่วัยผู้สูงอายุ	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยในการทำงานต้องสร้างสรรค์สิ่งแปลกใหม่และคิดเชิงบวก	-	-
6. ผู้ช่วยพยาบาล		เห็นด้วย	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 1.7 ความคิดสร้างสรรค์ อยู่ลำดับที่ 7 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-99 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 1.7 ความคิดสร้างสรรค์ เป็นลำดับที่ 7 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ

ประเด็นคำถามที่ 2: ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับรูปแบบสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในรายละเอียดดังต่อไปนี้ ท่านเห็นด้วย เพราะอะไร และอย่างไร หัวข้อ 2.1 การแก้ไข ปัญหา และการตัดสินใจ หัวข้อ 2.2 ภาวะผู้นำ หัวข้อ 2.3 ความสามารถในการจัดการ ตามลำดับ มากไปหาน้อย

ตารางที่ 4-100 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ
สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 2.1 การแก้ไขปัญหาและการ
ตัดสินใจ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	2.1 การแก้ไข ปัญหาและการ ตัดสินใจ	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องมีสมรรถนะในการ แก้ไขปัญหาและการ ตัดสินใจ เนื่องจากเวลา ดูแลผู้สูงอายุ และกรณี เกิดปัญหาเฉียบพลันขึ้น ผู้ดูแลต้องสามารถ ตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว และแก้ไขปัญหาได้ทัน สถานการณ์	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องแก้ไขปัญหาและ ตัดสินใจอย่างกระตือรือร้น เพื่อเรียกรถพยาบาลหรือ เพื่อนบ้านมาช่วยชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุ	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องแก้ไขปัญหาและ ตัดสินใจ ถ้าผู้สูงอายุป่วย หนัก ต้องหาหมอทันที	-	-

ตารางที่ 4-100 (ต่อ)

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
5. พยาบาล		เห็นด้วยเพราะในการทำงานเป็นผู้ดูแลบางครั้งอาจเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินดังนั้นจึงต้องการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจ	-	-
6. ผู้ช่วยพยาบาล		เห็นด้วยเพราะเรามีศักยภาพที่จะตัดสินใจและแก้ไขปัญหาแทนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 2.1 การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ อยู่ลำดับที่ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-100 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่ารูปแบบสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 2.1 การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ เป็นลำดับที่ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 4-101 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ
สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 2.2 ภาวะผู้นำ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	2.2 ภาวะผู้นำ	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีสมรรถนะภาวะผู้นำ สามารถให้การดูแล ผู้สูงอายุตามหลักการที่ถูกต้อง พิจารณาตัดสินใจได้ ไม่ใช่ต้องรอรับคำสั่งอย่างเดียวในการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจว่าตนเองได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีภาวะผู้นำในบางครั้ง เพื่อให้งานการดูแลผู้สูงอายุสำเร็จ	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ ต้องมีการนำ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบางครั้ง โดยจะต้องขอคำปรึกษาจากทีมแพทย์และพยาบาลก่อน	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยในการดูแลผู้สูงอายุบางครั้งต้องนำเขาหรือต้องมีการกระตุ้นเขา	-	-
6. ผู้ช่วยพยาบาล		เห็นด้วยบางครั้งต้องนำเขาในเหตุการณ์ฉุกเฉิน	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 2.2 ภาวะผู้นำ อยู่ลำดับที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-101 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่ารูปแบบสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 2.2 ภาวะผู้นำ เป็นลำดับที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยเปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 4-102 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ
สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 2.3 ความสามารถในการจัดการ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	2.3 ความสามารถ ในการจัดการ	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องมีสมรรถนะในการ จัดการดูแลผู้สูงอายุได้	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยผู้ดูแลต้องวางแผน ดำเนินการและควบคุมให้ งานเสร็จ	-	-
6. ผู้ช่วย พยาบาล		เห็นด้วยผู้ดูแลต้องดำเนิน งานตามขั้นตอน ให้งานดูแล สำเร็จ	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 2.3 ความสามารถในการจัดการ อยู่ลำดับที่ 3 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-102 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า
รูปแบบสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 2.3 ความสามารถในการจัดการ เป็น
ลำดับที่ 3 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ

ประเด็นคำถามที่ 3: ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับรูปแบบสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุในรายละเอียด ดังต่อไปนี้ ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เพราะอะไร และอย่างไร หัวข้อ 3.1
ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ หัวข้อ 3.2 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ หัวข้อ 3.3 การส่งเสริมสุขภาพ
และความปลอดภัย หัวข้อ 3.4 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ หัวข้อ 3.5 ความ
รับผิดชอบในงาน หัวข้อ 3.6 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง

ตารางที่ 4-103 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ
สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.1 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	3.1 ทักษะที่ดีต่อ ผู้สูงอายุ	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ	-	
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	
5. พยาบาล		เห็นด้วยที่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุต้องทำงานด้วยใจ	-	
6. ผู้ช่วย พยาบาล		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ	-	
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 3.1 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ อยู่ ลำดับที่ 1 จำนวน 6 คน คิด เป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-103 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า
รูปแบบสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควร มี หัวข้อ 3.1 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ เป็นลำดับที่ 1
จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 4-104 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.2 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	3.2 การควบคุม อารมณ์และ บุคลิกภาพ	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมี การควบคุมอารมณ์และ บุคลิกภาพ บางครั้ง ผู้สูงอายุ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ดูแลจะต้องควบคุมอารมณ์ และวางตัวมีบุคลิกภาพที่ เหมาะสม น่าเชื่อถือ และเป็น ที่ไว้วางใจ	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้สูงอายุต้องควบคุม อารมณ์และบุคลิกภาพ	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยมาก ๆ ที่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุต้องนั่งให้ได้และเป็น ผู้ฟังที่ดี	-	-
6. ผู้ช่วย พยาบาล		เห็นด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุต้อง ควบคุมอารมณ์ได้ ต้องมีความ ใจเย็นรับฟังปัญหาของเขา	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 3.2 การควบคุมอารมณ์และ บุคลิกภาพ อยู่ลำดับที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อย เปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-104 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 3.2 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ เป็นลำดับที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4-105 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.3 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	3.3 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถดูแลให้ผู้สูงอายุให้ได้รับความปลอดภัย	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีการดูแลสุขภาพและดูแลความปลอดภัยผู้สูงอายุ	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยต้องส่งเสริมสุขภาพและดูแลความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	-	-
6. ผู้ช่วยพยาบาล		เห็นด้วยแต่คิดว่าเป็นสิ่งสำคัญ	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 3.3 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย อยู่ลำดับที่ 3 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-105 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีหัวข้อ 3.3 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย เป็นลำดับที่ 3 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4-106 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อ สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.4 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	3.4 ความสามารถ ในการบำรุง เครื่องมือต่าง ๆ	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องมีความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ ได้	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องมีความสามารถในการใช้และบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ ได้	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วย	-	-
6. ผู้ช่วย พยาบาล		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลต้อง สามารถดูแลและเก็บรักษา ทำความสะอาดเครื่องมือได้	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 3.4 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ อยู่ ลำดับที่ 4 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 100	-	-

จากตารางที่ 4-106 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีหัวข้อ 3.4 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ เป็นลำดับที่ 4 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละเจ็ด

ตารางที่ 4-107 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.5 ความรับผิดชอบในงาน

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	3.5 ความรับผิดชอบในงาน	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรับผิดชอบสูง ในการดูแลผู้สูงอายุ	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลต้องมีความรับผิดชอบในงานเช่น การให้ยาตามแพทย์สั่ง ถูกขนาด ถูกเวลา	-	-
6. ผู้ช่วยพยาบาล		เห็นด้วย	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 3.5 ความรับผิดชอบในงาน อยู่ลำดับที่ 5 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-107 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีหัวข้อ 3.5 ความรับผิดชอบในงาน เป็นลำดับที่ 5 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละเจ็ด

ตารางที่ 4-108 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในหัวข้อ 3.6 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	3.5 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง	เห็นด้วยที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง ในการดูแลและให้การพยาบาลได้	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการทำแผลและระมัดระวังการแพร่เชื้อ	-	-
6. ผู้ช่วยพยาบาล		เห็นด้วยที่ผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเบื้องต้นกับการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับหัวข้อ 3.6 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง อยู่ลำดับที่ 6 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-108 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่ารูปแบบสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีหัวข้อ 3.6 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง เป็นลำดับที่ 6 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ

ประเด็นคำถามที่ 4: ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับเทคนิควิธีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในรายละเอียดดังต่อไปนี้ ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เพราะอะไรและอย่างไร

หัวข้อ 4.1 การสัมมนา หัวข้อ 4.2 การทำ Workshop หัวข้อ 4.3 การปฏิบัติงานจริง (On-the-job training) หัวข้อ 4.4 การมอบหมายงาน หัวข้อ 4.5 การหมุนเวียนงาน หัวข้อ 4.6 การศึกษาดูด้วยตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ การดูแผ่นซีดี หัวข้อ 4.7 การสอนงาน

ตารางที่ 4-109 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อเทคนิควิธีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	4.1 การสัมมนา 4.2 การทำ Workshop 4.3 การปฏิบัติงานจริง (On-the-job training) 4.4 การมอบหมายงาน 4.5 การหมุนเวียนงาน 4.6 การศึกษาดูด้วยตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ การดูแผ่นซีดี 4.7 การสอนงาน	เห็นด้วย	-	
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	
5. พยาบาล		เห็นด้วย	-	5.1 ศึกษาดูงาน 5.2 Knowledge Base Management 5.3 Play Role
6. ผู้ช่วยพยาบาล		เห็นด้วย	-	

ตารางที่ 4-109 (ต่อ)

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
สรุป		มีความเห็น ด้วยกับหัวข้อ เทคนิควิธีการ พัฒนา สมรรถนะ ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อย เปอร์เซ็นต์	-	มีข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ

จากตารางที่ 4-109 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า เทคนิควิธีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมี หัวข้อ 4.1 การสัมมนา หัวข้อ 4.2 การทำ Workshop หัวข้อ 4.3 การปฏิบัติงานจริง (On-the-job training) หัวข้อ 4.4 การมอบหมายงาน หัวข้อ 4.5 การหมุนเวียนงาน หัวข้อ 4.6 การศึกษาด้วยตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ การดูแผ่นซีดี หัวข้อ 4.7 การสอนงาน จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมมีดังนี้ 1. กรณีศึกษา (Case study) 2. ศึกษาดูงาน 3. การจัดการความรู้ (Knowledge base management) 4. การแสดงบทบาทสมมุติ (Play role)

ประเด็นคำถามที่ 5: ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถ มาจัดทำแผนพัฒนาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency dictionary ด้วยหัวข้อที่ต้องพัฒนาเร่งด่วน โดยการเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตร “การพัฒนาสมรรถนะทางการดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุตามเนื้อหาสาระของสมรรถนะ ดังต่อไปนี้ 1. สมรรถนะหน้าที่ คือ ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง (PNI = 0.22) 2. สมรรถนะการจัดการ คือ การ

แก้ไขปัญหาและการตัดสินใจและภาวะผู้นำ (PNI = 0.16) 3. สมรรถนะหลัก คือ การทำงานเป็นทีม และความคิดสร้างสรรค์ (PNI = 0.18) ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เพราะอะไรและอย่างไร

ตารางที่ 4-110 การวิเคราะห์-สังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คน	หัวข้อ	ประเด็นความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะ
1. (ผอ.)	5.1 1. สมรรถนะหน้าที่ คือ ความสามารถในการจัดการ กับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง 2.สมรรถนะการจัดการ คือ การแก้ไขปัญหาและการ ตัดสินใจและมีภาวะผู้นำ 3.สมรรถนะหลัก คือ 1. ทำงาน เป็นทีมและมี ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	เห็นด้วย	-	-
2. (แพทย์)		เห็นด้วย	-	-
3. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
4. (ผู้สูงอายุ)		เห็นด้วย	-	-
5. พยาบาล		เห็นด้วย	-	-
6. ผู้ช่วย พยาบาล		เห็นด้วย	-	-
สรุป		มีความเห็นด้วยกับ รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อย เปอร์เซ็นต์	-	-

จากตารางที่ 4-110 พบว่า จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่คิดว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วยดังต่อไปนี้ 1. สมรรถนะหน้าที่ คือ ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง 2. สมรรถนะการจัดการ คือ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจและภาวะผู้นำ 3. สมรรถนะหลัก คือ 1. การทำงานเป็นทีมและความคิดสร้างสรรค์ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7

สรุป

1. รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสมรรถนะ 3 ประการ คือ
 - (1) สมรรถนะหลักของผู้ดูแล ได้แก่ 1.1 จิตบริการ 1.2 ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม 1.3 ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ 1.4 ความมุ่งมั่นทุ่มเทของงานด้วยความเที่ยงธรรม 1.5 การติดต่อสื่อสาร 1.6 การทำงานเป็นทีม 1.7 ความคิดสร้างสรรค์ องค์ประกอบที่ 2 คือ สมรรถนะการจัดการ ได้แก่ 2.1 การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ 2.2 ภาวะผู้นำ 2.3 ความสามารถในการจัดการ และ องค์ประกอบที่ 3 คือ สมรรถนะหน้าที่ ได้แก่ 3.1 ทักษะที่ติดต่อผู้สูงอายุ 3.2 การควบคุมอารมณ์ และบุคลิกภาพ 3.3 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย 3.4 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ 3.5 ความรับผิดชอบในงาน 3.6 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง
 2. สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก
 3. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถ มาจัดทำแผนพัฒนามาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency dictionary ด้วยหัวข้อที่ต้องพัฒนาเร่งด่วนโดยการเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตร “การพัฒนาสมรรถนะทางการดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุตามเนื้อหาสาระของสมรรถนะ ดังต่อไปนี้ 1. สมรรถนะหน้าที่ คือ 1.1 ความสามารถในการจัดการกับเลือด หรือสิ่งคัดหลั่ง 1.2 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ 1.3 ความรับผิดชอบในงาน 1.4 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย 1.5 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ ตามลำดับ 2. สมรรถนะการจัดการ คือ 2.1 ภาวะผู้นำและการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ 2.2 ความสามารถในการจัดการตามลำดับ และอันดับ 3. สมรรถนะหลัก 3.1 การทำงานเป็นทีมและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 3.2 ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ 3.3 ความมุ่งมั่นทุ่มเทของงานด้วยความเที่ยงธรรม 3.4 การติดต่อสื่อสาร การมีจิตบริการ และการยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม ตามลำดับ โดยมีหัวข้ออบรมวิธีการพัฒนา และผู้ให้การอบรม มีดังนี้ 1. สมรรถนะหน้าที่ คือ 1.1 เทคนิควิธีการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง 1.2 เทคนิคในการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ 1.3 ภารกิจและความ

รับผิดชอบในงานการดูแลผู้สูงอายุ 1.4 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุ 1.5 การควบคุมอารมณ์และการพัฒนาบุคลิกภาพแก่อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามลำดับ 2. สมรรถนะการจัดการ คือ 1.1 เทคนิควิธีการมีภาวะผู้นำและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในเหตุการณ์ฉุกเฉิน 1.2 เทคนิคการบริหารจัดการในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตามลำดับ และอันดับ 3. สมรรถนะหลัก คือ 3.1 การสร้างทีมงานและการคิดสร้างสรรค์ในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3.2 ความรู้ทางด้านวิชาการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3.3 เทคนิคการทำงานมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรมและเทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้สูงอายุตามลำดับ

ตารางที่ 4-111 การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามเส้นทางการพัฒนาบุคลากร

ที่	สมรรถนะ	หัวข้ออบรม	วิธีการพัฒนา	ผู้ให้การอบรม
1.	สมรรถนะ หน้าที่	1.1 เทคนิควิธีในการ จัดการกับเลือดหรือสิ่งคัด หลั่ง	- การฝึกอบรม, การสัมมนา	แพทย์, พยาบาล ในหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน
			- การสาธิต	
			- การปฏิบัติงานจริง	
			- การดูแลแผ่นซีดี	
		1.2 เทคนิคในการ บำรุงรักษาเครื่องมือ ทางการแพทย์	- การฝึกอบรม, การสัมมนา - การสาธิต - การหมุนเวียนงาน - การปฏิบัติงานจริง - การดูแลแผ่นซีดี	ผู้บริหารที่มีความ เชี่ยวชาญทางด้าน เทคนิคทาง การแพทย์ ในหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน
		1.3 ภารกิจและความ รับผิดชอบในงานการดูแล ผู้สูงอายุ	- การฝึกอบรม, การสัมมนา - การจัดการความรู้ - การฝึกทำกรณีศึกษา - การทำ Workshop - การศึกษาดูงาน	ผู้บริหารที่มีความ เชี่ยวชาญทางด้าน ผู้สูงอายุ ในหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน
		1.4 การส่งเสริมสุขภาพ และความปลอดภัยให้แก่ ผู้สูงอายุ	- การฝึกอบรม, การสัมมนา - การจัดการความรู้ - การฝึกทำกรณีศึกษา - การทำ Workshop	แพทย์, พยาบาล, ผู้บริหารที่มีความ เชี่ยวชาญทางด้าน ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4-111 (ต่อ)

ที่	สมรรถนะ	หัวข้ออบรม	วิธีการพัฒนา	ผู้ให้การอบรม
		1.5 การควบคุมอารมณ์และการพัฒนาบุคลิกภาพแก่อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ	- การฝึกอบรม,การสัมมนา - การแสดงบทบาทสมมุติ - การฝึกทำกรณีศึกษา - การปฏิบัติงานจริง	ผู้บริหารที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
2.	สมรรถนะการจัดการ	2.1 เทคนิควิธีการมีภาวะผู้นำและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในเหตุการณ์ฉุกเฉิน	- การฝึกอบรม,การสัมมนา - การแสดงบทบาทสมมุติ - การฝึกทำกรณีศึกษา	ผู้บริหารที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
		2.2 เทคนิคการบริหารจัดการในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ	- การฝึกอบรม,การสัมมนา - การแสดงบทบาทสมมุติ - การฝึกทำกรณีศึกษา - การปฏิบัติงานจริง	ผู้บริหารที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
3.	สมรรถนะหลัก	3.1 การสร้างทีมงานและการคิดสร้างสรรค์ในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ	- การฝึกอบรม,การสัมมนา - การแสดงบทบาทสมมุติ - การฝึกทำกรณีศึกษา - การปฏิบัติงานจริง - การจัดการความรู้ - การหมุนเวียนงาน	ผู้บริหารที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
		3.2 ความรู้ทางด้านวิชาการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	- การฝึกอบรม,การสัมมนา - การหมุนเวียนงาน - การปฏิบัติงานจริง - การดูแลพื้นที่ - การจัดการความรู้	ผู้บริหารที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านเทคนิคทางการแพทย์ในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

ตารางที่ 4-111 (ต่อ)

ที่	สมรรถนะ	หัวข้ออบรม	วิธีการพัฒนา	ผู้ให้การอบรม
	3.3	- เทคนิคการทำงานมุ่ง ผลสัมฤทธิ์ของงานด้วย ความเที่ยงธรรม	- การฝึกอบรม, การสัมมนา - การจัดการความรู้ - การฝึกทำกรณีศึกษา - การทำ Workshop	ผู้บริหารที่มีความ เชี่ยวชาญทางด้าน ผู้สูงอายุ ในหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน
		- เทคนิคการสื่อสารใน การดูแลผู้สูงอายุ		

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ประชากรโลกและประเทศไทยกำลังเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged society) และในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” และจากที่ประชากรโลกจะมีอายุยืนยาวขึ้น ถือว่าเป็นความสำเร็จของการสาธารณสุข จึงทำให้ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุจึงเพิ่มมากขึ้นด้วย และจากงานวิจัยของปริญญา แร่ทอง (2547), ปิยาภรณ์ จันทร์โพธิ์ (2547) และศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2550) พบว่า ผู้ดูแลไม่มีคุณภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อที่จะพัฒนาศมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในองค์กรผู้สูงอายุให้มีสมรรถนะที่พึงประสงค์และมีความเป็นมืออาชีพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งในการศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาศมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed methods research) ได้สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะตามลำดับ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย มีดังนี้

1. เพื่อศึกษารูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบัน
3. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถมาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency dictionary

ผลการวิจัย

1. รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสมรรถนะ 3 ประการ คือ องค์กรประกอบที่ 1 คือ สมรรถนะหลักของผู้ดูแล ได้แก่ 1.1 จิตบริการ 1.2 ยึดมั่นในจริยธรรม คุณธรรม 1.3 ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ 1.4 ความมุ่งมั่นทุ่มเทของงานด้วยความเที่ยงธรรม 1.5 การติดต่อสื่อสาร 1.6 การทำงานเป็นทีม 1.7 ความคิดสร้างสรรค์ องค์กรประกอบที่ 2 คือ สมรรถนะการจัดการ ได้แก่ 2.1 การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ 2.2 ภาวะผู้นำ 2.3 ความสามารถในการจัดการ และองค์กรประกอบที่ 3 คือ สมรรถนะหน้าที่ ได้แก่ 3.1 ทักษะที่ดีต่อผู้สูงอายุ 3.2 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ 3.3 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย 3.4 ความสามารถในการ

บำรุงเครื่องมือต่าง ๆ 3.5 ความรับผิดชอบในงาน 3.6 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง

2. สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก

3. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถ มาจัดทำแผนพัฒนามาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency dictionary ด้วยหัวข้อที่ต้องพัฒนาเร่งด่วน โดยการเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตร “การพัฒนาสมรรถนะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุตามเนื้อหาสาระของสมรรถนะ ดังต่อไปนี้ 1. สมรรถนะหน้าที่ คือ ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง (PNI = 0.22) 2. สมรรถนะการจัดการ คือ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจและภาวะผู้นำ (PNI = 0.16) 3. สมรรถนะหลัก คือ การทำงานเป็นทีมและความคิดสร้างสรรค์ (PNI = 0.18)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำประเด็นสำคัญที่พบมาอภิปรายผล ดังนี้

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า มี 3 องค์ประกอบ คือ สมรรถนะหลัก สมรรถนะการจัดการ และสมรรถนะหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะหลักของ McClland (n.d. อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548) และสุกัญญา รัศมีโชติ (2550) สอดคล้องกับสมรรถนะการจัดการของปิยชัย จันทรวงศ์ไพศาล (2549) และสุกัญญา รัศมีโชติ (2550) และสอดคล้องกับสมรรถนะหน้าที่ของ Cambell (1984; Lassey & Lassey, 2001; Kent, 2006 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม, 2549)

เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า สภาพปัจจุบันและความต้องการสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับค่ามากที่สุด อาจจะเป็นเพราะสมรรถนะหลักเป็นความรู้ ทักษะ และทัศนคติหลักขององค์กรที่ทุกหน่วยงานต้องถือเป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ได้แก่ ความมุ่งมั่น ความสำเร็จ การติดต่อสื่อสาร การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับลูกค้า ความซื่อสัตย์สุจริต การคิดอย่างเป็นระบบ และการทำงานเป็นทีม ตามแนวคิดและทฤษฎีของ McClland

เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายुरองลงมา และระดับความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าระดับสภาพปัจจุบัน

สมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจจะเป็นเพราะ Functional competency เป็นกลุ่ม Competency ที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะของกลุ่มงานหรือฝ่ายงานด้านการดูแลโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Campbell (1984; Lassey & Lassey, 2001) คือ ผู้ให้การดูแล (Care worker) ทำหน้าที่คล้าย ๆ กับพนักงานผู้ช่วยทางการแพทย์และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีหลายหน้าที่ทั้งทำความสะอาดพื้น การซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ การป้อนอาหาร และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ช่วยดูแลด้านสุขภาพที่ให้สอดคล้องบทบาทในการปฏิบัติงานทั่วไป แบ่งออกเป็น 7 หัวข้อใหญ่ ๆ (Kent, 2006 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม, 2549, หน้า 40-41) คือ 1.การแนะนำเบื้องต้น (Orientation) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ดูแลทางด้านสุขภาพ เช่น ลักษณะของงาน บทบาทและหน้าที่ การขอวันหยุด และการรายงานความเจ็บป่วยของตนเอง เครื่องแบบ ขั้นตอนการร้องเรียน นโยบายในแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ผู้ที่ให้การดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย สถานที่เก็บหนังสือรายงานอุบัติเหตุ การรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง การรายงานการซ่อมบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น 2. สุขภาพและความปลอดภัย (Health and safety) ผู้ช่วยดูแลจะต้องมีเอกสารเกี่ยวกับนโยบายในการปฏิบัติ เพื่อควบคุมการติดเชื้อ และระบุปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมได้ 3. การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control) ผู้ช่วยดูแลจะต้องทราบวิธีการล้างมืออย่างถูกต้อง สามารถระบุและอภิปรายกับพี่เลี้ยงในเรื่องการเตรียมทำความสะอาด น้ายาฆ่าเชื้อ และเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ มีความเข้าใจในวิธีการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายและแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในเรื่องการจัดการกับตัวอย่าง รวมถึงการติดป้ายชื่อ การเก็บและการส่งตัวอย่างไปยังทางห้องปฏิบัติการ 4. การฝึกฝนการป้องกันไฟไหม้ (Fire training) ผู้ช่วยดูแลจะต้องแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในการป้องกันไฟไหม้และวิธีปฏิบัติ เมื่อมีไฟไหม้เกิดขึ้นในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทราบสถานที่ให้สัญญาณไฟไหม้ การปิดวาล์วแก๊สและอุปกรณ์ฉุกเฉิน และมีความเข้าใจในความถี่ของการฝึกอบรมซ้ำเรื่องไฟไหม้ 5. การทำงานในสถานบริการปฐมภูมิ (Working in primary care) โดยมีความเข้าใจและยินยอมลงชื่อการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ 6. ตำแหน่งใหม่และหน้าที่รับผิดชอบ (The new post & responsibilities) สามารถอธิบายการกระทำในการช่วยเหลือนักแพทย์หรือพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่แพทย์อย่างรุนแรง สามารถระบุอุปกรณ์ในที่ทำงานได้และทราบวิธีการทดสอบมาตรฐานของเครื่อง รวมทั้งการบำรุงรักษาอุปกรณ์ เช่น เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องมือออปติคัลไว้เชื้อ นอกจากนี้ จะต้องรู้จักขั้นตอนการปฏิบัติในการล้างและเก็บยาและวัคซีนที่ถูกต้อง รวมทั้งสามารถอธิบายวิธีการจะปกป้องความลับของผู้ป่วย 7. การพัฒนาวิชาชีพ (Professional development) ทราบวิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วยจากความดันโลหิต อุณหภูมิ รวมทั้งทราบค่าปกติและวิธีปฏิบัติเมื่อค่าที่ได้จากการสังเกตไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ

นอกจากนี้ สามารถวัด EKG และขั้นตอนการส่งต่อเมื่อมีค่าผิดปกติ รวมทั้ง เข้าใจวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงความมีศักดิ์ศรีในตนเอง ในขณะที่ให้การช่วยเหลือแพทย์ในการให้ดูแลรักษา

เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ระดับความต้องการสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีมากกว่าระดับสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจจะเป็นเพราะ Managerial competency เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการให้งานการดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ ซึ่งตรงกับแนวคิดและทฤษฎีของณรงค์วิทย์ แสนทอง (2550) กล่าวว่า Managerial competency เกี่ยวข้องกับทักษะด้านการบริหารจัดการ โดยองค์กรคาดหวังให้พนักงานในตำแหน่งหัวหน้างาน หรือผู้ที่ต้องบังคับบัญชาลูกน้อง มีทักษะในเรื่องการตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินงาน และการควบคุมให้งานด้านการดูแลผู้สูงอายุสำเร็จ

เมื่อจำแนกตามรายหัวข้อ พบว่า ระดับสภาพปัจจุบันและความต้องการสมรรถนะหลักของผู้สูงอายุ พบว่า หัวข้อ มีจิตบริการ มากที่สุดและหัวข้อยึดมั่นในจริยธรรม รองลงมา อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ระดับความต้องการสมรรถนะหลักของผู้สูงอายุ พบว่า ข้อคำถาม ทำงานด้วยความซื่อสัตย์มากที่สุดอยู่ในระดับมาก และข้อคำถาม มีจิตสำนึกการให้บริการ หรือให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจและมีความกระตือรือร้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและบรรลุในสิ่งที่ต้องการ โดยมีความใจเย็นและมีความสามารถในการต้อนรับ รองลงมา อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะหลักของ McClelland กล่าวว่าสมรรถนะหลัก (Core competency) เป็นสมรรถนะหลักขององค์กรที่ทุกหน่วยงานต้องถือเป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ได้แก่ การให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer focus) และความซื่อสัตย์ (Integrity) ซึ่งคุณลักษณะการมีจิตบริการ และการทำงานด้วยความซื่อสัตย์ เป็นคุณลักษณะที่มีความสำคัญมากประการหนึ่งในการทำงาน ทุกหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชน และหน่วยงานสมาคมการกุศลต่าง ๆ ซึ่งการมีจิตบริการเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่ทำให้ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ และคุณลักษณะหัวข้อยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรมโดยทำงานด้วยความซื่อสัตย์เป็นสิ่งสำคัญมากที่ทำให้ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรมนามัย ในเรื่องการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโดยมีหลักธรรมประจำใจ ได้แก่ หลักความมีเมตตา คือความรักปรารถนาให้เขามีความสุข

2. ความกรุณา คือ ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือให้เขาพ้นทุกข์ ช่วยเหลือเขาจากความเจ็บปวดทรมาน

3. การมีมุทิตา คือ ความรู้สึกพลอยยินดีเมื่อมีอาการดีขึ้น ช่วยให้ผู้สุขสบายยิ่งขึ้น

4. การมีอุเบกขา คือ การรู้จักวางเฉยไม่ลำเอียงไปจนทำให้รู้สึกอึดอัดหรือเป็นการก้าวท้าวสิทธิส่วนบุคคล

5. ศึกษาหาความรู้และติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการทั้งด้านที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านจริยธรรมและด้านอื่น ๆ

6. รักและศรัทธาในอาชีพ เห็นคุณค่าของอาชีพว่าเป็นอาชีพที่มีประโยชน์แก่เพื่อน

มนุษย์ 7. ตระหนักถึงความสำคัญของจริยธรรมคุณธรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพในการบริการการดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อจำแนกตามหัวข้อ ระดับสภาพปัจจุบันและความต้องการสมรรถนะการจัดการ พบว่าหัวข้อ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจอยู่ในระดับมากที่สุด อยู่ในระดับมาก และผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีภาวะผู้นำรองลงมาอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อคำถามมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและตัดสินใจอย่างทันท่วงทีหากมีเหตุฉุกเฉิน มากที่สุดในระดับมาก รองลงมา ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความสามารถในการสั่งการหรือการนำในการปฏิบัติงานนั้นสำเร็จ อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องอยู่กับแนวคิดของสุกัญญา รัศมีธรรมโชติ (2550) กล่าวว่า Managerial competency เกี่ยวข้องกับ “ทักษะ” ด้านการบริหารจัดการ โดยองค์กรคาดหวังให้พนักงานในตำแหน่ง หัวหน้างานหรือผู้ที่ต้องบังคับบัญชา “ลูกน้อง” ต้องมีทักษะการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที

เมื่อจำแนกตามหัวข้อ ระดับสภาพปัจจุบันและความต้องการสมรรถนะหน้าที่ พบว่าหัวข้อ การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุมากที่สุด อยู่ในระดับมาก การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพรองลงมา อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสูงอายุ (กรมอนามัย, 2554) กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยตามทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมโทรมและมีความแก่เป็นไปตามกระบวนการเกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น และสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแรงจูงใจ และทัศนคติ ซึ่งทฤษฎีบุคลิกภาพกล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนาด้วยความอบอุ่น ถ้อยทีถ้อยอาศัย มีความเห็นใจผู้อื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข อยู่ร่วมกับบุตรหลานได้อย่างมีความสุข แต่ตรงกันข้าม ถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำร่วมกับใครได้ มีจิตใจที่คับแคบ ไม่รู้จักช่วยเหลือและเห็นใจผู้อื่น ผู้สูงอายุผู้นั้นก็จะประสบปัญหาในบั้นปลายของชีวิต และทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงบทบาทสัมพันธ์ภาพและการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุโดยทฤษฎีการแยกตนเองหรือการถอยห่าง กล่าวถึงผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการถอยห่างจากสังคม เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลงจึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาสุขภาพ พอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป ดังนั้น ในการดูแลผู้สูงอายุจะต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีความเข้าใจและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุนั้นคือ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ตามแนวคิดของ (กรมอนามัย, 2554)

คือผู้ป่วยสูงอายุต้องการสนับสนุนและกำลังใจและทนไม่ได้กับสายตาที่ดูถูกดูแคลนหรือขบขัน การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุต้องใจเย็น เมื่อใดก็ตามที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ควรระงับอารมณ์ และเตือนตัวเองโดยพาตนเองออกจากผู้ป่วยสูงอายุ

เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ระดับความต้องการสมรรถนะหน้าที่ของผู้สูงอายุ พบว่า ข้อคำถามต้องมีหน้าที่อึดอึ้งและต้องรู้จักให้เกียรติผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคำถามต้องให้เกียรติกับผู้สูงอายุด้วยจิตใจรักงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ อาจจะเป็นเพราะเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตวิทยาเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการปรับเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ นั่นคือ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและให้เกียรติผู้สูงอายุด้วยจิตใจที่รักงานด้านการดูแลซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (กรมอนามัย, 2556) กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุด้วยความรับและมีเมตตา กรุณาต่อผู้สูงอายุ โดยการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยนถนอมจิตใจให้เกียรติกับผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุจะช่วยลดความเศร้าและความเหงาได้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อีกทั้งยังตระหนักถึงคุณค่าของความสูงอายุเพื่อดำรงความมีศักดิ์ศรีและความภูมิใจ โดยให้ความเคารพยกย่อง คำนึงถึงคุณค่าของความสูงอายุและยอมรับและยอมรับความสูงอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวงจรชีวิตมนุษย์ ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล ดำรงรักษาความสามารถของผู้สูงอายุให้นานที่สุด โดยให้เกียรติกับผู้สูงอายุ

จากการที่ความต้องการสมรรถนะหลัก สมรรถนะการจัดการ และสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม และรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก และจากผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่าความต้องการหรือความคาดหวัง สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจจะเป็น เครื่องชี้ให้เห็นว่าในปัจจุบันเป็นสังคมของผู้สูงอายุ เนื่องจาก สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบันกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงวัย คือ มีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัวในปี พ.ศ. 2568 โดยมีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 20 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551 ก) ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการผู้ดูแลที่มีสมรรถนะในการดูแลที่สูงขึ้นด้วย โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว การป้อนอาหาร การทำความสะอาดบาดแผล ช่วยการขับถ่าย การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา และดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ดูแลหลักจะมีบทบาทที่สำคัญมากเนื่องจากญาติ คือ ผู้ดูแลรองที่เป็นคู่สมรส ลูกหลานต้องไปทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลหลักจะต้องเป็นผู้ดูแลที่มีสมรรถนะ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทัศนคติโดย การ

สัมมนา การทำ Workshop การฝึกปฏิบัติงานจริง (On the job training) การมอบหมายงาน การหมุนเวียนงาน การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ การดูวิดีโอ การดูแผ่นซีดี การสอนงาน (Coaching) การศึกษาดูงาน การพบที่ปรึกษา การแสดงบทบาทสมมติ และมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ภายในองค์กร (Knowledge base management) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะได้จากการนำผลที่ได้จากการประเมินช่องว่างของระดับความสามารถ มาจัดทำแผนพัฒนามาจัดทำแผนพัฒนาพนักงานเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อลด “ช่องว่าง” ลง จัดทำแผนฝึกอบรมที่สอดคล้องกับ Competency dictionary ด้วยหัวข้อที่ต้องพัฒนาเร่งด่วน โดยการเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตร “การพัฒนาสมรรถนะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุตามเนื้อหาสาระของสมรรถนะ ดังต่อไปนี้ 1. สมรรถนะหน้าที่ คือ ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง (PNI = 0.22) 2. สมรรถนะการจัดการ คือ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจและภาวะผู้นำ (PNI = 0.16) 3. สมรรถนะหลัก คือ การทำงานเป็นทีมและความคิดสร้างสรรค์ (PNI = 0.18) โดยมีการให้ฝึกอบรมและพัฒนาในสมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องพัฒนาก่อนให้สูงขึ้น คือ หัวข้อการทำงานเป็นทีมและความคิดสร้างสรรค์โดยผู้ดูแลจะต้องมีการทำงานประสานงานร่วมกับแพทย์ พยาบาล ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดี และมีความคิดสร้างสรรค์โดยการคิดเชิงบวก มีการพัฒนาสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องพัฒนาก่อนให้สูงขึ้น คือ หัวข้อการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจและภาวะผู้นำ โดยจะต้องมีทักษะการถ่ายทอดการแนะนำและการแก้ไขปัญหา และภาวะผู้นำหากมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน และมีการพัฒนาสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องพัฒนาก่อนให้สูงขึ้น คือ จะต้องมีความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งเมื่อผู้สูงอายุมีบาดแผล

เมื่อเปรียบเทียบสภาพปัจจุบันสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ อาชีพก่อนเกษียณ จำนวนบุตรในครอบครัว การศึกษาสูงสุด และรายได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านเพศ สถานภาพ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลัก สมรรถนะการจัดการ และสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ ของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า อายุแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลัก สมรรถนะการจัดการ และสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจจะเป็นเพราะผู้สูงวัยในแต่ละช่วงวัยมีความชราภาพแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี มีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะหลักน้อยกว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสมรรถภาพตามวัยคือวัยสูงอายุตอนต้น วัยสูงอายุตอนกลาง และวัยสูงอายุตอนปลาย (กรมอนามัย, 2556)

เมื่อเปรียบเทียบสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลัก สมรรถนะการจัดการ และสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อาชีพ ของผู้สูงอายุก่อนเกษียณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเป็นข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานลูกจ้างเอกชนมีสภาพปัจจุบันของสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าอาชีพแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหลัก สมรรถนะการจัดการ และสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือผู้ประกอบการธุรกิจมีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานลูกจ้างเอกชนเนื่องจากต้องทำงานนอกบ้านจึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการและสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า จำนวนบุตรในครอบครัวของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัวแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน โดยเฉพาะจำนวนบุตรในครอบครัวของผู้สูงอายุบุตรมากกับผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรน้อย ส่งผลต่อการได้รับการดูแลสมรรถนะการจัดการที่แตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัวมากกว่าจะได้รับการดูแลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่าอาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่าจะมีจำนวนผู้ตัดสินใจในการสั่งการหรือมีภาวะผู้นำมากกว่า อันเนื่องมาจากมีจำนวนบุตรน้อยกว่ามีความคล่องตัวในการตัดสินใจสั่งการมากกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรมากกว่า และผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรในครอบครัวแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะหน้าที่ที่แตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่จำนวนบุตรในครอบครัวน้อยกว่าจะได้รับการดูแลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรมากกว่าอันเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรมากกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่าสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึงมากกว่า เนื่องจากมีจำนวนบุตรมากกว่า

เมื่อเปรียบเทียบสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงสุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงสุดแตกต่างกัน มีผลต่อสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าจะได้รับการดูแลสมรรถนะการจัดการน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำกว่า อาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำกว่าจะได้รับการดูแลในด้านการจัดการ โดยผู้ดูแลจะสั่งการและตัดสินใจง่ายกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า

เมื่อเปรียบเทียบสภาพปัจจุบันสมรรถนะการจัดการและสมรรถนะหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า รายได้ของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่ไม่เท่ากัน ส่งผลต่อการได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าได้รับการดูแลสมรรถนะการจัดการและสมรรถนะหน้าที่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่าหรือไม่มีรายได้ อาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่าหรือจนกว่าอาจจะมีคามคาดหวังและมีความพอใจในการได้รับการดูแลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าหรือรวยกว่า

แต่เมื่อเปรียบเทียบความต้องการสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ไม่แตกต่างกัน หมายถึงปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ได้มีผลต่อความต้องการในการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ดูแลอยากได้รูปแบบสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ค้นพบในรูปแบบเดียวกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงแรงงานต้องมีการพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงในกิ่งวิชาชีพ
2. ต้องมีการพัฒนาฝีมือแรงงานอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทัศนคติฝีมือแรงงานไทยเพื่อเตรียมเข้าสู่ตลาดแรงงานต่างประเทศโดยแรงงานไทยต้องฝึกฝนภาษาอังกฤษและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. รัฐบาลควรมีนโยบายที่จะพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมและเพิ่มจำนวนและส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าฝึกอบรม
4. องค์กรส่วนท้องถิ่นควรมีนโยบายส่งอาสาสมัครมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
5. ภาครัฐควรลดหย่อนภาษีอากรให้กับครอบครัวที่ดูแลบุพการี

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ในการสรรหาและคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะหลักคือ มีจิตบริการ ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจและมีความกระตือรือร้น มีความใจเย็น และมีความสามารถในการต้อนรับรวมทั้งมีความยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม โดยมีคุณลักษณะการทำงานด้วยความซื่อสัตย์
2. ในการทำงานเมื่อเป็นหัวหน้างานต้องมีสมรรถนะในการจัดการ คือมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ โดยมีคุณลักษณะในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและตัดสินใจอย่างทันท่วงที หากมีเหตุฉุกเฉิน และจะต้องมีภาวะผู้นำ

3. ในการสรรหาและคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะหน้าที่คือมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยมีคุณลักษณะที่ทำให้เกียรติผู้สูงอายุมีหน้าตาที่ยิ้มแย้มและดูแลผู้สูงอายุด้วยจิตใจที่รักงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

4. สมรรถนะที่มีความจำเป็นต้องฝึกอบรมและพัฒนา ก่อนคือ 1. สมรรถนะหน้าที่ คือ 1.1 เทคนิควิธีในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง 1.2 เทคนิคในการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ 1.3 ภารกิจและความรับผิดชอบในงานการดูแลผู้สูงอายุ 1.4 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุ 1.5 การควบคุมอารมณ์และการพัฒนาบุคลิกภาพแก่อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุตามลำดับ

5. สมรรถนะการจัดการที่มีความจำเป็นต้องฝึกอบรมและพัฒนา ก่อน คือ 1.1 เทคนิควิธีการมีภาวะผู้นำและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในเหตุการณ์ฉุกเฉิน 1.2 เทคนิคการบริหารจัดการในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตามลำดับ

6. สมรรถนะหลักที่มีความจำเป็นต้องฝึกอบรมและพัฒนา ก่อน คือ 3.1 การสร้างทีมงานและการคิดสร้างสรรค์ในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3.2 ความรู้ทางด้านวิชาการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3.3 เทคนิคการทำงานมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรมและเทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้สูงอายุ ตามลำดับ

7. ในการประเมินผลการปฏิบัติงานควรมีการประเมินผลในเรื่องความรู้ ทักษะ และทัศนคติตามผลการวิจัยเรื่อง สมรรถนะสมรรถนะ 3 ประการ คือ (1) สมรรถนะหลักของผู้ดูแล ได้แก่ 1.1 จิตบริการ 1.2 ยึดมั่นในจริยธรรมคุณธรรม 1.3 ความรู้ทางวิชาการและสุขภาพ 1.4 ความมุ่งสัมฤทธิ์ของงานด้วยความเที่ยงธรรม 1.5 การติดต่อสื่อสาร 1.6 การทำงานเป็นทีม 1.7 ความคิดสร้างสรรค์ องค์ประกอบที่ 2 คือ สมรรถนะการจัดการ ได้แก่ 2.1 การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ 2.2 ภาวะผู้นำ 2.3 ความสามารถในการจัดการ และองค์ประกอบที่ 3 คือ สมรรถนะหน้าที่ ได้แก่ 3.1 ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ 3.2 การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ 3.3 การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย 3.4 ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ 3.5 ความรับผิดชอบในงาน 3.6 ความสามารถในการจัดการกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง

8. ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรตระหนักในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในการพัฒนาตนเองและการพบที่ปรึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยกับต่างประเทศ

2. ควรศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบรูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยวกับครอบครัวขยาย
3. ควรศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในด้านความกินดีอยู่ดี (Well being)
4. ควรศึกษาเรื่องรูปแบบการส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุในประเทศไทย

บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2550). *รายงานประจำปี พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.
- กรมอนามัย. (2553). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมอนามัย. (2554). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย.
- กรมอนามัย. (2556). *คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: เจ.เอส.การพิมพ์.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). *ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กองประกอบโรคศิลปะ. (2549). *สถานพยาบาลเอกชน*. เข้าถึงได้จาก <http://mrdhss.moph.go.th/Admin/filestat/11.xls>
- กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์. (2542). *ปริญญายุติอายุไทย*. กรุงเทพฯ: กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์.
- กุศล สุนทรธาดา. (2552). รูปแบบครอบครัวกับการเกื้อหนุนและสวัสดิการผู้สูงอายุ. ใน *ประชากรและสังคม 2552: ครอบครัวไทยสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร* (หน้า 106-123). ม.ป.ท.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2547). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2553). *การนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ (Strategy implementation)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัชวลิต สรวารี. (2550). *การบริหารคนกับองค์กร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชุดิกาญจน์ ศรีวิบูลย์. (2554). *การพัฒนา รูปแบบการจัดการความรู้ มหาวิทยาลัยราชภัฏ*.
 วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ณรงค์วิทย์ แสนทอง. (2550). *Competency เพื่อการประเมินผลงานประจำปี*. กรุงเทพฯ: เอชอาร์
 เซ็นเตอร์.
- คนัย เทียนพุด. (2550). *ความสามารถ*. กรุงเทพฯ: เอ อาร์ อินฟอร์เมชั่น แอน พับลิเคชั่น.
- ทัศนยา เขมมณี. (2551). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*.
 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรศักดิ์ คงคาสวัสดิ์. (2552). *เริ่มต้นอย่างไรเมื่อจะนำ Competency มาใช้ในองค์กร*. กรุงเทพฯ:
 สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- นภดล วรรณิกา. (ม.ป.ป.). *ผู้จัดการออนไลน์*. เข้าถึงได้จาก <http://blog.eduzones.com/webter/8445>
- นิสสารก์ เวชยานนท์. (2550). *Competency model ก็กับการประยุกต์ใช้ในองค์กรไทย*. กรุงเทพฯ:
 กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. (2552,
 2 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา* 126. ตอนพิเศษ 175 ง หน้า 57.
- ประชิด ศราพันธุ์. (2555). *สมรรถนะพยาบาล*. เข้าถึงได้ จาก
www.ns.mahidol.ac.th/english/TH/alumdi/doc
- ประเวศ วะสี. (2541). *บนเส้นทางใหม่การสร้างเสริมสุขภาพ: อกวิวัฒน์ชีวิตและสังคม*. กรุงเทพฯ:
 หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
 ปฏิรูประบบสุขภาพ.
- ปริญญา แร่ทอง. (2547). *ประสบการณ์การอยู่ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ และ
 ผู้ดูแลที่ได้รับภาระว่าจ้าง ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะชัย จันทร์วงศ์ไพศาล. (2549). *การค้นหาและวิเคราะห์เจาะลึก Competency ภาคปฏิบัติ*.
 กรุงเทพฯ: เอชอาร์ เซ็นเตอร์.
- ปิยาภรณ์ จันทร์โพธิ์. (2547). *สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในบริบท
 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาสังคมวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2554. (2554, 30 มีนาคม).

ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 128 ตอนที่ 21 ก หน้า 5-22.

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541. (2541). เข้าถึงได้จาก <http://www.kodmhai.com/m4/m4-19/H26/H26.html>

พาณิชย์ ทำแผนดิน 3 ธุรกิจบริการพัฒนาคุณภาพрукตลาด AEC, ASTV. (2555, 15 มีนาคม).

ผู้จัดการรายวัน, 6.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2548). *การจัดการทางการแพทย์บาลสู่การเรียนรู้*. กรุงเทพฯ:

สุขุมวิทการพิมพ์.

พันธ์ศักดิ์ สุกระถุกษ์. (2552). Elderly healthy sex. ใน *หนังสือรายงานการประชุมวิชาการ ประจำปี*

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (หน้า 162-167). กรุงเทพฯ:

สหประชาพาณิชย์.

มนัส ดุลยพัชร. (2543). ความต้องการการจ้างงานผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชลบุรี.

วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ, 2(1), 36-41.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2550). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556*.

กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*.

กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

บุษกร ไกรวรรณ. (2545). *การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์

อุตสาหกรรมดุสิตบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, บัณฑิตวิทยาลัย,

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

รัชนิวรรณ วนิชย์ถนอม. (2550). สมรรถนะในวันวาน วันนี้และพรุ่งนี้. ใน *สาระสำคัญการปรับปรุง*

พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือนฉบับใหม่ (หน้า 66-75). กรุงเทพฯ:

สำนักงาน ก.พ.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นามมีบุ๊กส์

พับลิเคชั่น.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2543). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:

สุวีริยาสาส์น.

- วิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์. (2547). *การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามแนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2553). *ทิศทางและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(3), 5-10.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *พยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). *ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางใส่การประกันคุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2549). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย, เครือข่ายวิจัยสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2552, มีนาคม). *ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ*. *วารสารประชากรศาสตร์*, 25(1), 45-62.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ประนอม รอดคำดี และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2550). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ, เครือข่ายวิจัยสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ (สปร.). (2553). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนากระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลของกรมควบคุมมลพิษ*. นนทบุรี: สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ (สปร.).
- สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. (2544). *การศึกษาเปรียบเทียบสาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2563. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: วีกิ.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *สถานการณ์ประชากรสูงอายุไทยปี 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551 ก). *ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551 ข). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- สำนักพัฒนามาตรฐานและทดสอบฝีมือแรงงาน. (2549). *มาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขา การดูแลผู้สูงอายุ (Older person caregiver)*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนามาตรฐานและทดสอบฝีมือแรงงาน.
- สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2547). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สำนักส่งเสริมพัฒนาธุรกิจ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า. (2554, 25 พฤษภาคม). *ผลิตภัณฑ์ธุรกิจบริการผู้สูงอายุสู่มาตรฐานสากล. ข่าวประชาสัมพันธ์, ฉบับที่ 51*.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. (2547). *รายงานผลการดำเนินงาน โครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care)*. ม.ป.ท.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). *โครงการนำร่องอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2549). *พัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก <http://oppo.opp.go.th2info2data process.htm>
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป.). *สิทธิผู้สูงอายุสหประชาชาติ*. เข้าถึงได้จาก http://www.oppo.opp.th/pages/law/law_05.html

- สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. (2550). *Competency-based HRM*. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุเทพ บุญเดิม. (2549). *การพัฒนารูปแบบการกำกับติดตามสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพรรณยา วัลลือ. (2552). *บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามพิษณุโลก.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: นิชนินแอคเวอรี่ไทซิ่งกรุ๊ป.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พินทุสร เหมพิสุทธ์ และทิพวรรณ อิศรพัฒนาสกุล. (2540). การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. *วารสารสำหรับสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 20(2), 1-9.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2548). *การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, พิเชฐ อุดมรัตน์, วัจน์ หัตถพนม, กัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรวรรณ จุฑา, ระพีพร แก้วคอนไทย และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2551). *การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmk.go.th/test/thaihapnew/thi54.asp>
- อักรกิตติ์ พัฒนสัมพันธ์. (2557). *การพัฒนาแบบบริการขององค์การดูแลผู้สูงอายุไทยในอนาคต*. ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาองค์การและการจัดการสมรรถนะของมนุษย์, วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อารยา ประเสริฐชัย และดารณี จามจวี. (2546). *รายงานการวิจัยการประเมินหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและเด็กเล็ก: ด้านผลผลิตและความต้องการของสังคม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

- Akanimanee, N. (2002). *Eldercare worker's opinion on job satisfaction in Bangkok Metropolis*. Master's thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Campbell, R. (1984). Nursing homes and long-term care. *Japan Pacific Affairs*, 57(1), 78-89.
- Carers UK. (2005). *Carers information: Resources to support informal carers*. Retrieved from <http://www.carerinformation.org.uk>
- CDI College. (2006). *Continuing care assistant*. Retrived form www.trade-schools.ca/cdi-colleage-care-assistant.asp
- Chanpradit, A. (2003). *Need of care and customer satisfaction from eldercare workers in Metropolitan Bangkok*. Master's thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Erkkila, J. et al. (n.d.). Effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 8(50), 1-9. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244x-8-50.pdf>
- Hawes, C. (1996). *Assuring nursing home quality: The history and impact o federal standards in OBRA-1987*. New York: The Commonwealth Fund.
- HPRAC. (2006 a). *Personal support workers in ontario_discussion guide*. Retrieved from www.hprac.org/downloads/psw/Fanshawe%20College.pdf
- HPRAC. (2006 b). *Personal support worker in ontorio community support association*. Retrieved from www.ocsa.on.ca/whowear/body_psw.html
- Johnson, M. D., Allsop, J., Clark, M., Biggerstaff, D., Genders, N., & Sake, M. (2002). *IPPR Paper: The future health worker regulation of health care assistants*. Retrieved from [www.ippr.org.uk/uploaded Files/projects/Regulation Health Care Assis PDF](http://www.ippr.org.uk/uploaded%20Files/projects/Regulation%20Health%20Care%20Assis%20PDF)
- Kampimoon, P. (2004). *Training program analysis and management of babysitter and elder care workers in private training centers in Bangkok Metropolis*. Master's thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Keeves, P. J. (1988). *Education research methodology and measurement: An international handbooks*. Oxford: Pergamon.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus group: A practice guide for applied research* (3rd ed.). California: SAGE.

- Lassey, W. R., & Lassey, M. L. (2001). *Japan: Challenges of aging and culture change in quality of life for older people: An international perspective*. New Jersey: Prentice Hall.
- Lee, J. A., Walker, M., & Shoup, R. (2001). Balancing elder care responsibilities and work: The impact on emotional health. *The Journal of Business and Psychology*, 16, 2.
- Lowa Care Givers Association. (2004). *Survey of nurse aids registries*. n.p.
- Mason, A., & Lee, R. (2004). Reform and support systems for the elderly in developing countries: Capturing the second demographic dividend. In *Paper presented at the international conference on the demographic window and health aging: Socioeconomic challenge and opportunities, Beijing, May* (pp. 10-11). n.p.
- Masterson, A. (2004, June). Towards an ideal skill mix in nursing homes. *Nursing Older People*, 16(4), 14-16.
- Mavall, L., & Thorslund, M. (2007). *Does day care also provide care for the caregiver?*. Sweden: Stockholm University.
- Michigan Office of Service to the Aging, Community Services Division. (2004). *Hiring paid caregivers for in-home services*. Michigan: Community Services Division.
- Middlemist, D. R. et al. (1983). *Personnel management, jobs, people, and logic*. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
- Mookherjee, H. N. (1998). Perception and motor skill. *The Journal of Social Psychology*, 87, 787-793.
- Orem, D. E. (2001). Self-care deficit nursing theory and the nurse practitioner's practice in primary care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 2001.
- Parke, B., Hunter, K. F., Strain, L. A., March, P. B., Waugh, E. H., & McClelland, A. J. (2013). *Facilitator and barrier to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: A social ecological study*. Canada: The International Journal of Nursing Studies.
- Perry, M., Carpenter, L., Challis, D., & Hope, K. (2003). Understanding the roles of registered general nurses and care assistants in UK nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 497-505.
- Romess, J. C., & Coe, R. M. (1991). *Quality and cost containment in care of the elderly: Health service research perspective*. New York: Springer.

- Seale, C. (1999). *The quality of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Siast. (2006). *Continuing care assistant campus*. Retrieved from [http://www.siastr.ca/siastr/educationtraining/on campus programs/5888/54898/5](http://www.siastr.ca/siastr/educationtraining/on%20campus%20programs/5888/54898/5)
- Sixsmith, A., Hine, N., Clarke, N., Brown, S., & Garner, P. (2007). Monitoring the well-being of older people. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23(1), 9-23.
- Smith, R. H. et al. (1980). *Management: Making organizations perform*. New York: Macmillan.
- Sorrentino, S. A., & Gorek, B. (2007). *Mosby's textbook for long-term care nursing assistants* (5th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- St. Augustine Education Services Online. (2006). *Nursing assistant program online distance education*. Retrieved from <http://www.nursingassistant.us>
- Steiner, M. E. (1964). *Curriculum theory and policy*. New York: Mac Millan.
- Tracey, W., & Sharyn, K. (2003). *Coaching competency and corporate leadership*. New York: ACRC Press.
- United Nations. (2011). *The age and sex of migrants*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- Victor, C. R., & Higginson, L. (1994). Effectiveness of care for the elderly people: A review. *Quality in Health Care*, 1994, 52-58.
- Wikipedia. (2007). *Nursing in the United Kingdom*. Retrieved from [http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing in the United Kingdom Non-registered staff](http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_in_the_United_Kingdom_Non-registered_staff)
- Wilcock, A. A. et al. (1998). An exploratory study of people's perception and experiences of well-being. In *The British Journal of Occupational Therapy*. Retrieved from [http://ingentaconnect.com/content/cot/bjot/1998/00000061 /0000002/art00006](http://ingentaconnect.com/content/cot/bjot/1998/00000061/0000002/art00006).
- World Health Organization. (2010). *Home-based long-term care-in report of a WHO study group: Home-based long-term*. Geneva: World Health Organization.
- Yap, L. K. P., Au, S. Y. L., Aug, Y. H., Kwan, K. Y., Ng, S. C., & Ee, C. H. (2003). Who are the residents of a nursing home in Singapore. *Singapore: Medical Journal*, 44(2), 65-73.
- Zikmund, W. G., Babin, B. J., Carr, J. C., & Griffin, M. (2012). *Business research methods* (9th ed.). n.p.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสัมภาษณ์

นางสาวกุลวีน ภูมิก
นักศึกษาปริญญาเอกหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาองค์การและการจัดการสมรรถนะของมนุษย์
วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ข้อ	ข้อมูลทั่วไป
1	เพศ
2	อายุ
3	สถานะภาพ
4	อาชีพ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์สมรรถนะ

1. แบบสัมภาษณ์สมรรถนะหลักของคุณและผู้สูงอายุ

ข้อ	1. สมรรถนะหลักของคุณและผู้สูงอายุ
1	ในการดูแลผู้สูงอายุท่านคิดว่าผู้ดูแลควรมีสมรรถนะหลักอะไรบ้าง และควรมีคุณลักษณะอย่างไรบ้าง

2. แบบสัมภาษณ์สมรรถนะการจัดการของคุณและผู้สูงอายุ

ข้อ	2. สมรรถนะการจัดการของคุณและผู้สูงอายุ
1	ในการดูแลผู้สูงอายุท่านคิดว่าผู้ดูแลควรมีสมรรถนะการจัดการอะไรบ้าง และควรมีคุณลักษณะอย่างไรบ้าง

3. แบบสัมภาษณ์สมรรถนะตามหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อ	3. สมรรถนะตามหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
1	ในการดูแลผู้สูงอายุท่านคิดว่าผู้ดูแลควรมีสมรรถนะตามหน้าที่อะไรบ้าง และควรมีคุณลักษณะอย่างไรบ้าง

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะ

1. สมรรถนะหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. สมรรถนะการจัดการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. สมรรถนะตามหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 1

สถานภาพและข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงหรือตรงกับ
ความเห็นของท่านมากที่สุด

1. เพศ

- 1.1 ชาย 1.2 หญิง

2. อายุ

- 2.1 อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 69 ปี
 2.2 อายุตั้งแต่ 70 ปี แต่ยังไม่ถึง 89 ปี
 2.5 มากกว่า 89 ปี ขึ้นไป

3. สถานะภาพ

- 3.1 โสด 3.2 สมรส 3.3 หม้าย/หย่าร้าง

4. อาชีพก่อนเกษียณ

- 4.1 ข้าราชการ 4.2 พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 4.3 พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน 4.4 ธุรกิจส่วนตัว
 4.5 รับจ้าง 4.6 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

5. มีจำนวนบุตรในครอบครัว

- 5.1 1-2 คน 5.2 3-4 คน
 5.3 5-6 คน 5.4 7 คน ขึ้นไป

6. การศึกษาสูงสุด

- 6.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ 6.2 ประถมศึกษา
 6.3 มัธยมศึกษา 6.4 อนุปริญญา
 6.5 ปริญญาตรี 6.6 สูงกว่าปริญญาตรี

7. รายได้ต่อเดือน

- 7.1 ไม่มีรายได้ 7.2 น้อยกว่า 5,000 บาท
 7.3 5,000-10,000 7.4 10,001-15,000 บาท
 7.5 15,001-20,000 7.6 20,001-25,000 บาท
 7.7 25,001-30,000 7.8 มากกว่า 30,000 บาท

ตอนที่ 2

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน/ ความต้องการเกี่ยวกับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ว่าแต่ละข้อมีสภาพการปฏิบัติในระดับใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับที่ตรงกับสภาพปัจจุบัน/ ความต้องการ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพและข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามตอนนี้เป็นารสอบถามสภาพปัจจุบัน/ ความต้องการเกี่ยวกับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยพิจารณาในภาพรวมของแต่ละประเด็น

2. แบบสอบถามตอนนี้เป็นแบบ 5 ตัวเลือก ตามสภาพปัจจุบัน/ความต้องการของสถานศึกษา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และโปรดตอบทุกข้อ

เกณฑ์ในการพิจารณา มีดังนี้

- 5 หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า ความต้องการมีบริการนั้นเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันมากที่สุด
- 4 หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า ความต้องการมีบริการนั้นเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันมาก
- 3 หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า ความต้องการมีบริการนั้นเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันปานกลาง
- 2 หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า ความต้องการมีบริการนั้นเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันน้อย
- 1 หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า ความต้องการมีบริการนั้นเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันน้อยที่สุด หรือไม่ต้องการ

สมรรถนะหน้าที่	สภาพปัจจุบัน					ความต้องการ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย 1. มีความสามารถในการบำบัดฟื้นฟู ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ให้ดีขึ้น โดยการฟังธรรมะ ฟีกเจริญเมตตา										
2. มีความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อ										
3. มีความสามารถในการควบคุมการติดเชื้อ โดยการคัดแยกผู้ป่วยออกจากคนปกติ										
4. มีความสามารถในด้านดูแลสุขภาพและความปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น โดยมีความเสี่ยงอันตรายน้อยที่สุด										
5. การให้ผู้สูงอายุมีพลังอำนาจในตัวเองเพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเอง										
6. มีความเข้าใจนโยบายสุขภาพและสังคมเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น										
7. มีความเข้าใจนโยบายขององค์กรในการดูแลผู้สูงอายุ										
8. มีความสามารถในการใช้ความรู้และแหล่งทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา เช่น การจัดนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกาย การเข้าชมรมดนตรีไทย ชมรมจริยธรรม ได้ใส่บาตร ทำบุญ นั่งสมาธิ										
9. การนันทนาการสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ										
10. ตรวจสอบและดูแลสภาพแวดล้อมที่ไม่พร้อมใช้งานโดยการระมัดระวัง										
11. มีความสามารถในการจัดสภาพแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ แสง สี เสียง บรรยากาศให้มีความเหมาะสมกับสภาวะโรค ร่างกายและจิตใจ ของผู้สูงอายุ										

ภาคผนวก ข

นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและดูแลผู้สูงอายุ

นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและดูแลผู้สูงอายุ

1. องค์การสหประชาชาติ

ได้รับรองหลัก 18 ประการ สำหรับผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2534 คือ การมีอิสรภาพในการพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม การบรรลุความต้องการของผู้สูงอายุ ความมีศักดิ์ศรี และส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการอุปการะ เลี้ยงดูผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนที่ประเทศต่าง ๆ สามารถประยุกต์หลักการนี้ไปกำหนดเป็นนโยบายคุ้มครองผู้สูงอายุ กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหรือผู้ช่วยดูแลให้สอดคล้องกัน โดยสิทธิผู้สูงอายุสหประชาชาติ มีหลักการดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะได้รับการอุปการะเลี้ยงดูและการปกป้องคุ้มครองจากครอบครัวและชุมชน ตามคุณค่าวัฒนธรรมของแต่ละระบบสังคม

2. ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิเข้าถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยให้สามารถและคงไว้หรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่สมบูรณ์ที่สุด และเพื่อช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะเจ็บป่วยอีกด้วย

3. ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิได้รับบริการทางด้านสังคมและกฎหมาย เพื่อส่งเสริมอิสรภาพในการดำเนินชีวิต การปกป้องคุ้มครองและการอุปการะเลี้ยงดู

4. ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ ซึ่งจะให้บริการด้านการปกป้องคุ้มครอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการกระตุ้นทางจิตใจและสังคมในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและบรรยากาศที่เป็นมิตรตามความเหมาะสมกับสถานภาพและความต้องการ

5. ผู้สูงอายุมีสิทธิมนุษยชนทั้งปวงและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ในขณะที่อยู่ในสถานที่ใดหรือในสถานที่ให้บริการดูแลรักษา รวมทั้งพึงได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรี ความเชื่อ ความต้องการ และความเป็นส่วนตัว ตลอดจนสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับอุปการะเลี้ยงดูและคุณภาพชีวิตของตนเอง

นโยบายการพัฒนาฝีมือแรงงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544

การพัฒนาศักยภาพของคนไทยในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยจะต้องพัฒนาให้ทุกคนได้รับการพัฒนาตามศักยภาพอย่างเต็มที่ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และทักษะฝีมือ เพื่อให้คนเป็นคนดี มีคุณธรรม มีสุขภาพพลานามัยที่ดี และมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจน

มีจิตสำนึกและมีบทบาทในการดูแลอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมที่ดีงาม ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาประเทศไทยมีความสมดุลยั่งยืนบน พื้นฐานของความเป็นไทย

การผลิตกำลังคนด้วยกระบวนการพัฒนาฝีมือ แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้กำหนดทิศทางไว้ชัดเจน เพื่อให้กำลังแรงงานสามารถเข้าสู่กระบวนการผลิตอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ (สมชาย เอื้อจารุพร, 2539)

1. สนับสนุนการพัฒนากระบวนการผลิตข้อมูลข่าวสารตลาดแรงงานให้มีประสิทธิภาพและสามารถ ชี้นำการผลิตกำลังคนได้ตามความต้องการของตลาดแรงงาน

2. พัฒนาระบบการฝึกอบรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกำลังแรงงานที่มีความประสงค์ จะประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม และกลุ่มที่ต้องการเปลี่ยนอาชีพจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ ภาคอุตสาหกรรมและบริการอื่น ๆ

3. ส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมและเพิ่มทักษะในด้านบริหารจัดการและด้านเทคโนโลยี สารสนเทศแก่ผู้ประกอบการ กลุ่มผู้นำทางธุรกิจในชุมชน กลุ่มสหกรณ์ กลุ่มสตรี ตลอดจนการเพิ่ม ศักยภาพในการประกอบอาชีพอิสระและการรับช่วงเหมาะแก่แรงงานที่ไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบ การจ้างงานในภาคอุตสาหกรรม และบริการสาขาต่าง ๆ

4. สนับสนุนการเตรียมความพร้อม เพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของบุคลากร ด้านการฝึกอบรมในสาขาต่าง ๆ ให้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูงขึ้น

5. ขยายงานด้านการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานสาขาต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐานสากล อย่างเพียงพอ และมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางจากภาคเอกชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นโยบายการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศด้านสุขภาพในแผน พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549

ทิศทางนโยบายการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศด้านสุขภาพ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคมมีแนวทางการพัฒนาการ ส่งเสริมการจ้างงานในต่างประเทศ โดยการฝึกอบรมทักษะอาชีพใหม่ ๆ ซึ่งเป็นที่ต้องการของตลาด ต่างประเทศให้กับแรงงานไทย โดยเฉพาะอาชีพในภาคบริการ เช่น พนักงานดูแลเด็กและผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาหารไทย พนักงานนวดแผนไทย แม่บ้านทันสมัย และพนักงานนวดด้วยน้ำมัน เป็นต้น เพื่อสร้างโอกาสให้คนไทยมีงานทำในต่างประเทศมากขึ้น และหาช่องทางเปิดตลาดแรงงานใหม่ ๆ ใน ต่างประเทศ

2. ยุทธศาสตร์การเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ มีเป้าหมายและแนวทางการพัฒนา ดังนี้

2.1 ให้การส่งออกสินค้าขยายตัวไม่ต่ำกว่าร้อยละ 6 ต่อปี โดยเพิ่มส่วนแบ่งตลาดส่งออกของไทยให้อยู่ในระดับ ร้อยละ 1.1 ของตลาดโลกในปี พ.ศ. 2549

2.2 ส่งเสริมการค้าบริการที่มีศักยภาพเพื่อสร้างงาน กระจายรายได้ และหารายได้จากเงินตราต่างประเทศ

2. กระทรวงแรงงาน

ได้กำหนดนโยบายส่งเสริมการมีงานทำในต่างประเทศ และการสร้างตลาดแรงงานใหม่ในต่างประเทศ รวมทั้งนโยบายลดค่าใช้จ่ายในการไปทำงานต่างประเทศของแรงงานไทย โดย

1. หาทางลดค่าใช้จ่ายและป้องกันไม่ให้มีค่าใช้จ่ายนอกระบบอย่างจริง
2. จัดอบรมอาชีพที่เป็นจุดแข็งของคนไทย เพื่อไปทำงานในต่างประเทศ โดยเน้นสาขาอาชีพในภาคบริการ 5 สาขาอาชีพ

3. การจัดทำ Road show แสดงศักยภาพแรงงานไทยในต่างประเทศ
4. จัดจ้างผู้เชี่ยวชาญท้องถิ่นในต่างประเทศ ด้านการหาตำแหน่งงาน
5. ย้ายสำนักงานแรงงานในต่างประเทศจากประเทศที่ลดความต้องการแรงงานไปตั้งในประเทศที่มีความต้องการแรงงานสูง ซึ่งจะย้ายทั้งบุคลากรและงบประมาณไปด้วย โดยไม่ต้องขอเพิ่มอัตรากำลังและงบประมาณ

6. แก้ไขระเบียบกระทรวงแรงงาน ว่าด้วยกิจการที่จะใช้จ่ายเงินเพื่อช่วยเหลือคนว่างงานไปทำงานในต่างประเทศ พ.ศ. 2542 และระเบียบ ว่าด้วยการบริหารและการใช้จ่ายเงิน กองทุน เพื่อช่วยเหลือคนว่างงานไปทำงานในต่างประเทศ พ.ศ. 2542 เพื่อขยายสิทธิประโยชน์ในการกู้เงินจากกองทุนฯ และคุ้มครองในแต่ละกรณีให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

เมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2544 กระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำบันทึกร่วมกันที่จะพัฒนาระบบที่มีประสิทธิภาพและเอกภาพในการพัฒนาคุณภาพแรงงานในสาขาอาชีพต่าง ๆ ในเบื้องต้น ดังนี้

1. สาขาผู้ประกอบการอาหารไทย
2. สาขาพนักงานดูแลเด็กและผู้สูงอายุ
3. สาขาพนักงานนวดแผนไทย
4. สาขาผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
5. สาขาพนักงานดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ กระทรวงทั้งสองตกลงร่วมกันในการที่จะประสานความร่วมมือในด้านการกำหนดหลักสูตรการฝึกอบรม การสนับสนุนการฝึกอบรมและการพัฒนา การกำหนดและรับรองมาตรฐานฝีมือแรงงาน และการควบคุมคุณภาพมาตรฐานและจริยธรรมของการประกอบอาชีพ ตลอดจนการปรับปรุง แก้ไขกฎระเบียบ และลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน หรืออำนวยความสะดวกให้แก่แรงงานที่มาขอรับบริการ รวมทั้งความร่วมมืออื่น ๆ ทั้งนี้จะได้กำหนดระเบียบ หลักเกณฑ์ในการปฏิบัติการให้บริการตามอำนาจหน้าที่ของแต่ละฝ่าย เพื่อให้หน่วยปฏิบัติของทั้งสองฝ่ายในส่วนกลางและภูมิภาคดำเนินการเป็นแนวทางเดียวกัน อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศต่อไป ในการดำเนินการดังกล่าวหากมีความจำเป็น จะได้มีการจัดตั้งกลไกที่ประสานงานเป็นปกติ รวมทั้งอาจมีการเพิ่มความร่วมมือในสาขาอาชีพอื่น ๆ ต่อไป

นโยบายรัฐบาลได้มอบหมายดูแลรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ภาครัฐ ประกอบด้วย 11 กระทรวง 2 องค์กร คือ กทม. และสำนักงานกฯ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550) ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งให้บริการ 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทสามัญจะให้การอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ประเภทเสียค่าบริการ จัดให้อยู่ในห้องพักผู้สูงอายุ โดยชำระค่าบริการ และประเภทพิเศษ โดยผู้สูงอายุปลูกบ้านอยู่เองตามแบบแปลนที่กำหนดให้ นอกจากนี้ยังมีสังคมผู้สูงอายุ บริการหน่วยเคลื่อนที่ จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่น ๆ

2. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำนักงานประกันสังคม กรมการจัดหางานและกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน

3. กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาระดับขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) บริการการศึกษาออกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จ และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (ส.ช.) ในการจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งติดตามและควบคุมการดำเนินงาน

4. กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (สวช.) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่รวบรวมและคัดเลือกศิลปินแห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ทรงคุณค่า ภูมิปัญญาไทย ที่มีความสามารถด้านต่าง ๆ เพื่อเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรมที่ดีงามและคงเอกลักษณ์ในสังคมไทย

5. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สำนักงานประกันสุขภาพ กรมสุขภาพจิต และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

6. กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดแผนงานและกิจกรรมที่จะดำเนินการ ดังนี้

6.1 การให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้งหรือประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น ด้านปัจจัย 4 ด้าน การรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำปรึกษา

6.2 การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ ทำกิจกรรมร่วมกัน ปัจจุบันมีสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

6.3 การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร และสาธารณสุข โดยให้มีความพร้อมในด้านการให้บริการ โดยไม่คิดมูลค่าและครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ

6.4 ด้านการให้บริการ โดยไม่คิดมูลค่าและครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ

6.5 การจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุแห่งชาติประจำปี

6.6 การประสานงานและสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชน ครอบครัวยุ และชุมชน

6.7 การจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตของศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้ได้รับบริการด้านการตรวจรักษา โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

6.8 การจัดหน่วยเคลื่อนที่เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในชุมชน

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2546 กรุงเทพมหานครยังรับโอนภารกิจ จากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการดูแลเพิ่มอีก 2 แห่ง ได้แก่

- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2

- ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ดินแดง

7. กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการพัฒนาชุมชน กรมส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนตนเอง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำหรับกรุงเทพมหานคร มีศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุเพชรทองคำ

8. กระทรวงคมนาคม บริการลดค่าโดยสารรถไฟฟ้าครั้งราคาช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายนของทุกปี ตลอดจนถึงที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุในรถประจำทาง และรถรางสำหรับประชาชนเฝ้าเพื่อที่นั่งแก่ผู้สูงอายุ

9. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาแห่งประเทศไทย มีหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน โดยใช้กีฬาเป็นสื่อ ในส่วนผู้สูงอายุได้จัดทำโครงการและกิจกรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น โครงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการค่ายพักแรม การออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมการให้บริการทางวิชาการโดยจัดทำเป็นเอกสาร คู่มือต่าง ๆ แผ่นโปสเตอร์ วิทยุทัศน์ โทรทัศน์ วิทยุ เป็นสื่อเผยแพร่

10. สำนักนายกรัฐมนตรี กรมประชาสัมพันธ์เป็นหน่วยงานกลางในการเผยแพร่สื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตลอดจนรณรงค์ให้ประชาชนและสื่อมวลชนให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ

11. กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม โดยยกเว้นบริการให้ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทยเข้าไปในอุทยานแห่งชาติทุกแห่ง

12. กระทรวงยุติธรรมทำหน้าที่ให้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิแก่ผู้สูงอายุด้านกฎหมาย

13. กระทรวงการคลังดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับการลดหย่อนภาษีเงินได้ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินแก่กองทุนผู้สูงอายุ และลดหย่อนภาษีเงินได้แก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการี ตามมาตรา 16 และ 17 ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

นโยบายผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครเป็นองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้กำหนดนโยบายและแผนงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์ คุ้มครองสิทธิ และโอกาสในการพัฒนาตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม รวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน ตลอดจนได้รับการเรียนรู้ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง มีหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ สาธารณะสุขอย่างครบวงจร และได้รับการสนับสนุนด้านสวัสดิการอื่น ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ ยังรวมถึงการสนับสนุนให้มีการศึกษาหาความรู้ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การส่งเสริมการประกอบอาชีพ หรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม และการจัดตั้งธนาคารสมองผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร เพื่อรวบรวมประสบการณ์และถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุและสหพันธ์ผู้สูงอายุจาก 62 เขต

จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดว่าในปี พ.ศ. 2553 กรุงเทพมหานครจะมีผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 906,000 คน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มมากกว่าประชากรวัยอื่น ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจสังคมที่

เปลี่ยนแปลง ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ประสบปัญหาไม่สามารถพึ่งตนเองได้ เบียดบังชีพ จึงเป็นสวัสดิการรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มขึ้น และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี กรุงเทพมหานครรับถ่ายโอนภารกิจด้านเบียดบังชีพผู้สูงอายุ จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จึงกำหนดให้มีการรับจดทะเบียนเบียดบังชีพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ในกรณีที่มิสะดวกเดินทางไปจดทะเบียนด้วยตนเอง สามารถแจ้งความจำนงผ่านไปรษณีย์ได้ ซึ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะมอบเบียดบังชีพให้ในอัตรา 500 บาท ต่อคน ต่อเดือนตลอดชีพ นอกจากนี้ ในช่วงภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันกรุงเทพมหานครยังได้จัดกิจกรรมอื่น เพื่อบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนกลุ่มอื่น เช่น กิจกรรมตลาดนัดขายสินค้าอุปโภคบริโภค ราคาถูก และข้าวแคง กทม. ในราคาประหยัด 15-20 บาท รวมทั้งฝึกอาชีพให้แก่ผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถสร้างรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัว

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้บัญญัติถึงเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุในหมวดของสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยและหน้าที่ชนชาวไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

มาตรา 54 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ

มาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชนรัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 มาตรา 11 กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
3. การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะ เครือข่ายหรือชุมชน

5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุ ในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น

6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

7. การยกเว้นค่าค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไข ปัญหาครอบครัว

10. การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

11. การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

13. การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

เนื่องจากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ได้เปิดช่องให้คณะกรรมการ ผู้สูงอายุแห่งชาติ สามารถกำหนดสิทธิของผู้สูงอายุเพิ่มเติมได้ ในปี พ.ศ. 2553 ได้มีประกาศ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่อง กำหนดสิทธิผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11(13) แห่งพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

1. การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านการท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬา และ นันทนาการ

2. การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ แห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม

3. การประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติงานของหน่วยงานที่จัด บริการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง

หากนำหลักสิทธิผู้สูงอายุมาปรับเป็นแนวทางการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ช่วยดูแล เพื่อให้ สอดคล้องกับสิทธิของผู้สูงอายุดังกล่าว ผู้ช่วยดูแลควรมีหน้าที่ ดังนี้

1. ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น ผู้ช่วยดูแลควรมีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยและ สิ่งแวดล้อม เช่น

- 1.1 การปรับปรุงหรือตัดแปลงภายในบ้าน โดยปรึกษากับผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความปลอดภัยมากและสะดวกสบายที่สุด
- 1.2 การจัดการอันตรายภายในครัวเรือน เช่น การระมัดระวังชิ้นส่วนเล็ก ๆ ไม่ให้อยู่ในบริเวณทางเดินของผู้สูงอายุ การจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ
- 1.3 การจัดการความปลอดภัยด้านสารเคมี เช่น รู้จักสารเคมีที่ใช้ภายในครัวเรือน ทราบประเภทและวิธีการใช้งานตลอดจนคำเตือนที่เกี่ยวข้อง
2. ด้านความปลอดภัยจากการใช้ไฟฟ้า มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปลอดภัยจากไฟฟ้า สามารถใช้เครื่องไฟฟ้าได้อย่างปลอดภัย
3. ด้านอัคคีภัย รู้จักการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นจากไฟ มีอุปกรณ์ที่ช่วยในการดับไฟ
4. ด้านอาหารและเครื่องนุ่งห่ม ผู้ช่วยดูแลมีหน้าที่ เช่น
 - 4.1 สามารถเตรียมอาหารหรือถนอมอาหารได้ สามารถบริการอาหารให้กับผู้สูงอายุ หรือคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อรับประทานอาหาร มีเวลารับประทานอาหารอย่างเพียงพอ
 - 4.2 การช่วยเตรียมชุดให้ผู้สูงอายุ การช่วยแต่งตัวหลังจากการอาบน้ำ

ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย

ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยเป็นพันธกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ เนื่องในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุไทย, 2542) รัฐบาลจึงประกาศปฏิญญานี้เพื่อแสดงเจตนารมณ์ในเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งอาณาจักรไทย เพื่อให้แผนงาน นโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ ได้นำไปสู่การปฏิบัติ รัฐบาล องค์กรเอกชน ประชาชน และสถาบันสังคมต่าง ๆ ได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งได้ทำประโยชน์ในฐานะ “ผู้ให้” แก่สังคมมาโดยตลอด ดังนั้นจึงสมควรได้รับผลในฐานะเป็น “ผู้รับ” จากสังคมด้วย ดังนั้นผู้แทนจากองค์การที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งภาครัฐ และเอกชน องค์กรผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ร่วมกันจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น เพื่อถือปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุไทย (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุไทย, 2542) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้และผู้พิการที่สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่กันอย่างมีความสุข

3. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคม อันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย

4. ผู้สูงอายุควรได้รับการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเห็นชีวิตมีคุณค่า

5. ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

6. ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันและกับบุคคลทุกวัย

7. รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

8. รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิคุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

9. รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลุกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูต่อบุคคล และความเอื้ออาทรต่อกัน

ปฏิญญากรุงเทพมหานครเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

กรุงเทพมหานครได้ประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุ เพื่อเชิดชูคุณค่าและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น โดยอัญเชิญแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเป็นปรัชญาชี้นำ ซึ่งมีผลการวิจัยยืนยันว่าผู้ที่ใช้ชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงเคร่งครัดจะมีความสุขมากกว่าคนที่ใช้ชีวิตแบบไม่พอเพียง (นภคกุล วรรณิกา, 2552) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงตนอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตลอดจนสร้าง

ตระหนักให้สังคมรู้คุณค่าของผู้อายุในปัจจุบันและอนาคตจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กรุงเทพมหานครยังให้ความสำคัญของสถานการณ์การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และเป็น การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมที่สำคัญในการพัฒนาครอบครัว ชุมชน และ สังคมให้เจริญก้าวหน้า นับว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ทรงคุณค่าที่กรุงเทพมหานคร จักต้องเชิดชู ยกย่อง ส่งเสริมศักยภาพ สร้างโอกาส และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

มีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองผู้พิการเป็นหลัก โดยกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการ ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีความเหมาะสม กำหนดสิทธิประโยชน์และ ความคุ้มครองคนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือ อื่นจากรัฐ ตลอดจนให้รัฐต้องสงเคราะห์คนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่และพึ่งตนเองได้

กรณีผู้สูงอายุนั้นเป็นผู้พิการด้วย ก็จะได้รับ ความคุ้มครองในฐานะที่เป็นผู้พิการตาม พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ด้วย เช่น การกำหนดนโยบาย กฎ ระเบียบ มาตรการ โครงการ หรือวิธีปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชน หรือบุคคลใด ในลักษณะที่เป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ จะกระทำมิได้ ตามมาตรา 15 และ มีสิทธิมีเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตามมาตรา 20 เช่น การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทาง การแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริม พัฒนาการ เพื่อปรับสภาพร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือ เสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ และ การเมืองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้ รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ การจัดสวัสดิการเบี้ยความ พิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด

ในขณะเดียวกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ มีสิทธิได้รับบริการ ให้ คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะการเลี้ยงดู การจัดการศึกษา การส่งเสริมอาชีพ และการมีงานทำ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อให้พึ่งตนเองได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการ กำหนดในระเบียบตามมาตรา 20 วรรคสี่

กรณีผู้ช่วยดูแลในฐานะที่เป็นของผู้ช่วยคนพิการ ซึ่งเป็นบุคคล ซึ่งให้ความช่วยเหลือ คนพิการเฉพาะบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต (อาจเป็นบุคคลเดียวกับผู้ดูแลคนพิการ) มีสิทธิได้รับการลดหย่อนหรือยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียมตามระเบียบที่

คณะกรรมการกำหนด ตามมาตรา 20 วรรคสอง และมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นภาษี ตามที่กฎหมายกำหนด ตามมาตรา 20 วรรคห้า

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2552

กำหนดนิยาม “ผู้บริโภค” และ “ผู้ประกอบการธุรกิจ” ดังนี้

1. “ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบการธุรกิจหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบการธุรกิจ เพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการและหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบการธุรกิจโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

2. “ผู้ประกอบการธุรกิจ” หมายความว่า ผู้ขาย ผู้ผลิตเพื่อขาย ผู้ส่งหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อขายหรือผู้ซื้อเพื่อขายต่อ ซึ่งสินค้าหรือผู้ให้บริการ และหมายความรวมถึงผู้ประกอบการกิจการโฆษณาด้วย

3. ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นผู้บริโภค ย่อมมีสิทธิและได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2552 ด้วย กล่าวคือ หากเป็นธุรกิจด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภคจะมีสิทธิ คือ สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำปรณาคคุณภาพที่ถูกต้อง และเพียงพอเกี่ยวกับบริการ สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา และสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย แม้ว่าผู้สูงอายุนั้นจะไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายเองก็ตาม ส่วนผู้ดูแลก็จะได้รับสิทธิในฐานะผู้บริโภคเช่นกัน แต่ไม่ได้กล่าวถึงสิทธิผู้ช่วยดูแล ในฐานะที่เป็นผู้ประกอบการธุรกิจ มีเพียงมาตรการให้ผู้ประกอบการธุรกิจตามกฎหมายกำหนดเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค

กรณีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2552

มีเจตนารมณ์เพื่อให้มีกฎหมายให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคเป็นการทั่วไป โดยกำหนดหน้าที่ของผู้ประกอบการค้าและผู้ประกอบการธุรกิจโฆษณาต่อผู้บริโภค เพื่อให้ความเป็นธรรมตามสมควรแก่ผู้บริโภค ตลอดจนจัดให้มีองค์กรของรัฐที่เหมาะสมเพื่อตรวจตรา ดูแล และประสานงานการปฏิบัติงานของส่วนราชการต่าง ๆ ในการให้ความคุ้มครองผู้บริโภค

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ซึ่งเป็นกฎหมายระดับพระราชบัญญัติที่ให้อำนาจฝ่ายบริหารในการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) ซึ่งกำหนดให้ “การประกอบ กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพนั้น เมื่อพิจารณาเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัตินี้ พบว่า มีเจตนารมณ์ขยับขอบเขตการกำกับดูแลและติดตาม และปรับปรุงอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และบทกำหนดโทษให้สามารถบังคับให้มีการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายอย่างเคร่งครัด

กรณีพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 นี้

จะคุ้มครองประชาชน ซึ่งในกรณีนี้ คือ ผู้สูงอายุ ให้ได้รับความปลอดภัยด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมจากการให้บริการของผู้ดูแลหรือผู้ช่วยดูแล และมีการควบคุมกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งหลักเกณฑ์นี้จะถูกกำหนดโดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นลำดับต่อไป

พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน พ.ศ. 2545

ซึ่งเป็นกฎหมายระดับพระราชบัญญัติที่ให้อำนาจฝ่ายบริหาร คือ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน ในการออกประกาศเรื่อง มาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขาอาชีพการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเจตนารมณ์ให้การพัฒนาฝีมือแรงงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ให้นายจ้างหรือสถานประกอบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาฝีมือแรงงานมากขึ้น และให้มีการจัดตั้งกองทุนพัฒนาฝีมือแรงงาน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาฝีมือแรงงาน

กฎหมายนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อการประกอบอาชีพของผู้ช่วยดูแล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพต่อการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง คือ ผู้ช่วยดูแลจะต้องมีการพัฒนาฝีมือแรงงานให้ได้ตามมาตรฐานในด้านการดูแลผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ซึ่งเป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกันกับกรอบนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ในมาตรา 46 บัญญัติ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินการด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เสร็จเรียบร้อยแล้ว และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552 วุฒิสภามีมติรับทราบ เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2552 และสภาผู้แทนราษฎรมีมติรับทราบ เมื่อวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2552 และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2552

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

ได้มีแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังนี้
ข้อ 29 ให้รัฐและภาคส่วนต่าง ๆ พัฒนามาตรการทางการเงินการคลัง เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเน้นการจัดการในระดับชุมชน เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมทั้ง

การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาาระบบสวัสดิการชุมชน กองทุนชุมชนและกิจกรรมชุมชนต่าง ๆ ที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

ข้อ 48 ให้รัฐส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางเฉพาะและมีความจำกัดในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ได้แก่ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างเป็นระบบ ครบวงจร และมีประสิทธิภาพ

ข้อ 70 เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาสในสังคมต้องได้รับความคุ้มครองเป็นพิเศษ ตามสิทธิที่กฎหมายบัญญัติ และต้องได้รับโอกาสในการพัฒนาทักษะชีวิต รู้เท่าทันสื่อ มีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้การสื่อสารให้ข้อมูลต้องมีความเหมาะสมตามวัยและสภาพของบุคคล เข้าถึงได้ง่าย เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

ข้อ 71 ในการคุ้มครองผู้บริโภค ให้รัฐดำเนินการดังต่อไปนี้

(4) ควบคุมการจัดบริการบริการสาธารณะให้เด็ก เยาวชน ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ ได้เข้าถึง และใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคมภายนอกอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2554

พระราชกฤษฎีกานี้อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการจัดตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพขึ้นเป็นองค์การมหาชน มีวัตถุประสงค์หลายประการ เช่น ส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มวิชาชีพในการจัดทำมาตรฐานอาชีพ ให้การรับรององค์กรที่มีหน้าที่รับรองสมรรถนะของบุคคลตามมาตรฐานอาชีพ เป็นศูนย์กลางข้อมูลเกี่ยวกับระบบคุณวุฒิวิชาชีพและมาตรฐานอาชีพ ส่งเสริม สนับสนุน และประสานความร่วมมือกับสถานศึกษา ศูนย์หรือสถาบันฝึกอบรม สถานประกอบการ หน่วยงานของรัฐ และองค์กรเอกชน ในการเผยแพร่ระบบคุณวุฒิวิชาชีพและมาตรฐานอาชีพ

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ช่วยเหลือ คือ ผู้ช่วยเหลืออาจจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานอาชีพที่กำหนดโดยสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) หรืออาจต้องได้รับการเทียบระดับคุณวุฒิของผู้ช่วยเหลือ ซึ่งมีระดับคุณวุฒิวิชาชีพชั้น 1 ชั้น 2 ชั้น 3 ชั้น 4 และชั้น 5 เท่านั้น แต่ไม่ได้มีสภาพบังคับว่าผู้ช่วยเหลือจะต้องผ่านการอบรมหรือได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว

กฎหมายและมาตรฐานการควบคุมสถานดูแลระยะยาวในต่างประเทศ

กฎหมายที่เข้ามามีบทบาทในระบบการดูแลระยะยาวทั้งในประเทศและต่างประเทศ

กฎหมายที่ได้รับการยอมรับเป็นอย่างมาก ในเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐานของสถานดูแลระยะ

ยาวในต่างประเทศ คือ Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) of 1987 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ พยายามผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว ต้องทราบและทำความเข้าใจ เพราะสิ่งเหล่านี้ เป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุใน สถานดูแลระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐานในระดับนานาชาติต่อไป

OBRA (1987) เป็นกฎหมายที่เข้ามาดูแลมาตรฐานการดูแลของสถานดูแลระยะยาว ประกอบด้วยความสำคัญ 3 ด้าน (Hawes, 1996) ด้านแรก กล่าวถึงมาตรฐานการดูแลของสถานดูแล ระยะยาว ด้านที่สอง เป็นเรื่องของมาตรฐานของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว ด้านที่ สาม เป็นการรับรองมาตรฐานของ Medicare และ Medicaid ในด้านของกฎหมาย OBRA (1987) กล่าวถึงความมีมาตรฐานของสถานดูแลระยะยาวนั้นว่า สถานดูแลระยะยาวต้องดูแลและช่วยเหลือ ผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันในทุกเรื่อง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การเข้า ห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การสื่อสารที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจดูแลผู้สูงอายุอย่าง มีสิทธิเสรีภาพ ไม่ละเมิดสิทธิ ไม่ละเลย ดูแลให้ได้รับอิสระ ไม่มีการผูกมัด ให้อิสระในการติดต่อ สื่อสาร มีความเป็นส่วนตัว ได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการ ทั้งทางด้านกายภาพ ความ ต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และความต้องการทางด้านสังคม อีกทั้งยังสามารถให้ครอบครัวได้มี ส่วนร่วมในการดูแล คงความมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง ตลอดจนมี ส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและได้รับการแก้ไขปัญหาคือข้อข้องใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความ เคลือบแคลงสงสัยจากผู้ให้การดูแลในสถานดูแลระยะยาว ให้การยอมรับและสามารถตรวจสอบ ข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ เพื่อตรวจสอบคุณภาพการให้การดูแลของสถานดูแล ระยะยาวในเรื่องของการผูกมัดผู้สูงอายุ ให้กระทำในกรณีจำเป็นเท่านั้น เช่น ความจำเป็นที่ต้อง ผูกมัดเพื่อความปลอดภัย หลังการได้รับยา Antipsychotic การให้การดูแลไม่เพียงแต่ให้การดูแลทาง การแพทย์เท่านั้น ต้องให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมด้านสังคมด้วย

ภาคผนวก ค

คู่มือการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สำหรับภาคผนวก ก เป็นคู่มือการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอ
สงวนสิทธิ์ในการเผยแพร่ในคุุณยภัณฑ์เล่มนี้ หากท่านสนใจสามารถขอข้อมูลได้เป็นการส่วนตัว
โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยทาง E-mail นี้ E-mail: kunlawee123@hotmail.com