



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้
แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

EFFECTIVENESS OF ENVIRONMENTAL HEALTH LITERACY ENHANCEMENT
PROGRAM WITH CASE-BASED LEARNING ON THE ENVIRONMENT MANAGING

เทพสุดา จิวตระกูล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2564

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้
แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ปริญญาานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

EFFECTIVENESS OF ENVIRONMENTAL HEALTH LITERACY ENHANCEMENT
PROGRAM WITH CASE-BASED LEARNING ON THE ENVIRONMENT MANAGING
BEHAVIOR FOR THE DEPENDENCY ELDERLY AMONG
VILLAGE HEALTH VOLUNTEER



THAPSUDA JIOTRAKUL

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Applied Behavioral Sc.Research)
BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH INSTITUTE, Srinakharinwirot University

2021

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้
แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ของ

เทพสุดา จิวตระกูล

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉรา ประเสริฐสิน)	(รองศาสตราจารย์ ดร. ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพชร)
..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาศุภร์ จันประเสริฐ)

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ผู้วิจัย	เทพสุดา จิวตระกูล
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2564
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อัจศรา ประเสริฐสิน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

การวิจัยนี้มีความมุ่งหมายคือ 1) ศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหา และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ (2) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้การวิจัยแบบผสมวิธี ในระยะที่ 1 ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการทดลองเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการร่างโปรแกรม และระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพอีกครั้งเพื่อสนับสนุนผลการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม แบบวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม และโปรแกรมฯ โดยทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ที่เป็น อสม. ในจังหวัดฉะเชิงเทรา และโยธธ ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนส่วนใหญ่มีผู้ดูแลอยู่ด้วยกัน ซึ่งเป็นลูกหลานหรือเขยสะใภ้ มีเพียงบางบ้านที่มีแค่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกันเอง และจากการสังเกตบ้านที่มีผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงจะมี อสม. ช่วยดูแลร่วมด้วย รูปแบบการทำงานของ อสม. มี 2 รูปแบบใหญ่ คือ 1) การทำงานแบบเป็นทางการตามหน้าที่รับผิดชอบของ อสม. ที่กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนงานไว้ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 4 ครั้ง และ 2) การทำงานที่ไม่เป็นทางการ ใช้ลักษณะความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในการช่วยเหลือดูแล เช่น ความเป็นบ้านใกล้เรือนเคียง ความเป็นญาติพี่น้อง และการเกื้อกูลอนุเคราะห์ผู้สูงอายุบางบ้านที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สภาพปัญหาที่พบ ได้แก่ ปัญหาด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมในบ้าน ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และปัญหาด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และ (2) จากการทดลองโปรแกรมพบว่า อสม. ที่ได้รับโปรแกรม มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ อสม. ในพื้นที่ต่างกันได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางสุขภาพ, การดูแลสุขภาพ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, การวิจัยผสมวิธี

Title	EFFECTIVENESS OF ENVIRONMENTAL HEALTH LITERACY ENHANCEMENT PROGRAM WITH CASE-BASED LEARNING ON THE ENVIRONMENT MANAGING BEHAVIOR FOR THE DEPENDENCY ELDERLY AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEER
Author	THAPSUDA JIOTRAKUL
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2021
Thesis Advisor	Associate Professor Ujsara Prasertsin
Co Advisor	Associate Professor Ungsinun Intarakamhang

The objectives of this research are as follows: (1) to study the community context, the problems, and the guidelines for environmental management among the dependent elderly and the environmental health literacy (2) to study the effectiveness of an environmental health literacy enhancement program with case-based learning on the environmental management behavior for dependency among the elderly and village health volunteers. This research was conducted using mixed-method research. In Phase One, qualitative research was used before the trial to obtain information for drafting programs, and Phase Two was to study the effectiveness of the program and use qualitative research again to support the results. The research instruments included environmental health literacy measurements, the arrangement of behavior measurements. The program was conducted in a trial group of 30 people and a control group of 30 people, who were village health volunteers in Chachoengsao and Yasothon provinces. The results revealed the follows: (1) most dependent elderly people had caregivers who were their children or in-laws. There are only some houses that have only one elderly person living in it and also have a village health volunteer to take care of them. The working styles of village health volunteers had two forms: (1) formal work in accordance with responsibilities assigned by the Ministry of Public Health by making home visits at least four times a month, and informal work using relationships to take care of them, such as neighbors and kinship relationships. The problems encountered included physical and environmental problems in the home and environmental health problems that affect health; and (2) according to the trial program, the trial group had a higher level of environmental health literacy and environmental arrangement behavior than those who did not receive the program. The post-trial phase ended immediately and the follow-up period was statistically significant at .01 and the trial group was in different areas. There were no differences in environmental health literacy scores and environmental arrangement behaviors were statistically significant at a level of .01.

Keyword : Health literacy, Health care, Caregiver, Mixed methods

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาโทฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นได้นั้นผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อัศรา ประเสริฐสิน และรองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ที่ให้ความเมตตากรุณาเป็นที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือแนะแนวทางในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการทำปริญญาโทฉบับนี้ด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบอันได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร. ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพ็ชร ประธานกรรมการสอบ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาตุกร จันประเสริฐ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อให้งานวิจัยมีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทุกท่าน กรุณาประสิทธิ์ประสาทความรู้ต่าง ๆ ให้แก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ และเพื่อนร่วมเรียนรู้ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและร่วมมือกันอย่างเต็มที่เพื่อให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงได้

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่แสนอบอุ่นของข้าพเจ้า ที่เป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่ในการสนับสนุนและเป็นแรงผลักดันในการศึกษาครั้งนี้ และผู้วิจัยขอขอบสติปัญญาและพลังที่มี เพื่อเป็นประโยชน์แก่วงวิชาการและประเทศชาติต่อไป

เทพสุดา จิวตระกูล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	13
ภูมิหลัง.....	13
ความมุ่งหมายของงานวิจัย	19
ความสำคัญของการวิจัย.....	19
ขอบเขตของการวิจัย.....	21
นิยามศัพท์เฉพาะ	23
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
ตอนที่ 1 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	24
ตอนที่ 2 พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	43
ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	53
ตอนที่ 4 โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบ กรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	59
ตอนที่ 5 การวิจัยผสมผสานวิธี.....	81
ตอนที่ 6 นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	83

ตอนที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย	87
ตอนที่ 8 สมมติฐานการวิจัย	88
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	90
ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อม ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	91
ระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	95
การวิจัยผลานวิधि: ความสัมพันธ์ระหว่างวิधिวิจัยเชิงคุณภาพและวิधिวิจัยเชิงปริมาณ	109
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลและจรรยาบรรณนักวิจัย	109
บทที่ 4 ผลการวิจัย	111
ผลการวิจัยระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์บริบทชุมชน สภาพปัญหาและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการ จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	111
ผลการวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	124
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	140
สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	140
ข้อเสนอแนะ	153
บรรณานุกรม	155
ภาคผนวก	163
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือ	164
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	165
ภาคผนวก ค รายละเอียดโปรแกรม	172



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม	49
ตาราง 2 การพัฒนาร่างโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	78
ตาราง 3 การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่รูปแบบการจัดกระทำ	98
ตาราง 4 ตัวอย่างแบบวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	99
ตาราง 5 แบบวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม	101
ตาราง 6 กิจกรรมตามขั้นตอนการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา	123
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	126
ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรผล จำแนกตามกลุ่มการทดลอง และกลุ่มควบคุม	129
ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ตัวแปรผลในระยะเวลาหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อควบคุมความแตกต่างของคะแนนตัวแปรในระยะเวลาก่อนการทดลอง	130
ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทีละตัวแปรของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) ในระยะเวลาหลังทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	131
ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	132
ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ตัวแปรผลในระยะเวลาหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองพื้นที่เชิงเขา และพื้นที่ยโสธร เมื่อควบคุมความแตกต่างของคะแนนตัวแปร	133

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ละตัวแปรของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพื้นที่ชะเชิงเตา และพื้นที่ยโสธร.....	134
ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) เฉพาะกลุ่มทดลองในพื้นที่ชะเชิงเตาและยโสธร	135



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 การออกแบบการวิจัยผสมผสานวิธีโดยการทดลอง.....	82
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	88
ภาพประกอบ 3 รูปแบบการดำเนินการวิจัย.....	90
ภาพประกอบ 4 วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	98
ภาพประกอบ 5 การสังเคราะห์ข้อค้นพบข้อมูลเชิงคุณภาพนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมฯ	122



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรโลกในปัจจุบัน มีลักษณะที่แตกต่างจากช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กล่าวคือ แต่เดิมอัตราการเกิดมีมากกว่าอัตราการตายอย่างเห็นได้ชัด แต่เมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้า มนุษย์มีอายุยืนขึ้น ทำให้โลกเกิดปรากฏการณ์ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 โลกของเรามีจำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีคำกล่าวที่ว่า “การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นถือว่าเป็นชัยชนะของมวลมนุษยชาติ แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นการทำลายต่อสังคมด้วย (Population ageing is a triumph of humanity but also a challenge to society)” (WHO, 2002)

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งจากรายงานจำนวนประชากรไทยของมหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ.2565 พบว่า จำนวนประชากร ณ กลางปีที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมี 13.03 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.68 ของประชากรทั้งประเทศ และก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ กล่าวคือจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยอยู่ในภาวะประชากรสูงอายุ (population aging) ซึ่งมีผลต่อสภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ จากการสำรวจสถานะของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 79.5 กลุ่มติดเตียงสูงถึงร้อยละ 19 และยังมีกลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.5 (กรมการปกครอง, 2559) ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานะติดเตียงนั้น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนกลุ่มติดบ้าน แม้จะสามารถดูแลตนเองได้ แต่การไม่เข้าร่วมสังคมอาจส่งผลให้เกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ จากสารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานว่า อายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป คาดว่าในเพศชายจะมีชีวิตต่อไปอีก 18.3 ปี ส่วนเพศหญิงคาดว่าจะมีชีวิตต่อไปอีก 23.7 ปี ซึ่งเท่ากับว่าอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุจะอยู่ที่ประมาณ 80 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) ดังนั้นการจัดการผู้สูงอายุควรทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดอัตราการพึ่งพิงดูแล

การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในระดับนานาชาติ ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Madrid International Plan of Action on Ageing -MIPAA) เป็นข้อสรุปจากการประชุมสมัชชาโลกครั้งที่ 2 ขององค์การสหประชาชาติ ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ที่กรุงมาดริด ประเทศสเปน เมื่อปี 2002 โดยเป็นแผนที่ได้รับการรับรองโดยรัฐบาลจาก 159 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นชาติสมาชิกที่ต้องดำเนินการพัฒนางานผู้สูงอายุและเรื่องสิทธิผู้สูงอายุ ทั้งนี้ องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ (องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ, 2012) ได้มีการทบทวนและประเมินผล MIPAA ซึ่งมีข้อเสนอแนะประเด็นหลักในการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 เรื่อง คือ 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา 2) สุขวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ และ 3) สร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม โดยทั้ง 3 ประการเป็นพันธกรณีที่ประเทศภาคีสหประชาชาติจะต้องยึดถือเป็นเป้าหมายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งในประเด็นหลักด้านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยและสิ่งแวดล้อมอยู่ 2 ประเด็นย่อย คือ ประเด็นย่อยที่ 1 บ้านพักและที่อยู่อาศัย และประเด็นย่อยที่ 2 การดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล ซึ่งรายละเอียดในแต่ละประเด็นย่อยทั้งสองมีดังนี้ ประเด็นย่อยที่ 1 ด้านบ้านพักและที่อยู่อาศัย มีข้อเสนอแนะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ภายในชุมชนของตนตามใจชอบ (Ageing in place) และมีบ้านพักอาศัยราคาถูกเป็นทางเลือกให้ผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการต่าง ๆ เช่น การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน การจัดสรรที่อยู่อาศัยอย่างเป็นธรรม ที่พักอาศัยไปมาสะดวก เป็นมิตรกับวัย ปรับปรุงการออกแบบที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการอยู่อย่างพึ่งตนเอง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่พิการ และปรับปรุงการคมนาคมขนส่งให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้และราคาถูก และในประเด็นย่อยที่ 2 การดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล มีข้อเสนอแนะให้มีการจัดหาบริการการดูแลที่ต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุจากหลายแหล่ง และให้ความช่วยเหลือดูแล โดยดำเนินมาตรการ เช่น ให้ดูแลกันเองภายในชุมชน เพื่อคุณภาพการดูแลระยะยาวในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มากขึ้น สนับสนุนด้านข้อมูล การฝึกอบรม การดูแลสุขภาพจิตใจ เศรษฐกิจ กฎหมายแก่ผู้ทำหน้าที่ดูแล มีการศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบระบบการดูแลในวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ มีมาตรการและกลไกในการประกันคุณภาพของสถานบริการ รวมทั้งสนับสนุนบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าทุกชาติสมาชิกให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมควรเริ่มตั้งแต่ที่บ้าน ซึ่งถือว่าเป็นศูนย์รวมที่สำคัญของทุกคนในครอบครัว และผู้สูงอายุใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน ดังนั้นพื้นที่ในบ้านควรสนับสนุนให้

สามารถใช้ชีวิตประจำวันโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมถึงที่อยู่อาศัย สถานที่ สาธารณะ สิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ตามลำพัง ลดโอกาสลื่นหรือป้องกันการอุบัติเหตุจากหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพในวัยผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีข้อมูลจากกรมอนามัย ระบุว่า ในแต่ละปี 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมักมีประสบการณ์ลื่นล้ม โดยสาเหตุของการลื่นล้มเกิดจาก เสี่ยงการทรงตัวของร่างกายเป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุด รองลงมาคือ มีอาการหน้ามืดวิงเวียน เป็นลม นอกจากนี้ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการลื่นล้ม ได้แก่ สาเหตุจากพื้นลื่น พบในเพศชายร้อยละ 42.8 และเพศหญิงร้อยละ 42.2 รองลงมาคือการสะดุดสิ่งกีดขวาง พบในเพศชายร้อยละ 32.1 และเพศหญิง ร้อยละ 38.8 และสาเหตุจากพื้นต่างระดับ พบในเพศชายร้อยละ 26.3 และเพศหญิง ร้อยละ 23.4 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2558) ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมในเชิงกายภาพจึงเป็นวิธี ป้องกันเบื้องต้นเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน

สำหรับการให้ความรู้เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้น ในประเทศไทยได้มีการจัดทำชุดความรู้เรื่องดังกล่าวไว้บ้าง รวมทั้งมีเนื้อหาในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของ กรมอนามัยทั้งในหลักสูตร 70 ชั่วโมง สำหรับฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ หลักสูตร 420 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่จะประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ หากแต่ในเนื้อหาการเรียนรู้นั้น เน้นทางด้าน การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพื่อคำนึงถึงอันตรายอุบัติเหตุที่จะเกิดแก่ผู้สูงอายุ เท่านั้น ส่วนเนื้อหาการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค หรือทางด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมยังไม่ได้ให้ความสำคัญจากหลักสูตรดังกล่าว และกระบวนการจัดการเรียนรู้เป็น ถ่ายทอดสื่อสารทางเดียวที่ผู้เรียนเป็นฝ่ายรับ จึงเป็นที่มาของการวิจัยครั้งนี้ที่มีความต้องการให้ เกิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เน้นให้ผู้เรียนรู้วิธีที่จะแสวงหา ทำ ความเข้าใจ ประยุกต์ใช้ความรู้ สู่การปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยในปัจจุบันแนวคิดของความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขผลักดันให้เกิดขึ้นในคนไทย ซึ่งจากการประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ทำการศึกษาความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลและ การบริการด้านสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การโต้ตอบซักถามและ แลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง พบว่า ใน บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีพฤติกรรมสุขภาพต่ำด้วย (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ดังนั้น จากผลการวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นที่มาของการเห็นประโยชน์ในการพัฒนา

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเป็นสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุยังไม่เคยเรียนรู้มาก่อน และผู้วิจัยเชื่อว่า เมื่อเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแล้ว จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพต่อตนเอง และจะทำให้สามารถนำความรู้ความเข้าใจไปดูแลผู้อื่น และดูแลสิ่งแวดล้อมได้

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) หรือ EHL ในระดับพื้นฐานที่สุด คือความเข้าใจว่ามีปัจจัยบางอย่างในสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การวิจัย EHL จึงเป็นการสื่อสารสองทางที่มีประสิทธิภาพกับบุคคลอื่นให้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ว่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร โดยแนวคิดนี้มาจาก ฟินน์และโอฟอลลอน (Finn, 2017) อธิบายว่า EHL คือ กรอบการทำงานที่กำหนดความรู้และทักษะที่เตรียมความพร้อมให้ผู้คนในการตัดสินใจด้านการปกป้องสุขภาพโดยใช้ข้อมูลสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ ซึ่งเป็นทักษะและความสามารถที่หลากหลายที่ผู้คนนำมาใช้เพื่อค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมในการตัดสินใจเลือกทางเลือกเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ปรับปรุงคุณภาพของชีวิต และปกป้องสิ่งแวดล้อม ซึ่งความสำเร็จของการส่งเสริม EHL คือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนด้านสิ่งแวดล้อม โดยการกระตุ้นให้เกิดการสนทนาที่น่าสนใจ และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ ปัจจุบันการวิจัย EHL ที่เกิดขึ้นในต่างประเทศยังมีไม่มากนัก เนื่องจาก EHL เป็นการบูรณาการวิชาการหลายศาสตร์ ทั้งในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านระบาดวิทยา ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ด้านมานุษยวิทยา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และในกลุ่มอื่น ๆ ทางวิทยาศาสตร์ เพื่อร่วมกันสร้างองค์ความรู้ตามมุมมองของแต่ละศาสตร์ เผยแพร่ และการนำประโยชน์ไปใช้เพื่อลดผลกระทบต่อร่างกายและสุขภาพ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการระบุและเปรียบเทียบความไม่เท่าเทียมกันด้านสิ่งแวดล้อม อันเกิดเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคม เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ รวมถึงการปรับปรุงขีดความสามารถของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการประเมินทางเลือกนโยบายสำหรับการป้องกันและการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับโลก (Finn & O'Fallon, 2017) ซึ่งระดับความรู้นั้น แต่ละคนอาจแตกต่างกันไปในแต่ละหัวข้อ ยกตัวอย่างเช่น บางคนอาจมีระดับของ EHL สูงที่เกี่ยวข้องกับโรคหอบหืด เนื่องจากมีประสบการณ์ส่วนตัวเชื่อมโยงโรคหอบหืดกับมลพิษทางอากาศอย่างกว้างขวาง แต่อาจมีระดับ EHL ต่ำเกี่ยวกับการเชื่อมต่อระหว่างมะเร็งเต้านมและสิ่งแวดล้อมก็เป็นได้ และงานวิจัยในประเทศ

ไทยที่เกี่ยวข้องกับ EHL มีเฉพาะเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองและเขตชนบท (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2562) เท่านั้น แต่ถ้าเป็นงานวิจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการศึกษาอย่างแพร่หลาย เช่น การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (อารยา เชียงของ, 2561) และโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ซึ่งทั้งสองโปรแกรมมีการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) โดยใช้กระบวนการฝึกตั้งแต่ระดับพื้นฐาน ได้แก่ การเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อสุขภาพ ระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ การรู้จักเลือกใช้อ้างอิง แยกแยะ และประยุกต์ใช้อ้างอิงข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การประเมินข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบและทบทวนวิธีการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

รูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมในการจัดการเรียนรู้ด้าน EHL ควรเป็นการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เข้าถึงความรู้ได้ด้วยตนเองและกิจกรรมกลุ่ม ผ่านการวิเคราะห์ และอภิปรายร่วมกัน ได้ฝึกปฏิบัติ และได้ถ่ายทอดข้อมูลความรู้ไปยังผู้อื่นในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (Case-based learning) ซึ่งมีวิธีการเรียนรู้ตามที่กล่าวมาในข้างต้น พร้อมทั้งได้มีการลงพื้นที่ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในการศึกษากรณีตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามอาการของโรคที่ผู้สูงอายุเป็น เพื่อร่วมกันสรรหาวิธีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และเฝ้าระวังโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในแต่ละกรณี ซึ่งการเรียนรู้ในรูปแบบนี้มีตัวอย่างการศึกษาจากการเรียนของนักศึกษาแพทย์ในหลายแห่งที่เน้นให้เกิดการวิเคราะห์และอภิปรายร่วมกันเพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละเคส หรือหาวิธีการป้องกันยับยั้งโรคระบาดที่กำลังเป็นโรคติดต่อในชุมชน โดยในต่างประเทศมีตัวอย่างของการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา โดยฮามิลตันและทอดด์ (Hamilton, 2016) จัดกระบวนการเรียนรู้เป็น 4 ระยะ เริ่มต้นจากการสร้างสมรรถนะให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเนื้อหา การพบและทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ การปฏิบัติงานด้วยการเป็นทีมงานมืออาชีพ และการสรุปผล สำหรับในประเทศไทยมีงานวิจัยของชินภัทร์ จิระวรพงศ์ ได้ทำการจัดการเรียนการสอนนิสิตแพทย์ในชั้นปีที่ 4 โดยใช้ผู้ป่วยเป็นฐาน มีขั้นตอนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน

ได้แก่ ชั้นชี้แจงวิธีการเรียน ชั้นการให้ความรู้พื้นฐาน ชั้นจัดกลุ่มศึกษา ชั้นนำเสนอผลงาน และชั้นการประเมินผล ผลการวิจัยพบว่าการเรียนรู้วิธีนี้สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้ด้วยตนเองบนพื้นฐานจากสภาพปัญหาที่ปรากฏอยู่ และสามารถเกิดประสบการณ์จริงร่วมกับสร้างองค์ความรู้ใหม่ได้อย่างสร้างสรรค์ พัฒนาทักษะการคิดขั้นสูง ดังเช่น การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และบูรณาการความรู้ไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงได้ และนิสิตแพทย์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีผู้ป่วยเป็นฐานในระดับมากที่สุด (ชินภัทร์ จีระวรพงศ์, 2554) ซึ่งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการเรียนรู้ของทั้งสองคนมาปรับใช้เป็นกระบวนการเรียนรู้ในโปรแกรม เพื่อใช้ในการสร้างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทำการฝึกอบรมตามโปรแกรมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย หลายครอบครัวจัดให้เป็นหน้าที่ของคนในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส ลูกหลาน และญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นการดูแลโดยตลอด 24 ชั่วโมง แต่ในบางรายหากเป็นผู้สูงอายุที่อยู่โดยลำพัง อาจมีคนในชุมชนเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งอาจจะเป็นเพื่อนบ้านในละแวกใกล้เคียง หรือเป็นกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ (อพม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งกลุ่มที่ช่วยเหลือดูแลนี้จะทำหน้าที่เยี่ยมเยียน และช่วยเหลือในบางครั้งคราว โดยเจตนาการเข้าช่วยเหลือนั้น เกิดจากความเห็นอกเห็นใจผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว รวมทั้งบางคนให้การช่วยเหลือเพราะเป็นการปฏิบัติหน้าที่จากการได้รับมอบหมายจากหน่วยงานที่ตนสังกัด สำหรับในงานวิจัยนี้ มีความสนใจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็น อสม. ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด เพื่อทำหน้าที่ในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข (ราชกิจจานุเบกษา, 2554) ซึ่งกลุ่ม อสม. จะมีบทบาทหน้าที่ใกล้เคียงกันในทุกชุมชน มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน รู้และเข้าใจบริบทในแต่ละครอบครัว และมีบทบาทหน้าที่ที่รัฐกำหนดให้ทำงานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชนตามนโยบายของรัฐ ซึ่งทำให้มีความสอดคล้องกับหลักการด้านสาธารณสุขของประเทศไทยด้านการจัดสภาพแวดล้อม

จากทั้งหมดในการศึกษาเบื้องต้น จึงนำมาสู่การศึกษาการจัดโปรแกรมและศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีการศึกษาบริบทพื้นที่และ อสม. ก่อน เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ จึงเกิดการออกแบบการวิจัยแบบผสมวิธีเริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพ นำไปสู่การสร้างและใช้โปรแกรม และใช้การประเมินผลโปรแกรมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลเชิงประจักษ์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนำไปสู่การสรุปเป็นโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เป็นประโยชน์แก่วงวิชาการ และขยายผลสู่การนำไปปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งในระดับชุมชน และในระดับประเทศต่อไป

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. ศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความสำคัญของการวิจัย

1. ประโยชน์ในเชิงนโยบาย

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดเนื้อหาการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับท้องถิ่นและอาจนำไปสู่การวางแผนในระดับชาติได้ เนื่องจากในการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีในหลักสูตรปัจจุบัน เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมจะเป็นการดูแลสุขภาพแวดล้อมในด้านสถาปัตยกรรมมากกว่าการคำนึงถึงสภาพแวดล้อมทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประเด็นความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เรียนรู้และฝึกหัดก่อนที่จะไปเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมืออาชีพ อีกทั้งเป็นการเสริมสร้างความรู้ ส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และป้องกัน

ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยจากสภาพแวดล้อมได้ ซึ่งต่อไปอาจใช้เป็นการกำหนดหลักสูตรหรือแผนการบริการด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้

2. ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติ

ผลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์โดยตรงกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถนำไปใช้ถ่ายทอดให้ผู้ดูแลกลุ่มอื่นได้ด้วย ดังนั้นองค์ความรู้จากการวิจัยนี้ จึงนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่เป็นลูกหลาน ญาติพี่น้อง และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์จากองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีที่พักอาศัยที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง การจัดสภาพแวดล้อมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการใช้ชีวิตให้ลดความเสี่ยงและเพื่อระมัดระวังการก่อให้เกิดโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

3. ประโยชน์ต่อชุมชน

ผลที่เกิดขึ้นในชุมชน แนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัย สามารถนำไปปรับปรุงในพื้นที่สาธารณะซึ่งมีผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์เป็นจำนวนมากได้ อาทิ วัด สวนสาธารณะ อาคารอเนกประสงค์ ศูนย์การเรียนรู้ ตลาด สถานที่ราชการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้บริบทสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเป็นจุดเริ่มต้นให้หน่วยงานในระดับท้องถิ่นได้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานพัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้เกิดภาคีเครือข่าย เช่น ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัคร สถาบันในชุมชน ในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังโรคติดต่อที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และช่วยเหลือในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถูกปล่อยปละละเลย

4. ประโยชน์ในเชิงวิชาการ

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมกรจัดการสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นโปรแกรมที่สร้างให้ผู้เรียนเกิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการต่อยอดการเรียนรู้ที่เกิดในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่เคยจัดอบรมมาก่อน ซึ่งองค์

ความรู้นี้ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลและเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ สามารถประเมินผลและตัดสินใจใช้ข้อมูล ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้ในทุกช่วงวัยไม่เพียงแต่เฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถบอกต่อถึงการดำเนินการให้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุอื่นได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed methods research) เป็นรูปแบบการทดลอง โดยยึดตามแนวคิดเครสเวลล์ (Creswell, 2015) ดังนี้

การวิจัยในระยะที่ 1 ดำเนินการวิจัยโดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้พื้นที่ในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง และในทุกปีมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ปีละ 20 คน โดยจัดมาอย่างต่อเนื่องมาถึง 3 ปีเพื่อปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ทำให้เป็นผู้ที่มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกรณีศึกษามีดังต่อไปนี้

- (1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- (2) มีความยินยอมเข้าร่วมตลอดการวิจัย
- (3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับการดูแล อนุญาตให้นักวิจัยเข้าสำรวจที่พักอาศัยเพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมที่ที่พักอาศัยเพิ่มเติมได้

ในการเลือกกรณีศึกษา ผู้วิจัยจะสอบถามเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเลือกก่อน เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดไว้เบื้องต้นประมาณ 3-10 คนหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

การวิจัยในระยะที่ 2 ผู้วิจัยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ช่วง คือช่วงที่ 1 ช่วงก่อนการทดลองใช้โปรแกรม ช่วงที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรม และช่วงที่ 3 การติดตามผลหลังการใช้โปรแกรม โดยในช่วงแรกทำการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยร่างโปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเพิ่มเติมข้อมูลด้านความต้องการเชิงเนื้อหาที่ได้จากผลการวิจัยในข้อแรก และข้อมูลสภาพแวดล้อมที่พกอาศัยของผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทจริง เพื่อใช้ฝึกทักษะการจัดสภาพแวดล้อมตามโปรแกรม ทั้งนี้ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดฉะเชิงเทรา และจังหวัดยโสธร มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือต้องเป็น อสม. ที่ทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเพื่อเข้าโปรแกรมด้วยการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) ตามเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และสุ่มแบบจำแนกกลุ่ม (random assignment) เพื่อแบ่งเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ดังนี้

- (1) แบ่งกลุ่ม อสม. จากจังหวัดยโสธร จำนวน 15 คน ให้เป็นกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1
- (2) แบ่งกลุ่ม อสม. จากจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 15 คน ให้เป็นกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2
- (3) แบ่งกลุ่ม อสม. จากจังหวัดยโสธร จำนวน 15 คน ให้เป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 1
- (4) แบ่งกลุ่ม อสม. จากจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 15 คน ให้เป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 2

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. **ตัวแปรอิสระ** คือ ตัวแปรจัดกระทำ กล่าวคือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. มี 2 รูปแบบ ได้แก่

- 1.1 ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และฝึกทักษะเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 1.2 ไม่ได้รับโปรแกรม มีเพียงการเข้าร่วมประชุมทั่วไปของ อสม.

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วัดได้จากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ การจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ การจัดการของเสีย และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

2.2 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม วัดได้จากตัวแปรสังเกต 4 ตัว ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ

ในช่วงที่สอง การติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน นอกจากการเก็บผลการวิจัยเชิงทดลองแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังที่มีการจัดสภาพแวดล้อมโดย

คำนี้ถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม ใช้การติดตามต่อเนื่องกลุ่ม อสม. ที่เข้ารับโปรแกรมจำนวน 10 คน ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทำการสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่สามเพื่อขยายผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ตามโปรแกรม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (dependency elderly) หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจต้องรับการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพจิตอาสาสมัคร การขับถ่าย กิจกรรมงานบ้าน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. (village health volunteer) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็น อสม. และผ่านหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และดูแลรักษาความสะอาดบ้านเรือน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอเป็น 8 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 4 โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 5 การวิจัยผลงานวิธี

ตอนที่ 6 นิยามเชิงปฏิบัติการ

ตอนที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตอนที่ 8 สมมติฐานการวิจัย

ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ในการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีประเด็นประกอบด้วย (1) สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) ปัญหาและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในการศึกษาสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย โดยมีรายงานสภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุประเทศไทย (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช, 2561) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 25 มีเจ็บป่วยสุขภาพและมีจำนวนร้อยละ 20 เป็นอาการสุขภาพระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน) ผู้สูงอายุร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อปฏิบัติ

กิจวัตรส่วนตัว ร้อยละ 11.5 ต้องพึ่งพาผู้อื่นยามออกนอกเคหะสถาน ร้อยละ 45 ต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อใช้การขนส่งสาธารณะ และมีผู้สูงอายุป่วยติดเตียงร้อยละ 28 ของผู้ป่วยติดเตียงทั้งหมด

นอกจากนี้ในรายงานเดียวกันยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 7.7 ที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ซึ่งในจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังนี้มีร้อยละ 43.3 ที่มีปัญหาในการดูแลตนเอง ปัญหาของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังแบ่งเป็น (1) ร้อยละ 51.2 เหนง (2) ร้อยละ 27.5 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย (3) ร้อยละ 15.7 ต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเอง หรือมีปัญหาทางการเงิน (4) ร้อยละ 5.2 ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน และ (5) ปัญหาอื่น ๆ อีกร้อยละ 0.4

ซึ่งจากรายงานดังกล่าวสรุปได้ว่า แม้ในประเทศไทยครอบครัวส่วนใหญ่ยังมีการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุยังมากกว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง แต่การการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังเกือบครึ่งหนึ่งประสบปัญหาในการดูแลตนเอง และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วการพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตในได้รับความสะดวกเป็นปกติมีความสำคัญมาก ดังนั้นการทำความเข้าใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงควรให้ความใส่ใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยที่ทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพิงทั้งในด้านร่างกาย การเลี้ยงดู การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ การดูแลด้านจิตใจในด้านการให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า และด้านสังคมให้ความช่วยเหลือและการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม (Chayovan, 2005)

ในการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถใช้เครื่องมือประเมินจากกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living) โดยวัดจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือ และดูแลผู้สูงอายุให้ตรงกับความต้องการตามสภาพของผู้สูงอายุได้ เครื่องมือดังกล่าวเรียกว่า ดัชนีบาร์ธอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งประเมินใน 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ (transfer) (2) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน (mobility) (3) การใช้ห้องสุขา (toilet use) (4) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (grooming) (5) การกลั้นปัสสาวะ (bladder) (6) การกลั้นอุจจาระ (bowel) (7) การอาบน้ำ (bathing) (8) การรับประทานอาหาร (feeding) (9) การสวมใส่เสื้อผ้า (dressing) และ (10) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (stair) โดยการประเมินจะมีระดับคะแนนของความสามารถทำกิจกรรม

ดังกล่าว ส่วนการแปลผลคะแนนหากได้ 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมพื้นฐานทั้งหมด ถ้าได้ 5-8 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมพื้นฐานให้เป็นส่วนใหญ่ ถ้าได้ 9-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมพื้นฐานให้เป็นบางส่วน และถ้าได้ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เองเป็นส่วนใหญ่ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

สรุปได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในงานวิจัยนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจต้องรับการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การขับถ่าย กิจกรรมงานบ้าน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่

ปัจจัยที่ทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การที่ผู้สูงอายุเริ่มเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมีปัจจัยได้จากหลายสาเหตุ โดยสามารถจำแนกภาวะการณตามมิติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถจำแนกได้ 2 ระดับ คือ 1) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในบางเรื่อง และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในบางเรื่อง และ 2) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องพึ่งพาจากผู้ดูแลหลักทุกอย่าง โดยพบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดการพึ่งพิงมี 4 สาเหตุหลัก คือ 1) ภาวะสมองขาดเลือด (stroke) 2) โรคเรื้อรังร่วม 3) ภาวะสมองเสื่อม และ 4) เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย หรือที่เรียกว่า ผู้สูงอายุชราภาพ (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) ทั้งนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากรายงานการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) พบว่า อัตราการเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 คือร้อยละ 31.7 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5

จากรายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555 พบว่า ปัญหาการมองเห็นเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม โดยเพศหญิงประสบปัญหานี้สูงกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุในเขตเมืองประสบปัญหาการมองเห็นมากกว่าในเขตชนบท ซึ่งการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งเมื่อพิจารณาตามลักษณะประชากร พบว่า การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งในบางคนการพลัดตกหกล้มทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงไปอย่างถาวร เช่น เกิดเส้นเลือดในสมองแตกร่วมด้วยจากการ

พลัดตกหกล้ม แต่บางคนอาจเกิดภาวะเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพียงชั่วคราว เช่น กระดูกร่วงจากการล้มกระแทกพื้น ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ แต่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษานานกว่าผู้ป่วยพลัดตกหกล้มที่มีอายุน้อยกว่าซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นที่ต้องอยู่ในการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตามการลื่นล้มเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ โดยสาเหตุหลักของการลื่นล้มในผู้สูงอายุ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) คือ 1) สาเหตุทางกาย จากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วย และ 2) สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นเปียก/ลื่น พื้นผิวขรุขระ ระดับพื้นไม่สม่ำเสมอ แสงสว่างไม่เพียงพอ อุปกรณ์ของใช้ไม่มั่นคงชำรุด ใช้ อุปกรณ์ช่วยเดินไม่เหมาะสม ฯลฯ ซึ่งสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุที่สามารถป้องกันได้และควรให้ความสำคัญ คือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย รวมทั้งอุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น ราวจับ ทางลาด บันได โถสุขภัณฑ์ สวิตช์ไฟฟ้า ปลั๊กไฟฟ้า ลูกบิดประตู มือจับประตู กลอนประตู พื้น การใช้สื่ ฯลฯ ซึ่งเราสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อการใช้ชีวิตประจำวันที่สะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

1.2 ปัญหา และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2561) สามารถอธิบายตามลักษณะจำเพาะของอาการในผู้สูงอายุโดยใช้อักษรย่อคือ R-A-M-P-S ตามการจัดกลุ่มอาการของไลฟ์ลีย์ (Livesley, 1992) ได้ดังนี้

1) R – reduced body reserve (พลังสำรองของสุขภาพลดลงเนื่องจากความชรา)

กลุ่มนี้มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมทั้งที่ไม่จำเพาะทางอาการ และมีการแสดงอาการ

ปัญหาการดูแลที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน คือ จากการศึกษาสถานะทางสุขภาพที่ชราตามกาลเวลา (dynamic change) ทำให้พื้นฐานสุขภาพของแต่ละคนแตกต่างกัน การตั้งเป้าหมายการดูแลควรเน้นความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละคน ซึ่งหากไม่ทราบพื้นฐานของ ADL จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพโดยรวมได้ เช่น การให้การดูแลในสิ่งที่ผู้สูงอายุพอช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง

2) A – atypical presentation (อาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจงสำหรับโรคใดโดยเฉพาะ)

กลุ่มนี้อาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง มี 2 ลักษณะ คือ

(1) อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรค (typical presentation) เช่น อาการปัสสาวะบ่อยและดื่มน้ำบ่อยในกลุ่มโรคเบาหวาน อาการเบื่ออาหารทำให้มีภูมิต้านทานร่างกายลดลงและนำไปสู่การติดเชื้อได้ง่าย

(2) อาการที่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน เรียกว่า กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพต่าง ๆ ได้หลายระบบ ซึ่งมีชื่อเรียกโรคของอาการเหล่านี้ว่า “big I’s” 6 อาการ ได้แก่ ภาวะหกล้ม (instability) การสูญเสียความสามารถในการเดิน (immobility) อาการปัสสาวะรดหรืออุจจาระรด (incontinence) ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ทั้งภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะสมองเสื่อม (intellectual impairment) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ เช่น ผลไม่พึงประสงค์จากยา (iatrogenesis) และภาวะขาดสารอาหาร (inanition)

ปัญหาการดูแลที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน คือ ความไม่รู้และไม่คุ้นเคยของผู้ดูแล หรือบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับอาการที่ชัดเจน ทำให้ได้รับการดูแลตามอาการ ซึ่งอาจจะไม่ใช่สาเหตุหลักของการป่วยของผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดความรุนแรงของอาการมากขึ้น ซึ่งการสังเกตอาการและบอกเล่าอาการที่พบของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้แพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รับทราบอย่างละเอียด จะทำให้สามารถดูแลรักษาได้ทันทั่วถึง

3) M – multiple pathology การมีพยาธิสภาพหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน

กลุ่มนี้จะมีอาการที่ชัดเจนว่าเกิดขึ้นจากการที่มีความรุนแรงในการเพิ่มขึ้นของพยาธิสภาพ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะเกิดความเสียหายสูงในภาวะแทรกซ้อน โดยมี 3 กลุ่มโรคคือ

(1) กลุ่มโรคกระดูกและข้อ เช่น โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกพรุน ภาวะกระดูกหัก

(2) กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง

(3) กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ ภาวะซึมเศร้า

ปัญหาการดูแลที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน คือ โรคกลุ่มนี้จะเป็นอาการที่เรื้อรัง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องทนทุกข์กับอาการดังกล่าวเป็นระยะเวลาเวลานาน การดูแลจึงควรได้รับความเข้าใจอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และอาการทางกายของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีสมควรตามอัตภาพ

4) P – polypharmacy การที่ผู้สูงอายุได้รับยาหลายชนิดหลายขนานในเวลาเดียวกัน

กลุ่มนี้เกิดจากการมีอาการของโรคมาก ทำให้ได้รับยาที่หลากหลายในเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา เช่น การเต้นของหัวใจผิดปกติ ความอ่อนแอ ผิดปกติ

ปัญหาการดูแลที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน คือ ยาบางตัวที่ได้รับจากแพทย์เฉพาะทางคนละด้านอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย อีกทั้งการเป็นโรคเรื้อรังบางโรคเป็นการรับยาตลอดชีวิต บางครั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้ไปพบแพทย์ด้วยตนเอง ทำให้ได้ไม่รับการตรวจรักษาเพื่อปรับยา

5) S – social adversity ปัจจัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้อาจเกิดผลเสียต่อสุขภาพ

กลุ่มนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ เช่น รายได้ที่ลดลง การแยกบ้านของลูก คู่สมรสเสียชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น อาการซึมเศร้า ภาวะเครียด

ปัญหาการดูแลที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน คือ ผู้สูงอายุจะเก็บกดเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสังคมโดยไม่บอกผู้ดูแล เพราะไม่อยากจะเพิ่มภาระเพิ่มขึ้น ไม่ยอมรับการรักษาดูแลด้วยจิตแพทย์ในรายที่เป็นภาวะทางจิต ซึ่งกลับส่งผลต่อปัญหาสุขภาพในช่วงเวลานั้นมากขึ้น

จากลักษณะจำเพาะของอาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความช่างสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลรักษาของแพทย์ต่อไป

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศญี่ปุ่น

ผู้วิจัยมีความสนใจการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ญี่ปุ่นจึงมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวจนกลายเป็นต้นแบบการดูแลระยะยาว มีพระราชบัญญัติการประกันการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance Act) ประกาศใช้ในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 1997 มีระบบการประกันการดูแลระยะยาว

ยาว (Long-Term Care Insurance) และมีการแก้ไขกฎหมายในปี ค.ศ. 2005 เพื่อให้ประชาชนทุกคนที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวหรือมีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีจุดเด่นคือความชัดเจนของสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องจ่าย และบริการที่มีความหลากหลาย และเน้นทั้งการบริการเชิงป้องกันในด้านการส่งเสริมสุขภาพและบริการเชิงรับในรักษาทางการแพทย์ (กฤตวรรณ สหราชัย, 2560)

การให้ความสำคัญกับสิทธิประโยชน์การป้องกันรูปแบบใหม่ (New Preventive Benefits) หรือเรียกย่อว่า “NPB” รัฐบาลจัดให้มีการตรวจสอบการดูแลรักษาขั้นต่ำ รายละเอียดการบริการและการจัดการดูแลด้วยจุดมุ่งหมาย ปรับปรุงและสนับสนุนทักษะในการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ มุ่งเน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นโรค ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการของประชากรที่มีอายุมากขึ้น ระบุกลุ่มอาการไม่เพียงประสงค์สามารถป้องกันโรคเรื้อรังหรือโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ โดยสนับสนุนการใช้บริการดูแลรายวันและบริการช่วยเหลือที่บ้าน (Fukawa, 2007) โดยท้องถิ่นจะมีศูนย์ดูแลสุขภาพ ทำหน้าที่ประเมินความต้องการของบุคคลที่ได้รับการรับรองจากแพทย์ในระดับความต้องการต่ำสุด เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้มีภาวะพึ่งพิง โดยการส่งเสริมสุขภาพในเชิงป้องกัน โดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย (Murakawa, 2011) ผู้ที่ได้รับการรับรองของ NPB สามารถใช้บริการดูแลชุมชนหรือบริการป้องกันเพื่อสนับสนุนให้รักษาสภาพร่างกายในปัจจุบันให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สำหรับการบริการและความต้องการการดูแลระยะยาว และระดับการสนับสนุนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว จะมีบริการสิ่งอำนวยความสะดวก การบริการที่บ้าน และการบริการในชุมชน โดยการดูแลระยะยาว มีการแบ่งระดับการทำงานดังนี้

การบริการในระดับจังหวัด

- การบริการดูแลที่บ้าน ได้แก่ การบริการเยี่ยมบ้าน การบริการช่วยเหลือที่บ้าน การบริการอาบน้ำ การเยี่ยมบ้านดูแลทางการแพทย์ การเยี่ยมบ้านเพื่อการฟื้นฟู การให้คำแนะนำการจัดการทางการแพทย์ที่บ้าน

- การบริการรายวัน ได้แก่ บริการรายวันในการดูแลทางการแพทย์และบริการรายวันในการฟื้นฟู

- การบริการแบบพักชั่วคราว ได้แก่ การดูแลแบบพักชั่วคราว การดูแลทางการแพทย์แบบพักชั่วคราว

- การดูแลช่วยเหลือสำหรับการทำกิจวัตรประจำวันให้กับคนที่เข้ารับการรักษาในสถานที่กำหนด การเข้าอุปกรณ์ทางการแพทย์และการขายอุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์

- การสนับสนุนที่บ้าน การให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ ศูนย์ดูแลสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ สถานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์

การบริการในระดับเทศบาล

การบริการโดยเพื่อนบ้าน ได้แก่ การดูแลเล็กน้อย การดูแลการทำหน้าที่ต่างๆ ในบ้าน การเยี่ยมในช่วงเย็น การดูแลทางการแพทย์ในช่วงกลางวันและการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การดูแลโดยเพื่อนบ้านสำหรับการทำกิจวัตรประจำวันตามที่กำหนดไว้ การดูแลโดยเพื่อนบ้านสำหรับคนที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ

การบริการในระดับอื่น ๆ

- การปรับปรุงบ้าน และการสนับสนุนการดูแลระยะยาว
- ศูนย์บริการสนับสนุนชุมชนอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของเทศบาล
- การประกันการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance) หรือเรียกย่อว่า "LTCI" มีระบบประกันสุขภาพ

- ระบบการดูแลในพื้นที่แบบบูรณาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการที่เหมาะสมในพื้นที่ที่ตนเองอาศัยอยู่มาแต่ดั้งเดิม โดยออกแบบให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ภายใน 30 นาที ทั้งบริการการรักษาพยาบาล บริการการดูแล บริการด้านที่อยู่อาศัย และ บริการการสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวัน โดยให้รัฐบาลระดับจังหวัดหรือรัฐบาลระดับท้องถิ่นเป็นหลักในการดำเนินการโดยคำนึงถึงความต้องการและลักษณะเฉพาะของพื้นที่ เช่น ส่งเสริมให้เกิดการพยาบาลและการดูแลที่เชื่อมโยงกันในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ส่งเสริมมาตรการรองรับผู้ป่วยความจำเสื่อม ส่งเสริมให้เกิดการประชุมการดูแลในระดับพื้นที่ และส่งเสริมให้มีบริการสนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวันมากยิ่งขึ้น (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

นอกจากนี้ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่มีภัยพิบัติทางธรรมชาติเกิดขึ้นหลายครั้ง ทั้งแผ่นดินไหว สึนามิ และพายุ ทำให้มีรูปแบบการดูแลในสถานการณพิเศษที่แตกต่างจากประเทศไทย คือ การดูแลในกรณีเกิดภัยพิบัติต่าง ๆ (Ishiki, 2016) เมื่อมีผู้ประสบภัยที่รอดชีวิตจากภัยพิบัติ จะต้องอาศัยอยู่ในที่พักชั่วคราว ซึ่งจากการศึกษาเรื่องสุขภาพและองค์ความรู้ความเข้าใจ (cognitive functions) ของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักชั่วคราว พบว่า การดูแลผู้สูงอายุส่วนที่นอกเหนือจากการดูแลร่างกาย ยังมีการร่วมทำกิจกรรมระหว่างผู้สูงอายุเพื่อดูแลสภาพจิตใจด้วย

ซึ่งถือได้ว่าญี่ปุ่นเป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุทั้งในยามปกติและยามที่มีภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย

ในประเทศไทยได้มีการผลักดันให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ทั้งนี้หลักการดูแลผู้สูงอายุตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือ “เน้นการดูแลเป็นอันดับแรก เน้นครอบครัว และการสร้างให้ชุมชนเข้มแข็ง” กล่าวคือ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลช่วยเหลือตนเองให้ได้ อยู่ในครอบครัวที่มีความเอื้ออาทร โดยชุมชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือ คือ จัดให้มีหน่วยงานบริการทางการแพทย์หรือทางสังคมจะเข้าไปช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการหรือมีปัญหา ซึ่งในระดับนโยบาย มีการกำหนดมาตรการเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพครอบครัว องค์กรองค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชนให้ตระหนักในการจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว เตรียมการป้องกันปัญหาในอนาคต ผลักดันให้กองทุนในชุมชน และจัดสรรงบประมาณเพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบตามลักษณะของผู้สูงอายุ (ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชรฯ ชวนะพันธุ์, 2559) ดังต่อไปนี้

(1) การดูแลภายในครอบครัว

การดูแลภายในครอบครัว เป็นการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในปัจจุบันได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การดูแลเอาใจใส่ด้านร่างกาย สุขภาพ การรักษาพยาบาล การดูแลจิตใจ รวมทั้งการให้เงิน

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโดยการเกื้อหนุนจากครอบครัว (ชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2559) มีดังนี้ การพาไปพบแพทย์ตามนัดหมายเพื่อตรวจและติดตามอาการ การเดินทางไปรับยาแทนตามนัดหมาย การช่วยจดจำวันนัดหมายเพื่อตรวจและติดตามอาการ การเอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง การหมั่นคอยดูแลและควบคุมอาหารการกิน การช่วยเหลือเกี่ยวกับการกินยาให้ถูกเวลา การช่วยเตรียมยาตามมื้ออาหารแต่ละวัน การหมั่นถามไถ่และติดตามอาการจากการใช้ยา และการสร้างความรู้สึกในการมีคุณค่าทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ และบุคคลรอบข้าง

การดูแลด้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม (สกลชัย สุมนานุสรณ์, 2557) มีดังนี้ โถส้วมแบบมีพนักพิงหลัง สัญญาขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ ระบบทำน้ำอุ่น ก๊อกน้ำในรูปแบบก้านโยก บ้านที่มีลานกว้างไว้สำหรับทำกิจกรรมเช่น ปลูกต้นไม้ดอกไม้ประดับ ผักสวนครัว และ

เลี้ยงสัตว์ และมีพื้นผิวนอกบ้านมีทั้งพื้นปูนและพื้นหญ้าผสมกัน โดยมีโต๊ะไม้ มีต้นไม้ใหญ่เพื่อให้ร่มเงา

(2) การดูแลในสถาบัน

การดูแลในสถาบัน แบ่งได้เป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ บ้านของคนสูงวัยมีตั้งแต่ระดับที่อยู่อาศัยที่มีบรรยากาศดีมาก หรือ life style community ซึ่งเจาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเงินมาก มีกิจกรรมนันทนาการ บริการทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด และมีเชฟดูแลอาหารอย่างดี ระดับรองลงมาก็คือโครงการบ้านจัดสรรสูงวัยที่ราคาอาจไม่แพงมาก และสุดท้ายคือสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งหลายแห่งผู้สูงอายุได้ตัดสินใจเลือกที่อยู่อาศัยเอง โดยการหาข้อมูลเกี่ยวกับแต่ละสถานที่มาก่อน ทำให้มีการปรับตัวในทิศทางที่พร้อมยอมรับกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของสถานบริการได้ แต่สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้ตัดสินใจเอง แต่มีความจำเป็นในการต้องย้ายมาอยู่ในสถานบริการ หรือมีความขัดแย้งกับครอบครัว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (อังคณา นาคอุบล และคณะ, 2558)

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยมีการอธิบายไว้ว่าสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง 1) ในช่วงระยะก่อนเสียชีวิต มีความต้องการได้แก่ การช่วยติดต่อลูกหลานเพื่อให้ได้เจอก่อนเสียชีวิต การดูแลแบบใกล้ชิดและใส่ใจมากกว่าปกติ การนำส่งโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการหนักขึ้น การได้พบกับพระก่อนเสียชีวิต และการพูดนำทางให้ไปที่ดี ๆ และ 2) ระยะภายหลังจากการเสียชีวิต มีความต้องการได้แก่ การดูแลศพให้ตั้งตามพิธี และการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้ดวงวิญญาณ ส่วนการดูแลจากผู้สูงอายุด้วยกันทำได้โดย การช่วยเหลือดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย และการอยู่ร่วมกันด้วยดีและให้เกียรติต่อกัน (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2557)

(3) การดูแลโดยชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ในที่นี้หมายถึง การดูแล การบริการโดยผู้สูงอายุยังคงอาศัยในบ้าน และในชุมชนตนเอง ตัวอย่างเช่น การมีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เข้าไปเยี่ยมเยียน ดูแลให้บริการต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพ สุขอนามัย ด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่บ้านเป็นประจำ และสม่ำเสมอ

(4) การดูแลในสถานการณพิเศษ

การดูแลผู้สูงอายุในสถานการณพิเศษ มีดังต่อไปนี้

สถานให้บริการดูแลผู้สูงอายุในระหว่างวัน (adult day care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะในเวลากลางวัน ไม่รับไว้ค้างคืน โดยผู้สูงอายุยังคงอาศัยในบ้านหรือในครอบครัว

ตนเองตามปกติ ช่วงเช้าผู้ดูแลเดินทางมาหาหรือมารับที่บ้าน โดยทั่วไปจะได้รับการดูแลทางร่างกาย การออกกำลังกาย ทำกิจกรรมต่าง ๆ การทำกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น และเมื่อถึงเวลาเย็นผู้สูงอายุจะถูกส่งกลับไปอยู่บ้านตนเอง

การพยาบาลสุดท้าย (hospice care) หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้หาย แต่เน้นการดูแลให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพก่อนสิ้นใจ โดยรวมถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต รูปแบบของการดูแลต่าง ๆ จะเน้นการช่วยนำพาให้ผู้สูงอายุและครอบครัวก้าวผ่านช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุไปได้อย่างราบรื่น และอย่างสงบ

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้การดูแล เนื่องจาก อสม. ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุในชุมชน และได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ซึ่งเป็นหลักสูตรพื้นฐานในการทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

รูปแบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากรายงานการสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2560 (กฤตวรรณ สาหร่าย. 2560) ได้อธิบายถึงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กล่าวถึง ความเป็นมาของนโยบายระบบการดูแลระยะยาว ส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระในการประชุมและเป็นมติสมัชชา โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญ คือ ให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ภายหลังจากต่อมาในขณะที่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ล้วนเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้นและเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มคือ 1) ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือ 100% 2) ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลางต้องการความ

ช่วยเหลือบางส่วน และ 3) ช่วยเหลือตนเองได้ดีไม่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งในกลุ่มที่ 1 จะจัดอยู่ในกลุ่มการบริการดูแลระยะยาว ส่วนกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 อยู่ในกลุ่มบริการป้องกันและไม่มีภาวะพึ่งพิง

การออกแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ. 2559) ดังนี้

1) เน้นการบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล หมู่บ้าน ครอบครัว)

2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต

3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยงานบริการปฐมภูมิในพื้นที่

4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน ได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ปัจจุบัน อปท.บางแห่งไม่สามารถจัดสรรงบประมาณให้กับบุคลากรในพื้นที่ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) และความซ้ำซ้อนของบุคลากรในการดูแลระยะยาวบางคนเป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและยังได้รับเงินการดูแลระยะยาวจาก อปท. ซึ่งเป็นการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อน จึงอยู่ในขั้นตอนการแก้ไขกฎระเบียบให้ชัดเจนและเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน การดำเนินงานในชุมชนมีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทางเลือกของรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับการนำมาปรับใช้กับสังคมไทย จึงมี 2 แนวทางเลือก ได้แก่

(1) การใช้โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการเป็นฐาน ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ และเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ แต่การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงต้องบูรณาการด้านสาธารณสุขและสังคมเข้าด้วยกัน ถ้าเริ่มด้วยแนวทางนี้ โอกาสที่จะบูรณา

การในระยะยาวจะทำได้ยาก และต้องลงทุนสร้างระบบการดูแลระยะยาวที่มีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ทำให้เกิดภาระทางด้านการเงิน ซึ่งใช้งบประมาณ 146,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเกินกำลังงบประมาณที่รัฐบาลจะจัดการได้

(2) การใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน ในครอบครัวในท้องถิ่น จึงสามารถใช้ อปท. เป็นกลไกในการจัดการและเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งในระยะแรกอาจทำงานค่อนข้างยากเพราะยังเป็นงานใหม่สำหรับ อปท. ระบบสนับสนุนและระบบตรวจสอบ โดยทางเลือกนี้จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 16,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งอยู่ในวิสัยที่รัฐบาลสามารถบริหารจัดการได้ โดยมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าทางเลือกที่หนึ่งถึง 10 เท่า

นโยบายสำคัญในการมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สปสช. เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ดังนี้

(1) บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด

(2) บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และบริการอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล ได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสปสช. เพื่อสนับสนุนให้ อปท. สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบได้ นอกจากนั้นได้มีการจัดทำข้อตกลงการดำเนินงานร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย ได้แบ่งการทำงานดังนี้ (1) ชุดบริการป้องกัน มีบริการป้องกันการดูแลระยะยาว ได้แก่ การป้องกันการดูแลระยะยาวแบบผู้ป่วยนอก การป้องกันการดูแลระยะยาวแบบผู้ป่วยนอก การบริการเยี่ยมบ้าน สำหรับการป้องกันการดูแลระยะยาว การบริการในชุมชน ศูนย์อเนกประสงค์ บริการป้องกันใน

ผู้ป่วยสมองเสื่อม โครงการป้องกันการดูแลระยะยาว กิจกรรมชุมชนที่ผู้สูงอายุมีบทบาทในชุมชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ และวัด (2) ชุดบริการดูแลระยะยาว ได้แก่ บริการในสถานบริการ สถานบริการ การดูแลระดับประคอง การดูแลชั่วคราวที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาว การเยี่ยมบ้านสำหรับการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการในชุมชน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์ดูแลกลางวัน ศูนย์อเนกประสงค์ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ฯลฯ

ข้อจำกัดในการดูแลระยะยาวในประเทศไทย จากรายงานการสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2560 มีรายละเอียดดังนี้ (1) ยังไม่มีกฎหมายรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเพียงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์โดยทั่วไปของผู้สูงอายุไม่ได้เน้นการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะ (2) ระบบการดูแลระยะยาวอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินการเพื่อค้นหาการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ถึงแม้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือนโยบายสู่การปฏิบัติที่ยังไม่มีความชัดเจนในบางประเด็น เช่น สปสช. จัดสรรงบประมาณให้ อบต. แต่ อบต. ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณให้กับบุคลากรในพื้นที่ได้ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายเงิน หรือความซ้ำซ้อนของบุคลากรในการดูแลระยะยาว (3) การบริการการดูแลระยะยาวของประเทศไทยเน้นการบริการตั้งรับ คือ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการบริการเชิงรุก คือ การป้องกันสุขภาพ มีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง แต่ยังไม่มีความชัดเจนในแง่ของการปฏิบัติและความต่อเนื่องของบริการที่ได้รับ และ (4) งบประมาณที่ยังมีจำกัดเนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ยังมีความชราภาพ

สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ในนโยบายระดับชาติให้มีการปฏิบัติหน้าที่สำหรับการดูแลระยะยาว รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้กลไกของ อสมพ เป็นหลัก เนื่องจากเป็นบุคลากรที่อยู่ในพื้นที่ชุมชน และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนองค์ความรู้ต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับการทำงาน ซึ่งควรมีการฝึกอบรมให้ความรู้ และทักษะในการดูแลที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การส่งเสริมความรู้หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน กรมอนามัยได้มีหลักสูตรที่นำไปใช้ 2 หลักสูตร คือ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง และหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง โดยมีเป้าหมาย

ของหลักสูตร คือ เพื่อผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มติดบ้านและติดเตียง จำนวนรวมประมาณ 2.2 ล้านคน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องใช้ชีวิตอีกหลายปี แต่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้ทุกวัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องผู้ดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร

ในการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุมีสำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ร่วมมือกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 โดยแบ่งเป้าหมายในการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 วัตถุประสงค์ ได้แก่

1) การผลิตเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนระดับตำบล (รพ.สต.) ที่กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้ดำเนินการอบรม

2) การผลิตเพื่อให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มเป้าหมายคือประชาชนที่มีผู้สูงอายุในครอบครัว

3) การผลิตเพื่อการสร้างงานและสร้างอาชีพ กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชากรวัยแรงงานที่ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง หรือผู้ที่มีความประสงค์จะประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการหรือในครัวเรือนที่มีฐานะ

ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายในข้อ (1) และข้อ (2) ได้จัดให้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตร 70 ชั่วโมง) ส่วนข้อ (3) จัดให้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตร 420 ชั่วโมง) ผู้ที่เข้าอบรมต้องเป็นผู้ที่มีอายุ 15 – 55 ปี เป็นเพศชายหรือหญิง และต้องสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งปริมาณความต้องการแรงงานในกลุ่มอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2560 ยังมีความต้องการแรงงานกลุ่มนี้ไม่ต่ำกว่า 20,000 คน โดยเฉพาะในหลักสูตร 420 ชั่วโมง เนื่องจากผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่จะอยู่ตามบ้าน สภาพสังคมที่สมาชิกวัยแรงงานต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้าน จึงมีความจำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มาประจำบ้าน

การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง และ 70 ชั่วโมง

คู่มือการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง แบ่งการเรียนการสอนออกเป็น 18 หน่วย ซึ่งมีเนื้อหาการอบรมดังนี้ หน่วยที่ 1 ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หน่วยที่ 3 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หน่วยที่ 4 ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาล

เบื้องต้นหน่วยที่ 5 การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น หน่วยที่ 6 การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากความชราภาพ หน่วยที่ 7 การใช้ยาในวัยสูงอายุ หน่วยที่ 8 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพช่องปาก หน่วยที่ 9 สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ / การดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด ได้แก่ ธรรมชาติและความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของวัยสูงอายุ โรคจิตเวชในผู้สูงอายุ การสื่อสารทางบวกกับผู้สูงอายุ โรคอัลไซเมอร์ ความเครียดของผู้ดูแลและการผ่อนคลาย ความเครียด และการเตรียมตัวก่อนวาระสุดท้ายของชีวิต หน่วยที่ 10 การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม หน่วยที่ 11 ภูมิปัญญาชาวบ้านและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หน่วยที่ 12 สิทธิผู้สูงอายุ ตามรัฐธรรมนูญ / กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ หน่วยที่ 13 บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยที่ 14 การจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยที่ 15 เสริมทักษะด้านภาษาอังกฤษ หน่วยที่ 16 เสริมทักษะด้านคอมพิวเตอร์ หน่วยที่ 17 การฝึกปฏิบัติงาน และหน่วยที่ 18 การวัดผล และประเมินผล

สำหรับหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง มีความแตกต่างกับหลักสูตร 420 ชั่วโมง ในด้านจำนวนเวลาเรียนในแต่ละหน่วย และไม่มีหน่วยที่ 15 เสริมทักษะด้านภาษาอังกฤษ และหน่วยที่ 16 เสริมทักษะด้านคอมพิวเตอร์

เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง มีอยู่แล้วในหน่วยที่ 10 มีระยะเวลาในการเรียนรู้ 4 ชั่วโมง และในหลักสูตร 70 ชั่วโมง มีระยะเวลาในการเรียนรู้เพียง 1 ชั่วโมง โดยในหลักสูตรมีวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่ออธิบายการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุตามการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพได้ และแนะนำ วางแผนการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมในห้องน้ำ ห้องนอน พื้นห้อง ทางเดิน และข้าวของเครื่องใช้ ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้ว มีเฉพาะการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ไม่มีรายละเอียดด้านการเฝ้าระวังสุขภาพที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และการป้องกันด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่ส่งผลให้ปัญหาทางสุขภาพไม่หายขาด เพราะเป็นผลที่ได้รับจากการขาดการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การเพิ่มเติมเนื้อหาด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่คำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงมีความสำคัญ

1.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้ให้การดูแล และดำเนินการอันเป็นประโยชน์ ต่อผู้ได้รับการดูแล โดยบุคคลที่เป็นผู้ให้การดูแลครอบคลุมถึงบุคคลผู้เป็นญาติ บุคคลในครัวเรือน

เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน กลุ่มคนหรือองค์กรในชุมชน บุคลากรในสถานบริการของรัฐและเอกชน (บรรลุ ศิริพานิช, 2553)

ในการจำแนกความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 5 มิติ (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) ดังนี้

(1) การให้ความหมายในมิติการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น คือ การให้ความช่วยเหลือผู้อื่นไม่ว่าจะอยู่ในภาวะที่ปกติหรือไม่ปกติ เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น และเพื่อการตอบสนองของความต้องการพื้นฐาน นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้การสนับสนุนและที่อิทธิพลต่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพ ทรัพย์สิน และความหวัง

(2) การให้ความหมายในมิติการดำเนินการในลักษณะการให้ความช่วยเหลือกับบุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น คือ การดูแลเอาใจใส่ผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นเพื่อนหรือญาติที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือพิการ และต้องการความช่วยเหลือโดยส่งเสริมให้มีความอยู่รอด มีสุขอนามัย และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

(3) การให้ความหมายในมิติของความสัมพันธ์ในครอบครัว คือ การดูแลเพราะความสัมพันธ์เป็นญาติที่ใกล้ชิดหรือมีข้อผูกมัดทางอารมณ์กับผู้รับการดูแล ซึ่งเรียกว่า ญาติผู้ดูแล

(4) การให้ความหมายในมิติของความรับผิดชอบต่องาน คือ การดูแลที่ผู้ดูแลได้ใช้เวลาในส่วนใหญ่หรือมีภารกิจหลักในการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอื่น ๆ โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) และผู้ดูแลรองหรือญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver)

(5) การให้ความหมายในมิติของรูปแบบการดูแล โดยแบ่งเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ดังนี้

5.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิง โดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ช่วยที่บ้าน (health care assistant)

5.2 ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal caregiver) บางครั้งอาจเรียกว่า ผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม หมายถึง การให้ความดูแลที่ไม่ต้องชำระค่าบริการ โดยบริการให้กับผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ต้องการความช่วยเหลือหรือการพึ่งพา ได้แก่ ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ โดยไม่เสียค่าบริการแต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการที่พึ่งในบ้านหรือชุมชน

บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น สามารถแบ่งกลุ่มผู้ดูแลได้ตามความหมายข้างต้น ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีความสัมพันธ์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันไป โดยมีการแบ่งได้เป็นกลุ่มสมาชิกในครอบครัว และกลุ่มผู้ดูแลในชุมชน ทั้งนี้การดูแลจากผู้ดูแลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุขมีการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุลงในระดับชุมชน ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) ที่มีทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดไปให้บริการถึงบ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้คำแนะนำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น ส่วนบริการทางสังคมที่เป็นภารกิจของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นการให้บริการโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) ซึ่งให้บริการเยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในเบื้องต้น และในชุมชนบางแห่ง มีบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน เช่น มีอาสาสมัครผู้สูงอายุหรือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไปเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ มีพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ หรือที่ลูกจากเตียงไม่ได้ ทั้งนี้บทบาทภาระของผู้ดูแลต่อการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความยากง่ายในการดูแลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล แบ่งออกได้เป็น 2 ระบบ (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) ดังต่อไปนี้

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงวงใน หรือการดูแลโดยครอบครัว มีบทบาทและหน้าที่ ดังนี้

- 1) ดูแลกิจกรรมหลักในแต่ละวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว ดูแลเสื้อผ้า และการดูแลด้านอาหาร
- 2) การรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ดูแลมีวิธีการรักษาพยาบาลใน 2 วิธี คือ การรักษาตามวิถีชาวบ้าน โดยการซื้อยาทานเอง การจัดยาให้ การรับการรักษาที่หมอฟันบ้าน สำนักสงฆ์ หมอคู่ที่เป็นความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคนในครอบครัว และการรักษาพยาบาลจากสถานบริการด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาลที่มีความรู้ในวิชาชีพ
- 3) การดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข
- 4) การนอนเฝ้าในเวลากลางคืน เพื่อสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจ และความมั่นคงปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 5) การดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

ทั้งนี้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมาชิกในครอบครัวยังพบว่ามีปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลหลักไม่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลักมีปัญหาด้านสุขภาพและมีการเจ็บป่วยร่วม ผลกระทบทางด้านร่างกายอายุมาก สมรรถนะร่างกายลดลง และผลกระทบต่อด้านจิตใจ มีปัญหาการจัดการด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงนอก หรือการดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น มีบทบาทและหน้าที่ดังนี้

- 1) การเยี่ยมบ้าน (home visit)
- 2) การดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน (home health care) โดยเน้นกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 3) การบริการของภาครัฐจากส่วนกลาง ได้แก่ เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ประกันสุขภาพ การจัดชุดบริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง
- 4) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมในชุมชนท้องถิ่น ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายและกลุ่มเพื่อนบ้านครัวเรือนแบบชิด กลุ่มจิตอาสา อาสาสมัคร กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มองค์กร และสถาบันต่าง ๆ ภายในชุมชนท้องถิ่น กลุ่มเครือข่ายทางสังคม
- 5) การจัดทำฐานข้อมูลและการประเมินจากแบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถจัดชุดบริการด้านสาธารณสุขได้ถูกต้อง
- 6) การจัดการด้านอนามัยชุมชนและการป้องกันโรค
- 7) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของบทบาท อสม. อมส. Caregiver และมีนโยบายท้องถิ่นเกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การส่งเสริมการให้บริการเชิงรุกของหน่วยงานรัฐ ความรวดเร็วในการให้บริการสถานพยาบาล สร้างหลักประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน และการดูแลระบบบริการสุขภาพต่อเนื่อง

งานวิจัยนี้มีความสนใจในการศึกษากับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุขในการทำหน้าที่ดังกล่าว และมีความรู้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงมาแล้ว

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในการศึกษานี้ มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าในการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในหลักสูตร 420 ชั่วโมง และหลักสูตร 70 ชั่วโมง ยังมีสาระการเรียนรู้เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมในด้านกายภาพ เพราะในหลักสูตรมีการให้ความรู้ที่หลากหลายที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจขยายให้พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอีกเนื้อหาหลักในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีสามารถช่วยเยียวยาและให้การรักษาพยาบาลทำได้ดีขึ้น และมีผลกระทบต่อสุขภาพลดลง (Ulrich, 2008)

การจัดสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยในระดับนานาชาติ เมื่อปี 2002 มีการจัดทำนโยบาย และจัดทำแผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Madrid International Plan of Action on Ageing -MIPAA) เป็นข้อสรุปจากการประชุมสมัชชาโลกครั้งที่ 2 ขององค์การสหประชาชาติ ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ที่กรุงมาดริด ประเทศสเปน โดยเป็นแผนที่ได้รับการรับรองโดยรัฐบาลจาก 159 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียดสำคัญในด้านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งในประเด็นของบ้านพักที่อยู่อาศัย และการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมด้านบ้านพักที่อยู่อาศัยที่สอดคล้องกับการจัดสภาพแวดล้อมคือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนของตนตามใจชอบ (Ageing in place) มีบ้านพักอาศัยได้รับการปรับปรุงการออกแบบที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการอยู่อย่างพึ่งตนเอง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นมิตรกับวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่พิการ (องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ, 2012)

ดังนั้นในการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีแนวคิดที่น่าสนใจ และประเด็นในการศึกษา ประกอบด้วย (1) การออกแบบที่อิงหลักฐาน (2) ความหมายของพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม และ (3) การวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การออกแบบที่อิงหลักฐาน

แนวคิดการออกแบบที่อิงหลักฐาน (Evidence-Based Healthcare Design) เป็นแนวคิดของอุลริชและคณะ (Ulrich et al. 2008) ซึ่งเป็นกระบวนการวางแผน และตัดสินใจจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพบนพื้นฐานของงานวิจัยที่เชื่อถือได้ เพื่อช่วยให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างได้ผลมากที่สุด ระวังการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเยียวยาความเจ็บป่วย ทั้งในมิติทางกาย ใจ และการสนับสนุนทางสังคม

ที่ผ่านมา อุลริช และคณะ ได้ทำการทบทวนงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2004 – 2007 พบว่ามีงานวิจัยที่น่าเชื่อถือจำนวนมากพอที่แสดงถึงการออกแบบและจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพใน 3 หมวดหมู่ คือ (1) ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันความผิดพลาดทางการแพทย์ และการป้องกันการหกล้ม (2) ผลลัพธ์ในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ความเจ็บปวด การนอนหลับ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเป็นส่วนตัว การสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจของผู้ป่วยในภาพรวม และ (3) ผลลัพธ์ที่มีต่อเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การบาดเจ็บจากการทำงาน ความเครียด ประสิทธิภาพและความพึงพอใจในงาน

ความเกี่ยวข้องการออกแบบที่อิงหลักฐานต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

เนื่องจากการออกแบบที่อิงหลักฐาน มีงานวิจัยที่ค้นพบเรื่องผลของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยสิ่งแวดล้อมที่ถูกจัดได้ดีจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพตามที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้นพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมจึงเป็นต้นทางของการป้องกันและดูแลสุขภาพ ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ 6 ประการ ดังนี้ (Ulrich et al. 2008)

(1) การลดการติดเชื้อ จากการแพร่ระบาดของอากาศ (airborne) การแพร่ระบาดของน้ำ (waterborne) และทางการสัมผัส (contact) โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้มีระบบระบายอากาศที่ถ่ายเท ซึ่งการหมุนเวียนอากาศจะมีประสิทธิภาพสูงสุดที่ 12 -15 ACH (room air change per hour) มีหลักฐานการวิจัยของเจียงและคณะ (Jiang, 2003) พบว่า ห้องที่มีอากาศหมุนเวียนที่ดี จะมีอัตราการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคซาร์สต่ำกว่าห้องที่ไม่มีการหมุนเวียนอากาศที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ เฟรนช์และคณะ (French et al. 2004) แนะนำให้มีการออกแบบพื้น ฝาผนัง และใช้เฟอร์นิเจอร์ที่ง่ายต่อการทำความสะอาดและการฆ่าเชื้อ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคบนพื้นผิวต่าง ๆ และซีอัลสเตอร์และคณะ (Schulster, 2004) เสนอว่าควรมีระบบเก็บน้ำสำรองในอุณหภูมิที่พอเหมาะที่ 20 – 60 องศาเซลเซียส ไม่มีส่วนที่น้ำสามารถไหลย้อนพาสิ่งสกปรกเข้าสู่ระบบน้ำได้ เพื่อป้องกันการเพาะตัวของเชื้อโรค

(2) การลดอุบัติเหตุลื่นล้ม หกล้ม และตกเตียง พบว่า การลื่นเกิดขึ้นมากที่สุดในห้องนอน และรองลงมาคือในห้องน้ำ โดยผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราการล้ม 1.5 ครั้งต่อเตียงต่อปี ซึ่งทำให้น่าไปสู่กระดูกหัก แดก ร้าว ซึ่ง American Geriatric Society (Society, 2001) ซึ่งปัญหา

การลื่นล้มเกิดจากพื้นลื่น หรือเปียกแฉะ มีสิ่งกีดขวางบนพื้น การติดมือจับประคองไม่เหมาะสม และมีเฟอร์นิเจอร์หรือสุขภัณฑ์ที่มีส่วนสูงไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559)

(3) การลดความเจ็บปวด ผลกระทบของความเจ็บปวดนั้นมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งมีการทำการศึกษาว່ว่าผู้ที่ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีธรรมชาติ จะใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง เพราะสิ่งแวดล้อมจะเบี่ยงเบนความสนใจในความเจ็บปวดได้ ดังนั้น การเปิดให้แสงสว่างธรรมชาติเข้ามาในห้องจึงเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความเจ็บปวดได้ นอกจากนี้การใช้ภาพทิวทัศน์ที่สงบร่มรื่นพร้อมกับเสียงธรรมชาติ ก็สามารถลดความเครียดและความเจ็บปวดได้ดี (Malenbaum, 2008)

(4) การทำให้อนอนหลับได้ดีขึ้น มีงานวิจัยหลายเรื่องบ่งบอกสภาพการนอนของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยว่ามีปัญหาการนอนหลับไม่สนิท ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียด ภูมิคุ้มกันลดลง อ่อนเพลีย และความจำเสื่อม ซึ่งสาเหตุของการนอนหลับได้ไม่ดีมาจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะเสียงดังรบกวนรอบข้าง แสงสว่างของไฟเพดานที่ส่องมาถึงเตียง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ดี ควรจัดให้มีการป้องกันความดังของเสียง แสงสว่างบนเพดาน รวมไปถึงการระงับเสียงจากการเดินเข้าออกห้องพักของผู้ป่วย (Ugras, 2007) และผลจากการนอนหลับสนิทมากขึ้นสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ซึ่งอาจต้องมีการกำหนดเวลาในการลดการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว หรือไฟ และลดเสียงรบกวนจากภายนอก (Ulrich et al. 2008)

(5) การลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย มีงานวิจัยที่ใช้การให้ผู้ป่วยได้รับแสงสว่างในตอนเช้าเพื่อช่วยเยียวยาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โดยใช้เวลาเพียง 2 สัปดาห์ก็สามารถเห็นผลได้ ซึ่งเมื่อเทียบกับประสิทธิภาพของยาด้านซึมเศร้าต้องใช้เวลาจนถึง 4-6 สัปดาห์ถึงจะเห็นผล ดังนั้นการรับแสงแดดในยามเช้าจะช่วยเยียวยาภาวะซึมเศร้าได้ (Golden, 2005)

(6) การเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเยียวยาที่มีพื้นที่ในการพูดคุยกับลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัว และจัดระบบบทบาทการช่วยเหลือโดยสมาชิกในครอบครัว เช่น การจัดหาเก้าอี้ที่นั่งสบาย ๆ เพื่อให้ญาติได้สนทนากับผู้ป่วยได้นานขึ้น มีช่วงเวลารับประทานอาหารร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุรับประทานอาหารได้มากขึ้น (Press, 2007)

ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีลักษณะดังต่อไปนี้ ควบคุมเสียงรบกวนให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีแสงสว่างเพียงพอ มีพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติที่ช่วยเบี่ยงเบนความวิตกกังวลและเกื้อกูลสภาพจิตใจ และป้องกันความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการติดเชื่อและการลื่นล้ม

2.2 ความหมายของพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

พฤติกรรม (behavior) เป็นปฏิกริยาที่บุคคลแสดงออก มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แตกต่างกันไปตามสังคม วัฒนธรรม สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต สามารถแบ่งออกเป็นพฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคลเป็นลักษณะทางจิต เช่น ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ทศนคติ ค่านิยม มักไม่สามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาที่บุคคลแสดงออกให้คนอื่นเห็นได้ เช่น ยืน เดิน นั่ง พฤติกรรมมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถเข้าใจได้โดยอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขสังคมขณะเกิดการเรียนรู้นั้น (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ นั้น สามารถกระทำได้โดยการให้ความรู้และฝึกให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมกันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ จากการศึกษาเรื่อง การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 โดยทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พบว่า มีการนำความรู้ไปดำเนินการปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุ เช่น การจัดซื้อพรมเช็ดเท้าใหม่ เปลี่ยนโถสุขภัณฑ์เป็นนั่งราบ การจัดเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบอีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำโครงการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ เป็นต้น (จรียา อินทรรัศมี และคณะ, 2560)

สิ่งที่ควรคำนึงถึงการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุคือ สภาพวะของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือต้องได้รับการดูแล หรือพึ่งพาอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน เก้าอี้รถเข็น รวมทั้งอาการของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกาย ซึ่งอาการที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่ สายตาพร่ามัว การทรงตัวและการเคลื่อนไหวไม่มั่นคงจากการเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และอาจพบอาการหลงลืม หรือสมองเสื่อม ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัจจัยด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่ส่งผลให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมาก ซึ่งจากการสำรวจพบว่า การจัดสภาพแวดล้อมที่ควรมีการดูแลทางด้านกายภาพให้เหมาะสม ได้แก่ ภายในบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอ รมัดระวังพื้นเปียกหรือลื่น และระดับพื้นควรมีระดับที่เสมอกัน (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. 2558) ซึ่งพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมดังกล่าว เป็นการป้องกันอุบัติเหตุการลื่นล้มในผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกและปลอดภัย โดยสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม (2558) ดังนี้

1) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสายตา ทำให้ต้องการแสงสว่างเพิ่มขึ้น ภายในบ้านจึงควรมีแสงสว่างที่เพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณบันได ห้องน้ำ ประตู และทางเดิน แต่ไม่ควรเป็นแสงที่จ้าเกินไป หรือแสงที่ทำให้เกิดเงาสะท้อน ควรหลีกเลี่ยงวัตถุที่มีความมันวาว เพราะจะทำให้ตาพร่ามัว และควรมีสวิตช์ ปิด - เปิดไฟ อยู่ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุสามารถเปิดได้สะดวก

2) พื้นบ้านควรเป็นพื้นเรียบและไม่ควรเป็นพื้นขัดมัน เพราะจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ ลื่นหกล้มได้ง่าย และบริเวณรอบบ้านต้องเรียบไม่มีพื้นผิวขรุขระเนื่องจากผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดี อาจจะสะดุดหกล้มได้

3) ห้องน้ำ ควรเป็นพื้นที่เรียบเสมอกัน ไม่มันเงา และควรแยกส่วนพื้นที่เปียกและแห้ง ส่วนที่เหมาะสมของผู้สูงอายุควรเป็นโถส้วมชนิดนั่งราบ และควรมีราวจับบริเวณใกล้โถนั่งไว้ สำหรับพยุงตัวเวลาลุกนั่ง ภายในห้องน้ำควรมีอากาศที่ถ่ายเทได้สะดวก นอกจากนี้อาจมีสัญญาณฉุกเฉินสำหรับเรียกขอความช่วยเหลือ

4) บันได ควรติดตั้งราวจับทั้งสองด้านเพื่อให้สะดวกในการเดินขึ้นลง บันไดในแต่ละชั้นควรมีขนาดความสูงเสมอกัน และไม่ชันมากจนเกินไป ควรเลือกพื้นบันไดที่สีไม่ฉูดฉาดดูลายตา เพื่อช่วยให้มองเห็นได้ง่าย บริเวณบันไดไม่ควรมีพรมปู เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุลื่นได้ ควรมีแสงสว่างเพียงพอตลอดแนวบันได และไม่ควรวาง หรือมีสิ่งของกีดขวางทางเดิน นอกจากนี้ผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะท่าทางโดยท่าเดินของผู้สูงอายุจะก้าวสั้น ๆ และช้า ทำกางออกจากกัน หลังงอ ตัวเอนไปข้างหน้า แขนงอกออกและแกว่งน้อย ขณะหมุนตัว ลำตัวจะแข็ง มีการบิดของเอวน้อย จึงควรเพิ่มความกว้างของช่องทางเดิน และขยายความกว้างของขั้นบันได

5) ห้องนอน ควรจัดให้อยู่ในพื้นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อนอบอ้าวจนเกินไป หมั่นเปิดหน้าต่างเพื่อให้อากาศบริสุทธิ์ไหลเวียนภายในห้องนอน ไม่ควรเก็บสะสมสิ่งของที่ไม่จำเป็นเพราะจะทำให้เกิดการสะสมของฝุ่นจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ ข้างเตียงควรมีราวจับ เพื่อป้องกันการหกล้มจากเตียงโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนตอนเช้า ที่สำคัญควรจัดห้องนอนสำหรับผู้สูงอายุให้อยู่ชั้นล่างของบ้าน ไม่ควรให้ผู้สูงอายุต้องขึ้นลงบันได

6) มุมพักผ่อน หากบริเวณบ้านพอมีพื้นที่ว่าง ควรจัดให้มีมุมพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มุมสวนเล็ก ๆ มีศาลา สนามหญ้า หรือเฉลียงหน้าบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกภายในครอบครัว เดินออกกำลังกาย รดน้ำต้นไม้ พูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือนั่งเล่น

7) การเลือกใช้สีในการตกแต่งบ้าน เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณา เนื่องจากผู้สูงอายุมองเห็นและสามารถแยกความแตกต่างของสีที่คล้ายกันได้ลดลง เช่น แยกสีฟ้า ม่วง เขียว ไม่

ออก ดังนั้นการเลือกใช้สีที่สดใสจะช่วยส่งเสริมการมองเห็น และช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้ ดังนั้นการใช้สีที่ต่างกันบริเวณทางเดินต่างระดับจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถกะระยะการเดินและการก้าวเท้าได้ดีขึ้น

ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม หลงลืม สับสน นอนหลับยาก ควรหลีกเลี่ยงการทำพื้นบ้านที่มีรูปแบบหรือลวดลายมากเกินไป สีทามผนังและพื้นห้องควรเลือกสีที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถมองเห็นความแตกต่างระหว่างพื้นและผนังห้อง เพิ่มประสิทธิภาพของแสงธรรมชาติและระดับแสงจากแสงประดิษฐ์ให้เพียงพอ และสำหรับผู้สูงอายุทุกคนไม่ควรสัมผัสอากาศที่ร้อนหรือเย็นเกินไป ดังนั้นจึงควรปรับปรุงให้มีฉนวนกันความร้อนและการเพิ่มพลังงานที่มีคุณภาพภายในบ้านเรือนจะเป็นผลลัพธ์ทางบวกให้แก่สุขภาพ และควรจัดพื้นที่สีเขียวเพื่อช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย (Burton, 2012)

นอกจากประเด็นการป้องกันอุบัติเหตุ ยังมีประเด็นเกี่ยวกับการจัดการของเสีย ของเสียอันตรายมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย ของเสียเหล่านี้ยังทำให้เกิดมลพิษ กลิ่นไม่พึงประสงค์ และการเจริญเติบโตของแมลงและหนอนด้วย นำไปสู่การถ่ายทอดอาการเจ็บป่วยต่างๆ ได้ ดังนั้น การจัดการของเสียที่เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่นำเรื่องการจัดการของเสียเข้าเป็นวาระระดับชาติ ที่รัฐบาลควรตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญดังกล่าว (WHO, 2017) โดยงานวิจัยของ (รติรส ตะโกพร, 2558) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี ได้ศึกษาระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือนที่มีผู้อยู่อาศัยเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผลการศึกษาพบว่า ผู้อยู่อาศัยที่มีความเกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในบ้านเรือนในพื้นที่ศึกษายังขาดความรู้และยังมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ด้วยเหตุนี้ สาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและมาตรการในการพัฒนาความรู้และข้อควรปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบ้านเรือน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อความปลอดภัยของชุมชน และจากงานวิจัยความต้องการผู้สูงอายุต่อการจัดสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตประจำวัน พบว่า การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุ ควรมีพื้นที่สีเขียวสำหรับทำกิจกรรมที่ปลอดภัย บริการตรวจสุขภาพตามบ้านผู้สูงอายุ บริการจัดเก็บขยะมูลฝอยหรือของเสียจากครัวเรือนอย่างสม่ำเสมอ การตรวจวัดคุณภาพน้ำใช้ในครัวเรือน การดูแลตรวจวัดมลพิษทางอากาศ เช่น ฝุ่นละออง หมอก

คว้น การกำจัดสิ่งปฏิกูลจากชุมชน การดูแลป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค โรคติดต่อ และการดูแลปรับปรุงคุณภาพดินในพื้นที่ทำกินรอบครัวเรือนด้วย (วิสาข่า ภูจินดา และภารณ วงศ์จันทร์, 2561)

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2562) ได้ทำวิจัยเรื่อง การจัดทำเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุว่าหมายถึง การกระทำบพาทในการดูแลผู้สูงอายุ หรือความสามารถให้คำแนะนำปรึกษาของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่แสดงออกถึงการหาวิธีการป้องกันหรือการเสนอแนะแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุหกล้ม การจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้านของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม ให้มีความปลอดภัยกับผู้สูงอายุ และการจัดการของเสียมูลฝอยติดเชื้อ เป็นการจัดการกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากผู้สูงอายุให้มีความถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลเพื่อความปลอดภัยต่อสภาพแวดล้อมและตัวผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแลร่วมด้วย

ดังนั้น ความหมายของพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมในงานวิจัยนี้ หมายถึง การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการดูแลรักษา และจัดการที่อยู่อาศัยให้มีสภาพเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีองค์ประกอบที่สังเคราะห์ได้จากงานวิจัย 8 ฉบับของ (1) Ulrich et al (2008) (2) จรียา อินทรศรีณี และคณะ (2560) (3) พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (2558) (4) สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม (2558) (5) Burton (2012) (6) รติรส ตะโกพร (2558) (7) วิสาข่า ภูจินดา และภารณ วงศ์จันทร์ (2561) และ (8) อังคินันท์ อินทรกำแหง (2562) โดยมีพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมได้ดังนี้

ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

องค์ประกอบพฤติกรรม	คนที่								รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	
การจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ									
จัดเก็บสิ่งของไม่ให้เกิดขวางบนพื้น	✓	✓		✓				✓	4
จัดการพื้นผิวทางเดินให้เรียบเสมอก	✓		✓	✓				✓	4
พื้นห้องไม่เปียก ลื่น	✓		✓	✓				✓	4
มีราวประคองพยุงกันล้ม	✓			✓				✓	3
ใช้สุขภัณฑ์แบบนั่งราบ	✓	✓		✓				✓	3

ตาราง 1 (ต่อ)

องค์ประกอบพฤติกรรม	คนที่								รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	
การจัดการของเสีย									
กำจัดขยะมูลฝอยในบ้าน	✓					✓	✓	✓	4
กำจัดสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่ายอย่างถูกสุขลักษณะ	✓					✓	✓	✓	4
ทำความสะอาดบริเวณต่าง ๆ อยู่เสมอ เพื่อป้องกันเชื้อโรคและโรคติดต่อ	✓					✓	✓	✓	4
มัดปากถุงขยะทุกครั้งก่อนทิ้ง						✓		✓	2
คัดแยกขยะติดเชื้อ และเศษอาหาร						✓		✓	2
การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ									
จัดให้มีแสงสว่างในห้องอย่างเพียงพอ	✓		✓	✓	✓			✓	5
มีอากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีมลพิษ	✓			✓	✓		✓	✓	5
มีพื้นที่สีเขียวเพื่อการผ่อนคลาย	✓			✓	✓		✓		4
เลือกใช้สีภายในห้อง	✓			✓	✓				3

จากตาราง 1 สรุปได้ว่า พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) พฤติกรรมการจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ จัดเก็บสิ่งของไม่ให้กีดขวางบนพื้น จัดการพื้นผิวทางเดินให้เรียบเสมอ พื้นห้องไม่เปียก ลื่น มีราวประคองพุงกันล้ม และใช้โถสุขภัณฑ์แบบนั่งราบ (2) พฤติกรรมการจัดการของเสีย ได้แก่ กำจัดขยะมูลฝอยในบ้าน กำจัดสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่ายอย่างถูกสุขลักษณะ ทำความสะอาดบริเวณต่าง ๆ อยู่เสมอ เพื่อป้องกันเชื้อโรค โรคติดต่อ มัดปากถุงขยะทุกครั้งก่อนทิ้ง และคัดแยกขยะติดเชื้อ และเศษอาหาร และ (3) พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ จัดให้มีแสงสว่างในห้องอย่างเพียงพอ มีอากาศที่ถ่ายเทสะดวกไม่มีมลพิษ มีพื้นที่สีเขียวเพื่อการผ่อนคลาย และการเลือกใช้สีภายในห้อง

2.3 การวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

มีงานวิจัยที่มีการวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบประเมินสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านของผู้สูงอายุ พบว่า มีงานวิจัยอธิบายถึงสภาพแวดล้อมที่มีผลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (นอร์รี ตะหวา และปวีตร ชัยวิสิทธิ์, 2559) อธิบายว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพสูง โดยมีโรคที่ต้องระมัดระวังในการดำเนินชีวิต ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน และโรคกระดูกและข้อ ทำให้เกิดการหกล้มภายในบ้าน โดยมีสาเหตุจากไม่มีราวบันได อากาศถ่ายเทไม่สะดวก และมีกลิ่นรบกวน โดยมีการสร้างแบบสำรวจมาตรฐานที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อม โดยอิงข้อมูลการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม แบ่งการสำรวจเป็น 5 พื้นที่ในบ้าน ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ห้องรับแขกและห้องนั่งเล่น ห้องครัวและห้องอาหาร ห้องนอน และห้องน้ำ โดยใช้การสังเกตและสัมภาษณ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านได้ มีลักษณะเป็นดังนี้

(1) ลักษณะที่พักอาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีทางลาดเข้าบ้านที่ไม่ชันเกินไป วัสดุไม่ลื่น เป็นบ้านชั้นเดียว มีห้องนอนที่ชั้นล่างของบ้าน หน้าต่างเปิดปิดได้ง่าย มีประตูหน้าบ้านกว้าง 90-150 ซม. มีฉับแบบคันโยก ไม่มีธรณีประตู รั้วบ้านโปร่ง มีระบบตัดไฟฟ้าและไฟฉุกเฉิน ความสูงของบันไดไม่เกิน 6 นิ้ว และติดตั้งราวจับและราวพยุง

(2) ห้องรับแขกและห้องนั่งเล่น มีลักษณะดังนี้ มีระดับหน้าต่างสูงจากพื้นประมาณ 50 ซม. มองเห็นวิวภายนอก มีระบบระบายอากาศ ไม่มีเฟอร์นิเจอร์กีดขวาง พื้นห้องสีสว่าง และไม่มีพื้นทางเดินต่างระดับ

(3) ห้องครัวและห้องอาหาร มีลักษณะดังนี้ มีแสงสว่างจากธรรมชาติ ระบบระบายอากาศได้ดี เต้าไฟ ตู้เย็น และลิ้นชักไม่อยู่ในมุม โต๊ะหรือเคา์เตอร์สูงจากพื้นประมาณ 80 ซม. หิ้งหรือตู้สูงประมาณ 150-170 ซม. และปลั๊กไฟสูงจากพื้นประมาณ 90 ซม.

(4) ห้องนอน มีลักษณะดังนี้ หน้าต่างสูงจากพื้น 50 ซม. มองเห็นวิวภายนอก มีระบบระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอในการอ่านหนังสือ เตียงนอนยาวไม่น้อยกว่า 180 ซม. มีพื้นที่ว่าง 90 ซม. รอบเตียงสามด้านไม่อยู่ในมุมอับ พื้นห้องมีสีสว่าง ไม่มีสิ่งของที่ไม่น่าเป็นไม่มีขยะ มีเก้าอี้หรือราวพยุงที่มั่นคงต่อการยึดเกาะ มีปลั๊กไฟสูงไม่เกิน 90 ซม. ตู้เสื้อผ้าเป็นแบบบานเลื่อน

(5) ห้องน้ำ มีลักษณะดังนี้ ห้องน้ำกว้างไม่น้อยกว่า 1.5-2.0 เมตร มีแสงสว่างเพียงพอ ระดับพื้นภายในภายนอกเท่ากัน มีประตูแบบเปิดออก ก๊อกน้ำเป็นแบบก้านโยก ผักบัวชนิดแรงดันต่ำ วัสดุพื้นไม่ลื่น โถส้วมแบบนั่งราบ มีราวจับขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 ซม. ที่สามารถเดินได้ทั่วห้องน้ำ บริเวณที่อาบน้ำมีที่นั่ง และมีสัญญาณฉุกเฉิน

2) แบบสำรวจลักษณะที่อยู่อาศัยที่มีความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ในงานวิจัยของ จริยา อินทรศรีศรี และคณะ (2560) ทำการศึกษาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 โดยเข้าทำการสำรวจบ้านผู้สูงอายุ 725 หลังคาเรือน ใช้ข้อคำถามแบบเช็คลิสต์ พบว่า มีลักษณะอาคารที่พักส่วนใหญ่เป็นบ้านสองชั้นร้อยละ 70.9 ผู้สูงอายุนอนชั้นล่างร้อยละ 87.9 บริเวณห้องนอนมีการจัดเก็บสิ่งของไม่เป็นระเบียบร้อยละ 65.5 ห้องน้ำและห้องส้วมส่วนใหญ่อยู่ในห้องเดียวกันแต่ไม่มีการแยกพื้นที่ชัดเจนร้อยละ 71.8 ส้วมแบบนั่งยองไม่มีราวจับร้อยละ 70.9 ห้องครัวมีพื้นต่างระดับร้อยละ 35.7 มีการจัดเก็บสิ่งของไม่เป็นระเบียบร้อยละ 79.0 บันไดมีการวางสิ่งของร้อยละ 48.2 ห้องรับแขกและห้องนั่งเล่นมีจัดเก็บสิ่งของภายในห้องไม่เป็นระเบียบร้อยละ 62.5 พื้นทางเดินรอบบ้านเป็นดินร้อยละ 70.9 สภาพของพื้นทางเดินมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุได้มากที่สุด คือ พื้นขรุขระร้อยละ 77.0 รองลงมาคือมีหลุมบ่อร้อยละ 43.5 อีกทั้งยังพบสิ่งกีดขวางทางเดินร้อยละ 65.8 การเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

3) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง พบว่า ในงานวิจัยของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2562) ทำการศึกษาประเมินความรอบรู้ด้านการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท โดยใช้การประเมินด้วยแบบสอบถามจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุหลักของผู้สูงอายุจำนวน 5 ข้อ และพฤติกรรมการจัดการขยะอย่างปลอดภัยต่อผู้สูงอายุจำนวน 9 ข้อ ใช้มาตรวัด 5 ระดับแสดงความถี่ในการปฏิบัติ โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถาม 454 คน มีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.92, SD = .69) โดยในด้านพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุหลักของผู้สูงอายุ อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุหลักของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, SD = .76) และด้านพฤติกรรมการจัดการขยะอย่างปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ อสม. มีพฤติกรรมการจัดการขยะอย่างปลอดภัยต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.86, SD = .72)

ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง องค์ประกอบด้านต่าง ๆ และคุณภาพชีวิตของมนุษย์ที่ถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ สังคม และจิตวิทยา รวมถึงหลักการและวิธีปฏิบัติในการประเมิน แก้ไข ควบคุม ป้องกันปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งของคนรุ่นปัจจุบันและรุ่นลูกหลานในอนาคต (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2560)

ขอบเขตของงานอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยองค์การอนามัยโลก (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) มีดังนี้

- 1) การจัดหา น้ำสะอาด น้ำประปา
- 2) การควบคุมมลพิษทางน้ำ การควบคุมมลพิษทางน้ำนี้ หมายถึง การที่ต้องป้องกันควบคุมรักษาแหล่งน้ำต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ห้วย หนอง คลองบึง แม่น้ำต่าง ๆ ตลอดจนน้ำใต้ดิน ไม่ให้คุณภาพเสื่อมโทรมลงจนเกิดเป็นมลพิษ และเกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์
- 3) การจัดการเกี่ยวกับขยะมูลฝอยและของเสียที่มีลักษณะเป็นของแข็ง การจัดการนี้รวมถึงการเก็บ การขนถ่ายและการกำจัดที่ถูกหลักสุขาภิบาล ของเสียในลักษณะดังกล่าวข้างต้น เพราะเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคและพาหะนำโรค
- 4) การควบคุมสัตว์อาร์โทรพอดและสัตว์แทะ ซึ่งได้แก่ แมลง และสัตว์นำโรค เนื่องจากสัตว์เหล่านี้ต่างเป็นพาหะนำโรคร้ายแรงหลายอย่างมาสู่คน และยังเป็นต้นเหตุทำให้เกิดเหตุรำคาญและทำลายทรัพย์สิน โรคสำคัญ ๆ ที่เห็นได้ชัด เช่น อหิวาต์ตึกโรค ไข้มาลาเรีย เป็นต้น
- 5) มลพิษของดิน มักจะเกิดขึ้นจากการทิ้งสิ่งสกปรกต่าง ๆ ลงสู่พื้นดิน ไม่ว่าจะเป็นในลักษณะของขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล น้ำเน่าเสีย ของทิ้งจากโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้เกิดความเสี่ยงปนพื้นดิน และเมื่อความสกปรกมีมากขึ้น ก็กลายเป็นมลพิษของดินทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เกิดโรคภัยไข้เจ็บ และการควบคุมการทิ้งสิ่งต่าง ๆ ลงดิน
- 6) การสุขาภิบาลอาหาร เชื้อโรคต่าง ๆ และสารพิษหลาย ๆ อย่างสามารถที่จะเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ได้โดยทางอาหาร การสุขาภิบาลอาหารจึงมีความจำเป็นในหลาย ๆ ส่วน เช่น สิ่งที่จะใช้ปรุงอาหาร การปรุงอาหาร การเก็บรักษา ผู้สัมผัสอาหารและอื่น ๆ และที่สำคัญอย่างยิ่งอีกประการหนึ่ง คือ การให้ความรู้ต่อผู้บริโภคอีกด้วย
- 7) การควบคุมมลพิษทางอากาศ เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมไม่ให้มีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่อากาศในปริมาณมากจนก่อให้เกิดเป็นพิษภัยต่อมนุษย์ สัตว์ พืช

8) การป้องกันอันตรายจากรังสี ได้มีการใช้รังสีอย่างมากมายเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาทุกทางเช่น ทางการเกษตรกรรม ทางอุตสาหกรรม ทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งรังสีต่าง ๆ เหล่านี้ ถ้าไม่ได้มีการป้องกันและควบคุมอย่างรัดกุมแล้ว ก็จะทำให้เกิดเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์

9) อาชีวอนามัย เป็นการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ตีเหมาะสม ตลอดจนการดูแลป้องกันรักษาสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพและอื่น ๆ มีความจำเป็นอย่างยิ่งและต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

10) การควบคุมมลพิษทางเสียง การควบคุมมิให้เกิดมีเสียงดังมาก หรือเกิดเสียงดังเป็นเวลายาวนาน จนเกิดเป็นของเสียต่อสุขภาพอนามัย

11) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การจัดให้ที่อยู่อาศัยและจัดสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้ถูกสุขลักษณะอันทำให้มีสุขภาพทางกาย และสุขภาพจิตดี

12) การวางผังเมือง การจัดให้ส่วนต่าง ๆ ของเมืองให้ถูกต้องเป็นสัดส่วน เช่น ย่านธุรกิจ ย่านอุตสาหกรรม ย่านที่พักอาศัย ทั้งนี้ เพื่อให้ได้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี และความสะอาดสบายต่าง ๆ ด้วย เช่น การจราจรที่ไม่ติดขัด

13) งานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการคมนาคม

14) การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ

15) การสุขภาพของสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สถานที่พักผ่อนและสิ่งที่ใช้เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ จะต้องมีคุณลักษณะคุณภาพที่จะส่งเสริมให้สุขภาพอนามัยดี มิใช่เป็นการทำให้สุขภาพอนามัยเสื่อมโทรม หรือเป็นแหล่งแพร่กระจายโรค การดำเนินงานสุขภาพเมื่อเกิดโรคระบาด เหตุฉุกเฉิน ภัยพิบัติ และการอพยพย้ายถิ่นของประชากร

16) การดำเนินงานสุขภาพเมื่อเกิดโรคระบาด เหตุฉุกเฉิน ภัยพิบัติ และการอพยพย้ายถิ่นของประชากร

17) มาตรการป้องกันเพื่อให้สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปปราศจากความเสียงหรืออันตราย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการรวมเอาโครงการอนามัยสิ่งแวดล้อมของหลายประเทศในโลกผนวกกันได้เป็น 17 รายการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับสาเหตุของปัญหาของสิ่งแวดล้อมของประเทศนั้น ๆ ว่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมอย่างไร

การผลักดันให้เกิดการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ในหัวข้อนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอประเด็นใน

การศึกษา ได้แก่ (1) องค์ประกอบของงานอนามัยสิ่งแวดล้อม (2) ความหมายของรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ (3) การวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 องค์ประกอบของงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

ในประเทศไทย การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักสาธารณสุขมูลฐานนั้น มีองค์ประกอบตามพื้นฐานการดำรงชีวิตของคนในชุมชน และการจัดลำดับความเสี่ยงประกอบด้วย (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2560)

- 1) การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชน
- 2) การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล
- 3) การจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบ้านที่พักอาศัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และลดการเกิดโรคติดต่อจากสัตว์พาหะและแมลงนำโรคสู่คน เช่น หนู แมลงสาบ ยุง
- 4) การจัดหาและเฝ้าระวังคุณภาพอาหารและน้ำดื่ม เพื่อลดปัญหาโรคอาหารและน้ำเป็นสื่อ
- 5) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่พิเศษ หรือพื้นที่เสี่ยง
- 6) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อรองรับต่อกรณีสาธารณภัย หรือภัยพิบัติทางธรรมชาติ การจัดการมลพิษทางอากาศทั้งภายในหรือภายนอกอาคาร การจัดการเหตุรำคาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ทั้งนี้หลักการพื้นฐานสำหรับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ กรอบความสัมพันธ์ระหว่างระบบจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบจัดการสุขภาพ โดยให้พิจารณาแหล่งกำเนิด เส้นทางเข้าสู่ร่างกาย และผู้รับสัมผัส งานอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเป็นจุดเชื่อมของงานด้านสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินการต้องคำนึงถึงจุดกำเนิดของปัญหา เพื่อป้องกันตั้งแต่ต้นทาง และหาวิธีป้องกันการส่งผ่านความเสี่ยงเข้าสู่ผู้รับสัมผัส นอกจากนี้สำหรับผู้รับสัมผัสควรมีความสามารถป้องกันความเสี่ยงก่อนเข้าสู่ร่างกายได้ ทั้งการป้องกันที่ระบบการหายใจ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การสัมผัสทางผิวหนัง เป็นต้น

ในงานวิจัยนี้ องค์ประกอบของอนามัยสิ่งแวดล้อมที่นำมาศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ การจัดการขยะในครัวเรือน การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล และการจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบ้านที่พักอาศัย

3.2 ความหมายของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

คำว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือ Environmental Health Literacy (EHL) นั้น มาจากการรวมของคำว่า อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งแต่ละคำมีความหมายดังนี้

อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) เป็นวิทยาศาสตร์ขั้นพื้นฐานของการสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย และโรคภัยไข้เจ็บในชุมชน ดังนั้น อนามัยสิ่งแวดล้อม จึงเป็นงานหรือการศึกษาที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีความสุขสมบูรณ์ และมีสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งไม่ใช่เพียงความปราศจากโรค แต่รวมไปถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางกาย ทางใจ ตลอดจนทางสังคมด้วย โดยการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจะให้ความสำคัญทางด้านมนุษยนิเวศวิทยา (human ecology) ซึ่งในเชิงสาธารณสุขคือการแสวงหาวิถีแก้ไข ปรับปรุง ควบคุมองค์ประกอบต่าง ๆ ในสภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ (WHO, 1998)

นอกจากองค์การอนามัยโลกได้อธิบายความหมายของอนามัยสิ่งแวดล้อมไว้ดังข้างต้นแล้ว อนามัยสิ่งแวดล้อม ยังมีความหมายถึง การจัดการหรือควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย ได้แก่ น้ำดื่ม น้ำใช้ ที่อยู่อาศัย สัตว์พาหนะนำโรค ขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล มลพิษทางอากาศ ทางน้ำ และมลพิษอื่น ๆ เพื่อให้มนุษย์มีสภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยงานอนามัยสิ่งแวดล้อมมุ่งในการรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม ควบคุมและป้องกันเชื้อโรคและสารพิษ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางสุขภาพของมนุษย์ (เชต ใจกัลยา, 2562)

สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีความหมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดูแลดำรงรักษาสุขภาพที่ดี (WHO, 1998) และ Nutbeam (2008) และยังหมายความถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่มีวิธีการในการเข้าถึงและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่จำเป็นในการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม นอกเหนือไปจากความสามารถของบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับ ทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น (Institute of Medicine, 2004) และ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ได้ให้ความหมายว่า ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการ และผลิตภักดิ์สุขภาพได้

ดังนั้น ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงเป็นการบูรณาการความรู้ในเรื่องของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) วิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health science) การวิจัยทางการสื่อสาร (communication research) การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) และวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) ซึ่งศาสตร์ทั้งหลายนี้ทำให้สร้าง มุมมองและเอกลักษณ์ในการพัฒนาเรื่องความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยสถาบัน วิทยาศาสตร์สุขภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ หรือ National Institute of Environmental Health Science (NIEHS) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา EHL ให้มีความชัดเจนและ ก้าวหน้ายิ่งขึ้น (Finn and O'Fallon, 2017)

เนื่องจากการศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่ยังใหม่ การให้ ความหมาย คำจำกัดความที่สามารถรวบรวมได้จากนักวิชาการ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถในการบูรณาการแนวคิด ด้านสิ่งแวดล้อมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถในการค้นหา ทำ ความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างทางเลือก ลดความเสี่ยงทาง สุขภาพ พัฒนาคุณภาพชีวิต พร้อมทั้งรักษาสิ่งแวดล้อมด้วย (Society for Public Health Education – SOPHE., 2015)

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ การศึกษาข้ามสาขาวิชาในด้านผลกระทบต่อ สุขภาพจากสถานที่ที่มีการปนเปื้อน รวมถึงรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ในคนที่ได้รับผลจากความ ไม่เท่าเทียมของสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสุขภาพ และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคม การระบาดของ โรคที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยมีการพัฒนาเครื่องมือให้เกิดความร่วมมือในการให้ข้อมูล การประเมิน การฝึกอบรม และการเสริมสร้างสมรรถนะทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับโลกในการ ดำเนินการจัดการสิ่งปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม (Marsili, Racioppi and Comba, 2016)

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ การทำความเข้าใจความเชื่อมโยงกันระหว่าง สิ่งแวดล้อมและสุขภาพของมนุษย์ (Finn & O'Fallon, 2017)

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความรู้และทักษะที่บุคคลใช้ในการ ตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ (Gray, 2018)

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถในการค้นหา เข้าใจ ประเมิน และสามารถใช้อุข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ ในการสร้างทางเลือก การตัดสินใจ เพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และรักษาสิ่งแวดล้อมด้วย (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2562)

ดังนั้น ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงออกหรือกระทำการค้นหาให้เข้าถึงข้อมูลความรู้และบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถประเมิน และตัดสินใจในข้อมูลเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมตนเองในการป้องกันสุขภาพตนเอง เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

3.3 การวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

มีนักวิชาการได้อธิบายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ไว้ดังนี้

เกรย์ (Gray, 2018) กล่าวถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมว่าเป็นการรวมทักษะการแสวงหาข้อมูล การตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉพาะด้านพฤติกรรมความรู้ และสามารถระบุการกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชน โดยประกอบด้วยองค์ประกอบใน 3 มิติ ดังนี้

1) มิติด้านความตระหนักและความเข้าใจ ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงสิ่งเร้าทางสิ่งแวดล้อมและพลวัตของสังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นความเข้าใจว่าสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์กับกระบวนการทางชีววิทยาที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพทางลบ

2) มิติด้านทักษะ ซึ่งเป็นความสามารถในการตัดสินใจป้องกันและรับรู้ความสามารถของตนเอง สำหรับลดความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม ความชำนาญของทักษะ เป็นองค์ประกอบสำคัญของมิตินี้ และทักษะดังกล่าวอาจเป็นเรื่องทั่วไปได้แก่ ความสามารถในการค้นหาและทำความเข้าใจข้อมูลวิทยาศาสตร์ ความสามารถในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในชุมชน การเปิดเผยเฉพาะ เช่น ความสามารถทำตามขั้นตอนเพื่อลดปัญหาสิ่งแวดล้อมในบ้าน

3) การเปลี่ยนแปลงชุมชนหรือการกระทำร่วมกัน เพื่อลดความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งในส่วนตัวบุคคลและกลุ่ม โดยใช้ความรู้และทักษะเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม

มาร์ซิลี, คอมบา และเดอแคสโตร (Marsili, 2015) กล่าวถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมว่าประกอบด้วย (1) ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (ability to search) (2) การทำความเข้าใจในข้อมูลสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (understand) (3) การประเมินข้อมูลที่หลากหลาย (evaluation) และ (4) การใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการส่งเสริมการยอมรับ (use environmental health information to promote the adoption)

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2562) ได้ศึกษาการประเมินความรอบรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พื้นที่เขตเมืองและชนบท พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีเครื่องมือในการประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน 4 ด้าน เป็นแบบประเมินที่มีมาตรวัด 5 ระดับเพื่อตอบข้อคำถามที่ตรงตามความเป็นจริงกับผู้ตอบตั้งแต่ระดับมากที่สุดถึงน้อยที่สุด โดยมีองค์ประกอบในการวัด ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 7 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนในด้านนี้ระดับปานกลาง (2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 7 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนในด้านนี้ระดับปานกลาง (3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 6 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนในด้านนี้ระดับปานกลาง และ (4) การตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ มีข้อคำถาม 5 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนในด้านนี้ระดับปานกลาง ซึ่งคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนี้ แสดงผลให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสามารถเข้าถึง เข้าใจ ตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ใช้ในการตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ กับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้ ทั้งในแง่ของการป้องกันอุบัติเหตุกลุ่มของผู้สูงอายุ และการจัดการขยะของเสียที่มาจากการดูแลผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจะยังไม่มากพอที่จะดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยในชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาต่อไปให้ประชาชนมีระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มากพอในการดูแลตนเองได้จากความเสี่ยงต่าง ๆ

จากองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมข้างต้น ผู้วิจัยนำองค์ประกอบทางการวัดของ Gray (2018) Marsili, Comba and De Castro (2015) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2562) มาประยุกต์ใช้ในการวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในงานวิจัยนี้ โดยการวัดนี้ประกอบด้วย (1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม (2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม (3) การประเมินข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และ (4) การตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ

ตอนที่ 4 โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการออกแบบโปรแกรมนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ประกอบด้วย (1) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (2) การออกแบบโปรแกรมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และ (3) โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัย

สิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยตรง ผู้วิจัยจึงศึกษางานวิจัยที่สอดคล้องกัน โดยเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

อังศินันท์ อินทรกำแหง (2562) ได้ศึกษาการประเมินความรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่เขตเมืองและชนบท พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาอธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถเข้าถึง เข้าใจ ตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ใช้ในการตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพให้กับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้ในระดับปานกลาง ทั้งด้านการป้องกันอุบัติเหตุหกล้มของผู้สูงอายุ และด้านการจัดการขยะของเสียที่มาจากกาดูแลผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มากพอในการจัดสภาพแวดล้อมและการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงต่าง ๆ

สุชน ยิ้มรัตน์บวร ได้ทำการวิจัยเรื่อง การเสนอแนะการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุโครงการแบบบ้านยืมเพื่อประชาชนระยะที่ 3 (สุชน ยิ้มรัตน์บวร, 2560) ซึ่งได้เสนอหลักคิดการออกแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Aging in place design) มีสิ่งควรให้ความสำคัญถึงความปลอดภัย ความสะดวกสบายในการใช้สอย ความเข้าใจในการใช้งาน โดยพัฒนาเป็นแบบบ้านยืมเพื่อประชาชนระยะที่ 3 ของสำนักโยธา กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุดังนี้ (1) ขจัดอุปสรรค (Barrier-Free Design) เช่น หลีกเลียงพื้นต่างระดับ (2) สร้างทางเลือก เช่น มีบันไดสำหรับบุคคลอื่น ๆ ใช้ และสร้างทางลาดไว้ด้านข้างอาคารสำหรับผู้สูงอายุ (3) ออกแบบสภาพแวดล้อมที่เปิดกว้าง เพื่อให้ทุกคนใช้ร่วมกัน (Universal Design) โดยตีความจากหลัก 7 ประการในการออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (ไตรรัตน์ จารุรัตน์, 2557) ได้แก่ ความเสมอภาค ความยืดหยุ่นในการใช้งาน ใช้งานง่าย/เข้าใจง่าย ข้อมูลชัดเจน ระบบป้องกันอันตราย ใช้แรงน้อย และขนาดพื้นที่ใช้งานเหมาะสมกับการเข้าถึงและการใช้สอย

เช่น การกำหนดระดับความสูงเคาน์เตอร์ครัว หรือความสูงโต๊ะอาหารที่สามารถใช้ได้สะดวกทุกช่วงวัย

Putthinoi, Lersilp, & Chakpitak ได้ศึกษาโครงสร้างบ้านและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชนชาวไทย ด้วยการประยุกต์ The International Classification of functioning, disability, and health (Putthinoi, 2017) ผลการศึกษาพบว่า บ้านทุกหลังจะมีโครงสร้างบ้านอย่างน้อย 1 อย่างที่อันตราย เช่น ความกว้างประตูไม่เหมาะสม ขึ้นบันไดสูง ไม่มีราวกันตียง ส่วนเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกถูกพบในบ้านว่าเป็นผลิตภัณฑ์ทั่วไป และเทคโนโลยีสำหรับใช้ส่วนบุคคลในการชีวิตประจำวันและสำหรับการเคลื่อนไหวทั้งภายในและภายนอกบ้าน ดังนั้น โครงสร้างของบ้านผนวกกับเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดบ้านสามารถอาศัยอยู่ในบ้านได้อย่างเป็นอิสระในชุมชน

Somrongthong et al ทำการศึกษาอิทธิพลของที่อยู่อาศัยต่อสุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพในประชากรสูงวัย: การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย (Somrongthong, 2014) ผลการศึกษาพบว่า มี 4 หัวข้อหลัก ที่นำไปสู่ความเสี่ยงด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทในประเทศไทย คือ 1) การจัดแสงและสายไฟที่ไม่ปลอดภัย 2) การออกแบบและองค์ประกอบของบ้าน 3) การดูแลรักษาบ้าน และ 4) อุปกรณ์การดูแลสุขภาพ โดยที่อยู่อาศัยไม่ได้ออกแบบมาอย่างเหมาะสมเพื่ออำนวยความสะดวกในด้านการดูแลสุขภาพ หรือไม่ได้สนับสนุนกิจกรรมชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ มีอุบัติเหตุลื่นล้มเกิดขึ้นภายในบ้านเป็นผลมาจากที่อยู่อาศัยที่ยังไม่ดีเพียงพอ และปัญหาหลักของบ้านคือ การจัดแสงที่ไม่มีประสิทธิภาพและไม่มีความปลอดภัย ตัวพื้นบ้านและเฟอร์นิเจอร์ทำให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ และห้องน้ำหรือเตียงนอนไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ

4.2 การออกแบบโปรแกรมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา

การเรียนรู้แบบกรณีศึกษา หรือ Case-Based Learning (CBL) เป็นรูปแบบใหม่ของการสอนด้านการดูแลสุขภาพ CBL เป็นเครื่องมือการเรียนการสอนที่ใช้ในด้านการแพทย์ที่หลากหลายโดยใช้กรณีในมนุษย์เพื่อบอกความเกี่ยวข้องและช่วยในการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติ ซึ่ง CBL สามารถเข้าถึงได้จากการได้รับความรู้ที่ง่ายไปสู่การเปลี่ยนผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาการรวบรวมงานวิจัยของแมคคีน (McClean, 2016) พบว่า ในงานวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางการแพทย์ 214 ฉบับ มีการใช้รูปแบบการเรียนรู้ในระดับปริญญาตรีถึงร้อยละ 64 และในระดับบัณฑิตศึกษาร้อยละ 34 และพบว่ามีการใช้ CBL ในทั่วโลก ซึ่งแสดงให้เห็นถึง

การไม่ถูกจำกัดว่าเหมาะสมกับเฉพาะการเรียนในประเทศตะวันตกเท่านั้น โดยการนำ CBL มาใช้ ในการอธิบายผู้ป่วยแต่ละรายในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยบูรณาการองค์ความรู้ใน แต่ละสาขา่วมกันให้ข้อคิดเห็นเพื่อยกระดับความรู้ทางการดูแลและการรักษาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มี ประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการทำงาน ทักษะคิด และการทำงานเป็น ทีม ข้อได้เปรียบของ CBL นั้นคือ เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ใหญ่ ซึ่งโนวส์ และคณะ (Knowles M.S., 2005) อธิบายถึงการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ว่า การเรียนรู้ที่ได้ฝึกการปฏิบัติร่วมด้วย ทำให้เกิดประสบการณ์ตรงที่สอดคล้องกับการทำงานจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางของการ เรียนรู้มากขึ้นและกระตุ้นการเรียนรู้ในระดับที่ลึกขึ้น

ในการออกแบบโปรแกรมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษานั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา การเรียนรู้รูปแบบนี้ที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในทางการแพทย์ การพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นที่หลากหลายในการดำเนินการดูแลรักษา รวมทั้งได้แนวทางที่เหมาะสมเพื่อใช้ เป็นตัวอย่างสำหรับกรณีศึกษาอื่น ๆ ที่มีความใกล้เคียงกันทั้งในด้านภาวะการณโรค การตัดสินใจ ช่วยเหลือ การดูแลรายบุคคล และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ซึ่งการเรียนรู้ แบบกรณีศึกษามีรายละเอียดในคุณลักษณะเฉพาะของการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา กระบวนการ จัดการเรียนรู้ เทคนิคที่ใช้ จุดแข็งของการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

คุณลักษณะเฉพาะของการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา

การเรียนรู้แบบกรณีศึกษา เป็นการเรียนรู้ในโลกแห่งความเป็นจริง มีการนำบทเรียน มาสูชีวิตผ่านกรณีต่าง ๆ ซึ่งทำให้ได้รับฟังความท้าทายที่แต่ละคนเผชิญทันทีและต่อสู้กับปัญหา เดียวกันและข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ในขณะที่กำลังหิวหรือและอธิบายวิธีแก้ปัญหาร่วมกับผู้เรียนคน อื่น ก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้แนวคิดที่สำคัญที่แต่ละคนสามารถนำไปใช้ในการทำงานของตนเอง โดย Christensen Center for Teaching and Learning ใช้การเรียนรู้แบบกรณีศึกษาโดยเรียกว่า case method (Christensen Center for Teaching and Learning, 2016) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

หลักการ คือ “การสอนเนื้อหาเชิงปริมาณด้วยการใช้กรณีต่าง ๆ ทำทนายให้ผู้เรียน สร้างความสามารถในการระบุและแก้ไขปัญหาที่ฝังอยู่ในบริบท ด้วยการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เกี่ยวกับวิธีการ สมมติฐาน การจัดการ ความหมายของการวิเคราะห์ที่แสดงความหลากหลายของ รูปแบบ”

วัตถุประสงค์

1) ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ในชั้นเรียน และควรกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มเติม หลังเลิกเรียน

2) การเรียนรู้ควรสร้างความเชื่อมโยงกันทั้งในห้องเรียน โครงสร้างของเนื้อหา และ การใช้ความรู้ส่วนบุคคลนอกห้องเรียน

3) ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ผลักดันให้มีพลัง และท้าทายความสามารถโดยการอภิปราย ในชั้นเรียน

4) ให้ผู้เรียนเกิดข้อค้นพบ และพัฒนาข้อมูลเชิงลึก โดยผู้สอนเป็นผู้นำกระบวนการ

พฤติกรรมกรเรียนรู้

ผู้สอน

1) มีการเตรียมเนื้อหา กระบวนการ ชุดการเรียนรู้ที่ชัดเจน

2) มีคำถามให้แสดงความคิดเห็น และสามารถเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ การอภิปรายในชั้นเรียน และรับฟังอย่างรอบคอบตลอดการอภิปราย

3) กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

4) ดึงข้อมูลพื้นฐานของผู้เรียนมาเป็นกรณีศึกษาในการอภิปราย เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับประสบการณ์

ผู้เรียน

1) มีส่วนร่วมและฟังอย่างแข็งขันตลอดการอภิปรายในชั้นเรียน

2) สนับสนุนแนวคิดการวิเคราะห์และประสบการณ์ส่วนตัวด้วยข้อเท็จจริง ในแต่ละกรณี

3) สร้างความเห็นและคำวิจารณ์ซึ่งกันและกัน และอภิปรายในมุมมองที่แตกต่างกัน

ทั้งนี้พฤติกรรมในชั้นเรียนควรให้ความสำคัญกับความตรงต่อเวลา การเคารพ ความคิดเห็นซึ่งกันและกันทั้งระหว่างผู้เรียนด้วยกัน และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

องค์ประกอบที่สำคัญในการใช้กรณีศึกษา

โดริ และเฮอริสโควิทซ์ (Dori, 2005) ได้อธิบายองค์ประกอบที่สำคัญในการใช้ กรณีศึกษาในการพัฒนาผู้เรียนและบรรยากาศในห้องเรียน โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) กรณีศึกษาที่ใช้ควรเขียนด้วยข้อความบรรยายที่ชัดเจน และใช้คำ สอดคล้องกัน อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง สัมพันธ์กับเวชปฏิบัติชีวิตประจำวันของผู้เรียน มีจุดเน้น ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา กระตุ้นให้ผู้เรียนตั้งคำถามเพื่อนำไปสู่การสืบเสาะหาความรู้หรือแนวทางการ

แก้ไขปัญหาเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีการบูรณาการทางวิชาการร่วมกับสาขาวิชาอื่น

2) กิจกรรมพัฒนาผู้เรียน ควรสร้างคำถามที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนฝึกทักษะการคิดหลายด้าน เช่น ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู การนำความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์มากระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ข้อมูล แสดงความคิดเห็นหรือโต้แย้งได้อย่างเหมาะสม รวมถึงนำเสนอแนวทางการแก้ปัญหา หรือการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่สร้างสรรค์เหมาะสม

3) บรรยากาศในห้องเรียนควรมีลักษณะส่งเสริมให้ผู้เรียนมีอิสระ สามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง เรียนแบบร่วมมือในกลุ่มเล็ก ๆ (small group discussion) และส่งเสริมให้ผู้เรียนประเมินตนเอง

กระบวนการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา

ในการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาได้มีการศึกษาและใช้การเรียนรู้รูปแบบนี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกระบวนการจัดการเรียนรู้ของชินภัทร์ จิระวรพงศ์ (2554) และของฮามิลตันและทอดด์ (Hamilton and Todd, 2016) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย ซึ่งแต่ละคนมีกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อไปนี้

ชินภัทร์ จิระวรพงศ์ (2554) ได้จัดการเรียนการสอนสำหรับนิสิตแพทย์โดยใช้ผู้ป่วยเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่างคือสำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2552 จำนวน 42 คน มีขั้นตอนในการเรียนการสอน 5 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นชี้แจงวิธีเรียนและการทดสอบก่อนเรียน (2) ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน (3) ขั้นจัดกลุ่มศึกษา (4) ขั้นนำเสนอ และ (5) ขั้นประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า ในการเรียนการสอนนิสิตแพทย์นั้น การเรียนรู้แบบกรณีศึกษาสามารถทำให้ผู้เรียนมีทักษะในการวิเคราะห์ขั้นสูง และบูรณาการความรู้ต่าง ๆ เข้ากันได้ มีความพึงพอใจในการเรียนในระดับมากที่สุด ผลของการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา พบว่า ผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนด้วยวิธีนี้เปรียบเทียบกับวิธีการเรียนด้วยวิธีอื่นแม้จะไม่แตกต่างกัน แต่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนโดยตรงคือสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติมากกว่าการท่องจำ

จุดเน้นของกระบวนการเรียนรู้คือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนที่เหมาะสมกับผู้เรียนและสาระการเรียนรู้ การออกแบบวิธีสอนและใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้ของแต่ละคนตามความถนัด กระตุ้นและสานิตการประยุกต์ความรู้พื้นฐานบูรณาการกับการแก้ไขปัญหากรณีศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนสร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ด้วยตนเอง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้

สำหรับการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาของฮามิลตันและทอดด์ (2016) ได้จัดการเรียนการสอนรูปแบบนี้ในชั้นเรียนด้านสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมินนิโซตา โดยเริ่มทดลองใช้รูปแบบนี้ในภาคเรียนฤดูใบไม้ผลิปี 2015 และมีการปรับรูปแบบตามการสะท้อนผลวิธีการเรียนจากผู้เรียนในปีการศึกษาต่อมา ซึ่งแบ่งกระบวนการเรียนรู้เป็น 4 ระยะ อธิบายได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสมรรถนะระดับมืออาชีพ (Interprofessional competencies) โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ในขั้นตอนนี้ผู้เรียนจะได้รับกิจกรรมตามห้องเรียนแบบโต้ตอบ เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาที่จำเป็นต้องรู้ และแนวคิดต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะในการทำงาน เช่น การปันอำนาจ (sharing power) บทบาทและความรับผิดชอบ (role and responsibility) การสื่อสาร (communication) การพัฒนาบรรทัดฐานของกลุ่ม (developing group norms) พลวัตของทีม (team dynamics) และความอ่อนน้อมถ่อมตนทางวัฒนธรรม (culture humility)

ระยะที่ 2 การพบทีมผู้เชี่ยวชาญ (subject matter expert หรือ SME) โดยใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์

ผู้เรียนจะได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมทีม SME และรับความรู้ด้านสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นหัวข้อในการศึกษา โดยแต่ละทีมจะมีผู้เรียนมากกว่า 1 คน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เรียน ฝึกการทำงานกับทีมผู้เชี่ยวชาญ จะทำให้พวกเขาสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบของผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ที่จะมีส่วนร่วมในการทำงาน โดยทีมผู้เชี่ยวชาญที่สำคัญ ได้แก่ โรงพยาบาลหรือห้องปฏิบัติการ กลุ่มผู้ทำงานด้านระบาดวิทยา หรือสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญจะต้องมีความสอดคล้องกับหัวข้อที่ศึกษา ผู้เรียนจะเข้าไปร่วมในสถานการณ์จำลอง ซึ่งในขั้นแรกจะเป็นการเรียนรู้กับเพื่อนร่วมชั้นเพื่อเป็นการฝึกทักษะ และการทำกิจกรรมตามที่หลักสูตรกำหนด ขั้นที่สอง ผู้เรียนจะต้องทำความรู้จักกับผู้มีส่วนได้เสียและการทำแผนที่ระบบของสถานการณ์ที่ศึกษา ซึ่งเป็นการลงศึกษาในชุมชน และจะได้รับการมอบหมายเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์สุขภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะเป็นที่ปรึกษา จากนั้นในขั้นที่สาม ผู้เรียนจะได้แสดงผลงานจากการทำงานในช่วยที่ผ่านมา โดยนำความสามารถในการสื่อสารที่ได้เรียนรู้แล้วในระยะที่ 1 มาช่วยขับเคลื่อนในการแบ่งปันข้อมูลที่น่าสนใจ และในขั้นสุดท้าย จะต้องมีการประเมินตนเองและเพื่อน ในด้านความสามารถระดับมืออาชีพระหว่างทีมงาน SME

ระยะที่ 3 การเป็นทีมงานมืออาชีพ (Interprofessional team) โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ในระยะนี้จะเกิดการมอบหมายให้ผู้เรียนได้เป็นที่ทีมงานเดียวกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อร่วมแก้ปัญหาในแต่ละกรณี โดยมีผู้เรียนจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละกลุ่มและลดจำนวนผู้เชี่ยวชาญเดิมเหลือเพียง 1-2 คน ปัญหาในการเรียนรู้จะถูกยกมาอีกครั้งเพื่อใช้ในการทำงานกับกลุ่มใหม่ แต่ละทีมถูกท้าทายให้รวมแผนที่กรณีจากที่ตนได้ทำไว้กับทีมเดิมมารวมกับผู้เรียน และผู้เชี่ยวชาญในทีมใหม่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในท้องถิ่นจะเป็นแกนนำพาผู้เรียนไปเป็นอาสาสมัครลงพื้นที่ปฏิบัติจริง โดยกำหนดบทบาทการทำงานตามสถานการณ์ในแต่ละกรณี โดยจะได้ข้อมูลการปรับปรุงจากทีมงานระดับมืออาชีพ เมื่อสิ้นสุดในระยะนี้จะมีการนำเสนอข้อมูลอีกครั้งกับสาธารณชน เพื่อให้บุคคลภายนอกเข้าใจบทบาทการทำงาน ข้อมูลเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และเป็นการสรุปการทำงานของผู้เรียน

ระยะที่ 4 การสรุป (wrap up) โดยใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์

ผู้เรียนทุกคนจะช่วยกันสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาตลอดระยะเวลาในการทำงาน ประสบการณ์การทำงานในทีมในทุกๆ ระยะ ซึ่งพบว่าความสำคัญของการเป็นมืออาชีพ คือ เกิดความสามารถในการทำงานได้เป็นอย่างดี สามารถสื่อสาร อภิปรายประสบการณ์ได้ และในระยะนี้จะมีการประเมินตนเอง เพื่อนร่วมทีม และประเมินหลักสูตร เพื่อสร้างบทสรุปในสิ่งที่ได้รับจากการเรียนรู้

ทั้งนี้ในการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา จะเป็นการเรียนรู้ทั้งภาพรวมของสถานการณ์ที่นำมาเป็นหัวข้อศึกษา และการเรียนรู้รายกรณีของแต่ละบุคคลที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งการเริ่มต้นของการเรียนรู้ จะต้องมีวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจน ได้แก่ (1) มีวัตถุประสงค์การเรียนรู้หลัก อาจมี 2-3 ประเด็นก็ได้ (2) การกำหนดบทบาทต่าง ๆ ในแต่ละเรื่องการเรียนรู้ และ (3) ผลกระทบ (impact) ที่คาดหวังให้ชั้นเรียนที่มีต่อความรู้เชิงลึกของผู้เรียน การพัฒนา การตัดสินใจ และทักษะการวิเคราะห์และความสามารถในการเป็นผู้นำ

รูปแบบและเทคนิคที่ใช้ในการสำรวจปัญหาร่วมกันของกรณีศึกษา

1. การศึกษาชุมชน (community study)

การศึกษาชุมชน คือ การสำรวจและวิเคราะห์ชุมชนเพื่อศึกษาค้นคว้าสถานการณ์ในชุมชน โดยผู้วิจัยควรทำความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ เช่น ประวัติความเป็นมา ข้อมูลสภาพหมู่บ้านและชุมชน ลักษณะภูมิประเทศ การเมืองและนโยบายระดับหมู่บ้านและชุมชน ชาวบ้าน กลุ่มต่าง ๆ ผู้นำ ความเชื่อ ศิลปวัฒนธรรม ตลอดจนสภาพปัญหาต่าง ๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชนจะต้องสามารถอธิบายลักษณะพื้นฐานความเป็นชุมชน และสภาพและความหมายของพฤติกรรมที่ปรากฏที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในชุมชน เกิดจากการ

เปลี่ยนแปลงทางสังคม (ยงยุทธ แสนประสิทธิ์, 2559) ทั้งนี้การศึกษาร่วมกันมีเทคนิคสำคัญ 2 ประการคือ

1.1 การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในชุมชน

การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในชุมชน คือ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ศึกษากับคนในชุมชน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวในการศึกษาชุมชน ดังนั้นเทคนิคการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารกับชุมชนเป็นเทคนิคเริ่มแรกที่นักวิจัยเข้าสู่ชุมชน ทั้งนี้เพราะการวิจัยในชุมชนจะต้องมีกิจกรรมเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารจะช่วยลดช่องว่างระหว่างนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยและผู้ถูกศึกษา เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นจริงได้ง่ายขึ้นโดยมีวิธีการดังนี้ (สุรพล พยอมแย้ม, 2545)

1.1.1 การเกิดสัมพันธภาพสัมพันธภาพจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อนักวิจัยและคนในชุมชนได้ผ่านขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอนได้แก่ (1) การเข้าไปสัมพันธ์เกี่ยวข้อง (contact) เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้น (2) การสร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้น (familiarity) เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพมากยิ่งขึ้น (3) การสร้างความพึงพอใจโดยการเสริมแรง (reward) เพื่อให้สัมพันธภาพคงอยู่อย่างต่อเนื่อง และ (4) การเกิดรู้สึกชอบหรือพอใจ (liking) อันเกิดจากความรู้สึกเหมือนเป็นพวกพ้องเดียวกัน

1.1.2 การสร้างสัมพันธภาพกับคนในชุมชนการที่จะเกิดสัมพันธภาพใน 4 ข้อขั้นต้นจำเป็นจะต้องมีเทคนิคที่สามารถกระตุ้นความสนใจและให้เกิดการยอมรับจากอีกฝ่ายให้มากที่สุด เทคนิคดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ประการที่ต่อเนื่องกันไปได้แก่ (1) แสดงกระทำด้วยว่าถ้าทีมมาตรฐานไว้ก่อน เบื้องต้นนักวิจัยจะต้องวางท่าทีให้เหมาะสมเพื่อสร้างความไว้วางใจและความรู้สึกที่ดีของอีกฝ่ายหนึ่ง (2) เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมให้รู้จักกันมากขึ้นจึงค่อยเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวและความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ โดยไม่แสดงท่าทีขัดแย้งเพื่อเพิ่มความสนิทสนมใกล้ชิด (3) แสดงความกลมกลืนกับชุมชน เมื่อนักวิจัยสามารถเข้าไปใกล้ชิดกับชุมชน ต้องปรับท่าทีที่แสดงออกให้กับคนในชุมชนในแต่ละสถานการณ์อย่างเหมาะสม เช่น การแสดงความเห็นใจและให้กำลังใจในความสูญเสียหรือการร่วมสนุกกับกิจกรรมรื่นเริง ทำให้สัมพันธภาพดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและรักษาความสัมพันธ์ให้เป็นความไว้วางใจ โดยนักวิจัยจะต้องรักษาสัมพันธภาพด้วยการแสดงออกอย่างเสมอต้นเสมอปลายกับคนในชุมชน และ (4) หากความสัมพันธ์เริ่มห่างเหินหรือมีอุปสรรคก็ควรจะมีวิธีการสานความสัมพันธ์ด้วยการทำพฤติกรรมเสริม (supportive interchanges) เช่น การร่วมแสดงความยินดีในวาระต่าง ๆ โดยการแสดงความเอื้ออาทรและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (remedial Interchange) เช่น การแสดงความเสียใจหรือขอโทษ

การสร้างสัมพันธภาพกับชุมชนตามขั้นตอนข้างต้นเป็นหลักการของการสร้างความสนิทสนมไว้เนื้อเชื่อใจสัมพันธภาพที่สร้างขึ้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมคือเป็นความร่วมมืออย่างบริสุทธิ์ใจระหว่างนักวิจัยกับชุมชนเพื่อมุ่งป้องกันและแก้ไขปัญหาชุมชนและการสร้างสัมพันธภาพก็มีเป้าหมายเพื่อให้ นักวิจัยสามารถร่วมทำงานกับชุมชนได้อย่างไม่มีอุปสรรค ซึ่งวิธีการสร้างสัมพันธภาพนั้นเป็นการเข้าถึงความเป็น “คนใน” ของชุมชน

1.2 การวิเคราะห์ชุมชน

การวิเคราะห์ชุมชน เป็นการวิเคราะห์หน่วยทางสังคม (social unit) ที่มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต ดังนั้นจึงมีการนำแนวคิดการวิเคราะห์เชิงระบบมาอธิบายสภาพการเปลี่ยนแปลงในชุมชน เพราะการมองภาพชุมชนต้องมองแบบภาพรวม (holistic) แต่ในภาพรวมยังมีองค์ประกอบย่อยหลายส่วนที่ทำให้ก่อเกิดเป็นผลของแต่ละเรื่องราวหรือเหตุการณ์ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาจากข้อมูลที่รอบด้าน ครบถ้วน และเป็นเหตุเป็นผลกัน เพื่อให้เข้าใจความเป็นมาของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ในชุมชน โดยพิจารณาสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจากหลายระบบย่อยร่วมกัน โดยมีองค์ประกอบของแต่ละระบบย่อย 3 ส่วน คือ Input คือ ปัจจัยนำเข้า Process คือ กระบวนการ และ Output คือ ผลที่เกิดขึ้น ซึ่งหากนำความสัมพันธ์ของระบบย่อยดังกล่าวมาพิจารณาเปรียบเทียบกับสภาพของชุมชน จะเป็นการมองอย่างเชื่อมโยงได้ ว่าในชุมชนมีสิ่งใดเป็นสาเหตุของปัญหา สภาพปัญหา และผลกระทบของปัญหา ดังนั้นในการวิเคราะห์ชุมชน นักวิจัยจะต้องแยกสภาพปัญหาในแต่ละเรื่องให้ชัดเจน ในขณะเดียวกันต้องเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ด้วย

2. การประเมินความต้องการจำเป็น (need assessment)

การประเมินความต้องการจำเป็นเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความต้องการ แรงจูงใจและพฤติกรรมของผู้ที่เราศึกษาว่าสิ่งที่พวกเขากำลังปฏิบัติอยู่ว่าทำเพื่ออะไร ทำไมจึงทำ เช่นนั้น ทั้งนี้ (สุวิมล ว่องวาณิช, 2548) ได้ให้ความหมายคำว่า “การประเมินความต้องการจำเป็น” คือ กระบวนการประเมินเพื่อกำหนดความแตกต่างของสภาพที่เกิดขึ้นกับสภาพที่ควรจะเป็น โดยระบุสิ่งที่ต้องการให้เกิดว่ามีลักษณะเช่นใด และประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่ามีลักษณะเช่นใด จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่าสมควรเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง การประเมินความต้องการจำเป็นทำให้ได้ข้อมูลที่น่าไปสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนการ หรือการเปลี่ยนแปลงผลที่เกิดขึ้นปลายทาง การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการประเมินความต้องการจำเป็น จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงสร้างสรรค์และเป็นการเปลี่ยนแปลงทางบวก

กระบวนการที่จะทำให้สามารถเข้าถึงความรู้สึก และการปฏิบัติของผู้ที่นักวิจัยสนใจคือ การสนทนา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญ กระบวนการสนทนาเพื่อประเมินความต้องการจำเป็น ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจผู้ที่เรากำลังศึกษาไปด้วย ตัวอย่างเช่น นักวิจัยได้ทำการสนทนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นักวิจัยต้องมีการสังเกตสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงของผู้ร่วมสนทนาด้วย ซึ่งจะทำให้เห็นสิ่งต่าง ๆ ประกอบการสนทนา บางครั้งอาจต้องให้การสนทนาทีละคน แต่บางครั้งอาจต้องให้การสนทนาหรือทำกิจกรรมภายในกลุ่มร่วมด้วยเพื่อตรวจสอบสิ่งที่ค้นพบ ดังนั้นเครื่องมือที่จะใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็นกับคนในชุมชน จะเครื่องมือเน้นความหลากหลายของเครื่องมือและวิธีการที่นักวิจัยใช้ เช่น การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ การสัมภาษณ์ การศึกษาเชิงสำรวจ การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์เรื่องราวจากภาพ (Altschuld, 2010)

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการเรียนรู้แบบกรณีศึกษามีหลากหลายวิธี สามารถดำเนินการได้ดังนี้

3.1 การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation) เป็นการสังเกตที่ผู้ศึกษาเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มคนที่ถูกศึกษาในสภาพตามธรรมชาติ มีการร่วมกระทำกิจกรรมด้วยกัน และพยายามให้คนในชุมชนนั้นยอมรับว่าผู้สังเกตมีสถานภาพบทบาทเช่นเดียวกับตน ผู้ศึกษาอาจเข้าถึงหรือฝังตัวอยู่ในสังคมนั้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ฝังสังเกตการใช้ชีวิตประจำวัน และระบบความหมายของผู้ถูกศึกษา นอกจากการฝังสังเกตผู้ศึกษาอาจซักถามบางสิ่งบางอย่างที่อาจไม่เข้าใจได้จากการสังเกต โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลสัญลักษณ์หรือความหมาย หลังจากนั้นผู้ศึกษาจึงจะทำการจดบันทึก ข้อดีของการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมคือ ผู้ศึกษาได้ข้อใดข้อมูลที่แท้จริง เนื่องจากผู้ถูกศึกษาไม่ทราบว่าตนถูกสังเกต พฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามธรรมชาติ แต่ก็มีข้อด้อยคือ ก่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้ศึกษากับผู้ถูกศึกษา อาจเป็นสาเหตุให้มีอคติเข้าข้างกลุ่มที่ตนศึกษาอยู่ ข้อมูลที่ได้อาจขาดความเที่ยงตรง ผู้ศึกษาควรคำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรมและการเมืองที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มคนในมิติวัฒนธรรมอย่างเช่นมุมมองคนใน

3.2 การบันทึกภาคสนาม

การบันทึกภาคสนาม (field note) เป็นการจดบันทึกสิ่งที่ได้พบเห็นจากการสังเกตหรือได้รับฟังการเขียนบันทึกภาคสนามประจำวันโดยไม่ได้ลงรายละเอียดสมบูรณ์ครบถ้วน แต่พรรณนาเกี่ยวกับบุคคลจากคำพูดประสบการณ์ส่วนตัว ความรู้สึกนึกคิด และปฏิกิริยาของผู้ที่

กำลังศึกษา นักวิจัยสามารถนำบันทึกภาคสนามมาร่วมวิเคราะห์ประกอบการตีความและต่อเชื่อมข้อมูลหรือเหตุการณ์แต่ละครั้งของการลงภาคสนาม อย่างไรก็ตามนักมานุษยวิทยาส่วนใหญ่เห็นว่าบันทึกสนามเปรียบเหมือนรูปแบบการรายงาน ซึ่งมีความยืดหยุ่นหรือแตกต่างกันตามแต่นักวิจัยแต่ละคน ซึ่งควรมีการไต่ตรองและทบทวนตนเองอย่างซื่อสัตย์ในการเก็บข้อมูล

การเริ่มต้นการเขียนบันทึกภาคสนามควรเกิดขึ้นในระหว่างที่นักวิจัยอยู่ในสนามศึกษา หรือมีประสบการณ์ร่วมกับกลุ่มคนที่สนใจศึกษา ซึ่งอาจจดบันทึกอย่างเปิดเผยเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ถูกศึกษา หรือหาโอกาสจดบันทึกภายหลัง โดยวิธีจดบันทึกย่อและจดสั้น ๆ แบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ (1) บันทึกช่วยจำ (mental note) คือ การจดเฉพาะหัวข้อหรือคำสำคัญช่วยเตือนความจำและนำมาเขียนรายละเอียดทีหลัง โดยพยายามนึกถึงสถานที่ บุคคลคู่สนทนา การเปลี่ยนแปลงที่พบเห็นซึ่งจะต้องมีการจำแล้วจึงมาเขียนเพิ่มเติมรายละเอียด (2) บันทึกย่อ (jotted note) คือ การจดบันทึกไปด้วยระหว่างพูดคุยหรือทำกิจกรรม อาจใช้เป็นสัญลักษณ์หรือตัวย่อที่นักวิจัยกำหนดเอง

แอทคินสัน และแอมเมอร์สลีย์ (P. H. Atkinson, M., 1994) อธิบายถึงลักษณะการบันทึกภาคสนามไว้ 6 ลักษณะ ได้แก่

(1) การจดบันทึกและถอดความ (inscriptions and transcription) เป็นการจดบันทึกที่เน้นรายละเอียดของการกระทำหรือคำพูดสนทนาในบางเหตุการณ์หรือกิจกรรมที่นักวิจัยได้เข้าไปเกี่ยวข้อง และการเขียนบทพูดหรือคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลัก

(2) การระลึกและเรียงลำดับ (recalling and ordering) เป็นการเขียนเล่าประสบการณ์เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ย้อนระลึกถึงในอดีต และเป็นการเขียนเหตุการณ์เรียงลำดับตามรอยเวลา หรือตั้งต้นจากอุบัติการณ์หนึ่งแล้วเขียนรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่สนใจศึกษาอย่างเป็นระบบ

(3) การแสดงเหตุการณ์และบทสนทนา (representing action and dialogue) เป็นการเขียนบรรยายภาพฉากหรือองค์ประกอบในเหตุการณ์ เปรียบเสมือนการถ่ายภาพที่สนใจเฉพาะจุดและเป็นการเขียนบรรยายบทสนทนาโต้ตอบที่เกิดขึ้น

(4) ทักษะคติ (stance) เป็นการจดบันทึกข้อสังเกตของนักวิจัยต่อเบื้องหลังของเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาของผู้ถูกศึกษา เช่น อะไรที่เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ถูกศึกษาสนใจเข้าร่วมกิจกรรมนี้ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจของกลุ่มคนในสังคม เพื่อให้ผู้วิจัยได้รายละเอียดในการบรรยายมากขึ้น และจัดลำดับหัวเรื่อง

(5) มุมมอง (point of view) เป็นการจดบันทึกผ่านมุมมองของคนในหรือคนนอก ในฐานะมุมมองคนในฐานะบุคคลที่ 1 ผู้วิจัยเขียนเฉพาะรายละเอียดที่ได้พบเห็นและประสบการณ์ที่ได้เข้าร่วม ส่วนมุมมองคนนอกในฐานะบุคคลที่ 3 นักวิจัยใช้แค่คำพูดที่ได้ยิน หรือเห็นการกระทำของผู้ถูกศึกษาแล้วมาตีความตามความคิดและความรู้สึกของนักวิจัยเอง

(6) อารมณ์ความรู้สึก (personal feelings and emotions) เป็นการจดบันทึกอารมณ์และความรู้สึกของนักวิจัยที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในขณะลงภาคสนาม ซึ่งช่วยสะท้อนให้นักวิจัยได้เห็นความลำเอียงหรืออคติของตนเองต่อผู้ถูกศึกษาหรือเหตุการณ์

3.3 การสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ (interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนา ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ควรตั้งใจฟังผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วยความเคารพ และทำการศึกษาความหมายระหว่างสัมภาษณ์ จัดวางระดับความสัมพันธ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้เหมาะสม จดจำบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์เชื่อมโยงบริบทไปพร้อมกัน ในขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของผู้สัมภาษณ์ด้วย (P. Atkinson, Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J., & Lofland, L., 2001) โดยขั้นตอนการสัมภาษณ์มีดังนี้

- (1) สร้างกรอบแนวคิดเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามคำถามวิจัย
- (2) ออกแบบหัวข้อคำถามที่ต้องการสัมภาษณ์
- (3) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลายและมีคุณสมบัติตรงตามประเด็นคำถาม
- (4) จดบันทึกหรืออัดเสียงสัมภาษณ์
- (5) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ หรือคำตอบของผู้ให้ข้อมูล และจับประเด็นตั้งคำถามเจาะลึกรายละเอียด

- (6) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล
- (7) เขียนรายงานบทสัมภาษณ์ที่ได้ทั้งคำพูด จังหวะ น้ำเสียง ช่วงเวลา และสถานที่สัมภาษณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่

- (1) ระดับผู้ให้ข้อมูล (informant) กับผู้รายงานข้อมูล (reporter) เป็นการถามในสิ่งที่ต้องการรู้ลึกและลงรายละเอียดแง่มุมต่าง ๆ และเปิดกว้างรับข้อมูลข่าวสารทั้งหมด เพื่อเรียบเรียงใหม่เป็นข้อความเชิงพรรณนาของผู้สัมภาษณ์เอง

(2) ระดับผู้ร่วมวิจัย (research collaborator) เป็นกระบวนการร่วมสร้างข้อมูลที่มีความไว้วางใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เปรียบเหมือนการเจรจาต่อรองเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการประเด็นและเชื่อถือได้มากที่สุด

(3) ระดับผู้เรียนรู้ (learner) ผู้แสดง (actor) กับผู้กระตุ้น (activator) เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยปฏิบัติงานอย่างมีส่วนร่วม ผู้ถูกสัมภาษณ์มีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์เพื่อหาคำตอบของการศึกษาอย่างเต็มที่โดย ผู้สัมภาษณ์เป็นเพียงผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3.4 เทคนิค Mind Mapping

Mind Mapping เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1970 และมีการเผยแพร่มาอย่างแพร่หลาย โดยโทนี บูซาน (Buzan, 2010) นักคิดชาวอังกฤษ ซึ่งสมองของคนเราประกอบด้วยเซลล์สมองจำนวนมากขดรวมกันไปมาเหมือนลวดไฟฟ้า และเมื่อเราเริ่มคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ประจุความคิดจะเริ่มทำงานที่เซลล์สมองจุดหนึ่ง และแผ่ขยายไปกว้างโดยไม่มีทิศทางที่ชัดเจน เขาเรียกความคิดนี้ว่า “Radial Thinking”

เซลล์สมองของมนุษย์พยายามหา Gestalt คือ ความสมบูรณ์ของภาพรวมที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในความซับซ้อนต่าง ๆ และความสำคัญของสมองนี้เองมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ Mind Mapping ที่พัฒนามาจากการเห็นความสำคัญของการจำด้วยภาพว่ามีลักษณะเชื่อมโยงกับกระบวนการทำงานของสมอง มีลักษณะเหมือนกิ่งไม้ที่มีกิ่งก้านขยายเชื่อมโยงแตกออกไปอย่างทั่วถึง

หลักการสำคัญของ Mind Mapping

(1) ใช้ทักษะของสมองทั้งสองซีก ทำงานไปพร้อม ๆ กันอย่างเต็มที่
 (2) สมองของเราสามารถจุดประกายความคิดต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วเท่าที่มีมือเราเขียนทัน

(3) ต้องเขียนแบบไม่หยุด อย่างกังวลกับการจัดองค์ประกอบหรือจัดลำดับให้ดูดี เพราะที่สุดมันจะลงตัวไปเอง หรือ มาจัดอีกครั้งหนึ่งในตอนท้ายก็ได้

ประโยชน์ของ Mind Mapping ในการประชุมอย่างสร้างสรรค์

(1) ช่วยในการเก็บบันทึกความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมได้อย่างครบถ้วน

(2) ช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นการบันทึกข้อมูลหรือเรื่องราวที่ตนนำเสนอสู่ที่ประชุม

(3) ช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมจดจำเรื่องต่าง ๆ ในการประชุมได้ง่ายและนานขึ้น ตลอดจนสอดคล้องกับวิธีการเรียนรู้ของบุคคลที่ชอบสิ่งต่าง ๆ

(4) ช่วยให้ผู้ฟังการนำเสนอสามารถเห็นภาพรวม และปะติดปะต่อเรื่องราวต่าง ๆ เข้าด้วยกันง่ายและชัดเจนขึ้น

Mind Mapping จะช่วยในการประชุมโดยเขียนประเด็นหลักของการประชุม และประเด็นรอง 2-3 ประเด็นไว้ที่กระดานหน้าห้องด้วย Mind Mapping แบบง่าย ๆ สมาชิกผู้เข้าประชุมทราบมาก่อนว่าจะประชุมเรื่องใดเพื่อจะได้เตรียมตัวล่วงหน้า เมื่อสมาชิกรายหนึ่งนำเสนอประเด็นความคิดของเขาจะถูกบันทึกลงบน Mind Mapping ในรูปของคำสำคัญตามขั้นตอนการเขียน Mind Mapping

จุดแข็งของการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา

รูปแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา มีจุดแข็งอันเป็นข้อดีต่อการเรียนรู้ในหลายประการ โดยแอนเดอร์สันและสเซียโน (Anderson, 2016) ได้อธิบายไว้ดังนี้

(1) ทักษะของทีมพัฒนาสมรรถนะ การเรียนรู้แบบทีมเพื่อการพัฒนาสมรรถนะร่วมกันเป็นสิ่งที่ทำทนาย ในการเรียนรู้จึงจำเป็นต้องกำหนดจุดมุ่งหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังให้ชัดเจน โดยจะต้องไม่ซ้ำกัน เพื่อให้ได้ฝึกพัฒนาอย่างรอบด้าน ความทำทนายระหว่างทีมผู้เชี่ยวชาญมืออาชีพกับทีมผู้เรียนที่เป็นมือใหม่ในสถานการณ์สมมุติ ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจและเห็นคุณค่าความสำคัญของความไว้วางใจ การสื่อสาร บทบาทความรับผิดชอบ และกระบวนการสร้างทีม อย่างไรก็ตามความทำทนายนี้ควรค้นหาสมดุลระหว่างความสนใจ และแรงจูงใจในการแก้ปัญหาในแต่ละกรณี และการเรียนรู้เกี่ยวกับและการพัฒนาความสามารถระดับมืออาชีพ

(2) พัฒนาการสื่อสารและการโต้ตอบอย่างมีข้อเท็จจริงกับผู้เชี่ยวชาญมืออาชีพ ในการลงมือปฏิบัติร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจะทำให้เปิดมุมมองและประสบการณ์ของผู้เรียนได้มากขึ้น ผู้เรียนจะต้องใช้ทักษะในการสื่อสารทั้งในการตั้งคำถามกับผู้เชี่ยวชาญ และการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งแนวทางในการโต้ตอบกับผู้เชี่ยวชาญ อาจใช้รูปแบบการประชุมด้วยตนเองเป็นทีม หรือให้ตัวแทนผู้เรียนสื่อสารผ่านอีเมลหรือโทรศัพท์ ดังนั้นการถ่ายทอดข้อมูล การมีปฏิสัมพันธ์โดยผู้เรียนกับผู้เชี่ยวชาญจะมีผลกระทบเชิงบวกที่ยิ่งใหญ่ที่สุด เพราะการสื่อสารที่เป็นข้อเท็จจริง เป็นการสร้างความสามารถของความเป็นมืออาชีทางด้านสุขภาพระดับสากลในอนาคต

(3) การจักระบบการคิด ในการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาจะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจระบบและหน้าที่ การทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ที่จำเป็นในการแก้ปัญหา สภาพที่ซับซ้อน ระบบคิดต้องใช้ในการรับรู้ส่วนต่าง ๆ ของระบบมากพอที่จะสะท้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นซึ่งกันและกัน และสถานที่ที่จะเกิดขึ้นจริง เป็นความท้าทายที่คล้ายกันกับที่พบในทีมงานระดับมืออาชีพ

(4) ได้สะท้อนตนเองจากการเรียนรู้ เป้าหมายที่สำคัญที่สุดของการเรียนรู้คือ การช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะ ทักษะคิด พฤติกรรม และความสามารถที่จำเป็นในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในทีมงานระดับมืออาชีพ สิ่งนี้ต้องการให้ผู้เรียนใช้เวลาสะท้อนการกระทำของตนเองและการกระทำของผู้อื่นในช่วงปฏิบัติการจนครบโปรแกรม ซึ่งผู้เรียนจะได้ใช้คำถามสะท้อน เพื่อช่วยให้พวกเขาได้ตระหนักในระดับที่ลึกซึ้ง ซึ่งแรกเริ่มผู้เรียนอาจไม่ชอบให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการวิจารณ์ การสอนผู้เรียนถึงวิธีการวิจารณ์และให้ความเห็นย้อนกลับเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความท้าทายและยังเป็นทักษะที่จำเป็นในฐานะสมาชิกของทีม

(5) เป็นการเรียนรู้ที่ผสมผสานเทคโนโลยี ในระหว่างการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง เทคโนโลยีการสื่อสารจะมีบทบาทมากในการติดต่อ แบ่งปันความคิดเห็น ติดตามสถานการณ์ และการวางแผนร่วมกันในกรณีที่ไม่สามารถเรียกทุกคนในทีมเข้าร่วมประชุมการทำงานด้วยตนเองได้ ซึ่งเทคโนโลยีสามารถช่วยเหลือผู้เรียนในกระบวนการเรียนรู้ได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้การเรียนรู้แบบกรณีศึกษา

สกลสุภา อภิชัยบุญโชค ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาการหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิดของนักศึกษาพยาบาล (สกลสุภา อภิชัยบุญโชค, 2559) โดยดำเนินการวิจัยด้วยการวิจัยและพัฒนา ซึ่งในรูปแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่ใช้นั้น มีขั้นตอนการสอน 5 ขั้นตอนได้แก่ (1) ขั้นเตรียมแนะนำวิธีการศึกษกรณีและจุดมุ่งหมาย (2) ขั้นเสนอกรณีศึกษา (3) ขั้นวิเคราะห์ (4) ขั้นสรุป และ (5) ขั้นประเมินผล สำหรับผลการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของรายงานการวิเคราะห์กรณีศึกษาจำนวน 4 ราย ขณะฝึกปฏิบัติร้อยละ 80 และหลังฝึกปฏิบัติมีคะแนนการวิเคราะห์กรณีศึกษา จากการประชุมปรึกษาหารือทางการพยาบาล ร้อยละ 85 สูงกว่าขณะปฏิบัติ

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ มีงานวิจัยของยูและปาร์ค (Yoo M.S. & Park J.H., 2015) ได้ศึกษาผลของการใช้การเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาผ่านทางวิดีโอต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยให้ใช้ทักษะการสื่อสารและความสามารถในการแก้ปัญหาในนักศึกษาพยาบาล เป็นกรณีวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดและประเมินผลด้วยการเปรียบเทียบคะแนนทดสอบก่อนและหลังได้รับการเรียนรู้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติในวิชาการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ให้นักศึกษาได้พบและพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยก่อน จากนั้นดำเนินการสอนโดยกำหนดกรณีศึกษาโดยใช้วิดีโอทัศน์ มีการวิเคราะห์ปัญหาระหว่างการรับชม โดยวิเคราะห์ปัญหา แสวงหาวิธีแก้ไขปัญหา และการสื่อสารในชั้นเรียน เพื่อ ให้นักศึกษาได้พูดคุยกับผู้ป่วยอีกครั้ง ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า นักศึกษาสามารถสื่อสารและแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ดีขึ้น

ดังนั้น การเรียนรู้แบบกรณีศึกษาในงานวิจัยนี้ หมายถึง การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่างที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาผนวกกับกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน โดยใช้วิธีสอนเน้นการให้ข้อมูลพื้นฐาน การวิเคราะห์ การจัดกลุ่มศึกษาลงพื้นที่เก็บข้อมูลกรณีตัวอย่างและฝึกทักษะการจัดสภาพแวดล้อม นำไปสู่การวิเคราะห์และอภิปราย และการนำเสนอถ่ายทอดผลการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนได้วิธีการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยนำมาใช้ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการจัดการเรียนรู้ของชินภัทร์ จิระวรพงศ์ (2554) และของฮามิลตันและทอดด์ (Hamilton and Todd, 2016) มาปรับใช้เป็นการรอบกำหนดขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ในโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีกระบวนการในการจัดการเรียนรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะก่อนการเรียนรู้ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวิธีการเรียน เนื้อหาที่จะเรียนรู้ในโปรแกรม และอธิบายผลการศึกษาระยะที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พร้อมทั้งมีการทดสอบก่อนเรียน ในขั้นนี้มีความสอดคล้องกับขั้นที่หนึ่ง การชี้แจงวิธีการเรียนของชินภัทร์ จิระวรพงศ์

ระยะการจัดการเรียนรู้ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้ โดยใช้ระยะเวลาเรียนรู้ 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ความรู้ที่จะเรียนรู้คือ ความรู้ตามทฤษฎีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเนื้อหาสาระการเรียนรู้ ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น การผลัดตกหกล้ม การเฝ้าระวังป้องกันโรค การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูลให้ถูกต้อง และการมีพื้นที่ดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุหากเกิดกรณีฉุกเฉิน และความรู้อื่น ๆ ได้แก่ บทบาทและความรับผิดชอบในการทำงาน การสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุ จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ และเนื้อหาอื่นตามความต้องการของผู้ร่วมเรียนรู้

ในขั้นนี้มีความสอดคล้องกับขั้นที่สอง การให้ความรู้พื้นฐานของชินภัทร์ จิระวรพงศ์ และระยะที่หนึ่ง การสร้างสมรรถนะระดับมืออาชีพของฮามิลตันและทอດด์

ขั้นตอนที่ 2 การจัดกลุ่มศึกษาและฝึกทักษะ โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 6 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เรียน โดยการวิเคราะห์กรณีศึกษา สังเคราะห์กระบวนการและตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมโดยคำนึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละกรณี

ในขั้นนี้มีความสอดคล้องกับขั้นที่สาม การจัดกลุ่มศึกษาของชินภัทร์ จิระวรพงศ์ และระยะที่สอง การพบทีมผู้เชี่ยวชาญ และระยะที่สาม การเป็นที่มงานมืออาชีพของฮามิลตันและทอດด์ ซึ่งในแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมย่อย ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่หนึ่ง จัดกลุ่มผู้เรียนลงศึกษาในชุมชนเพื่อศึกษาสภาพที่พักอาศัยของกรณีศึกษา และจัดทำแผนผังที่พักอาศัย และทำความเข้าใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม โดยการสัมภาษณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้จะมีผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาในการลงพื้นที่

สัปดาห์ที่สอง การเรียนรู้กับเพื่อนร่วมชั้นด้วยการยกกรณีศึกษาตามที่แต่ละกลุ่มได้ลงศึกษา เพื่อทำความเข้าใจ ประเมินกรณีศึกษา และตัดสินใจเพื่อดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่สาม กลุ่มผู้เรียนลงพื้นที่กรณีศึกษาเพื่อฝึกทักษะการจัดสภาพแวดล้อม

สัปดาห์ที่สี่ การสะท้อนการเรียนรู้ การประเมินตนเองและเพื่อนด้านทักษะการปฏิบัติ และนำเสนอผลการดำเนินงานของกลุ่มในช่วงที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาตนเอง โดยใช้ระยะเวลาตลอด 2 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้เรียนนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และทักษะการจัดการสภาพแวดล้อมไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ตนเองเป็นผู้ดูแล และจัดให้มีการทบทวนการปฏิบัติงานในแต่ละสัปดาห์ผ่านสื่อเทคโนโลยี โดยเป็นการฝึกปฏิบัติงานรายบุคคล เพื่อให้ผู้เรียนแต่ละคนได้ฝึกปฏิบัติจริงด้วยตนเองตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในขั้นนี้มีความสอดคล้องกับระยะที่สาม การเป็นที่งานมืออาชีพของฮามิลตันและทอดด์ แต่ผู้วิจัยใช้การปฏิบัติงานรายบุคคลแทนการรวมทีมทำงาน เพื่อให้ผู้เรียนแต่ละคนได้ฝึกปฏิบัติจริงด้วยตนเองตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผลและประเมินผล โดยใช้ระยะเวลาเรียนรู้ 1 ครั้ง จำนวน 6 ชั่วโมง เพื่อสรุปผลการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และนำเสนอข้อมูลต่อสาธารณชน เพื่อให้บุคคลภายนอกเข้าใจและตระหนักถึงผลของการจัดสภาพแวดล้อมที่มีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งข้อมูลเนื้อหาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และเนื้อหาอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อเป็นการสรุปผลการทำงานของผู้เรียน พร้อมทั้งมีการทดสอบหลังเรียนตามโปรแกรม

ในขั้นนี้มีความสอดคล้องกับขั้นที่สี่ การนำเสนอผลงานและขั้นที่ห้า การประเมินผลของชินภัทร์ จีระวรพงศ์ และระยะที่สี่ การสรุปของฮามิลตันและทอดด์

ระยะหลังการเรียนรู้ ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลโดยเว้นระยะหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อทดสอบผลการคงอยู่ของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม โดยใช้ทั้งแบบทดสอบและการสัมภาษณ์ร่วมด้วย

4.3 โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการสังเคราะห์เนื้อหาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy: EHL) พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม และการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (Case-Based Learning: CBL) นำไปสู่การพัฒนาร่างโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังแสดงในตาราง 2.2

ตาราง 2 การพัฒนาร่างโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา	แนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	แนวคิดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม	วัตถุประสงค์ของโปรแกรม
ระยะก่อนการเรียนรู้ (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)	เรียนรู้รูปแบบและเทคนิคการกำหนดปัญหาและความต้องการจำเป็นร่วมกัน	เรียนรู้สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- ให้ผู้เรียนตระหนักรู้เข้าใจปัญหา และความต้องการจำเป็นในการจัดสภาพแวดล้อมที่ถูกต้อง - การทดสอบก่อนเรียนด้านความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม
ระยะการจัดการเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้ (ระยะเวลา 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง)	ด้านการเข้าถึงข้อมูลการส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ โดยการใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นและแสดงตัวอย่างกรณีศึกษาการจัดสภาพแวดล้อม ด้านการทำความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยการสร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็น	เรียนรู้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ - โรคที่เกิดจากปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม - ลักษณะที่พบบ่อยที่适合于ผู้สูงอายุ - การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น การผลัดตกหกล้ม - การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูลให้ถูกต้อง - จัดพื้นที่สำหรับ	- ผู้เรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านการใช้สื่อเทคโนโลยี โดยมีความสามารถสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพด้านวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม และรวบรวมจัดหมวดหมู่ความรู้ได้ - ผู้เรียนเข้าใจสาระเนื้อหาข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งมีทักษะในการจัดบันทึก

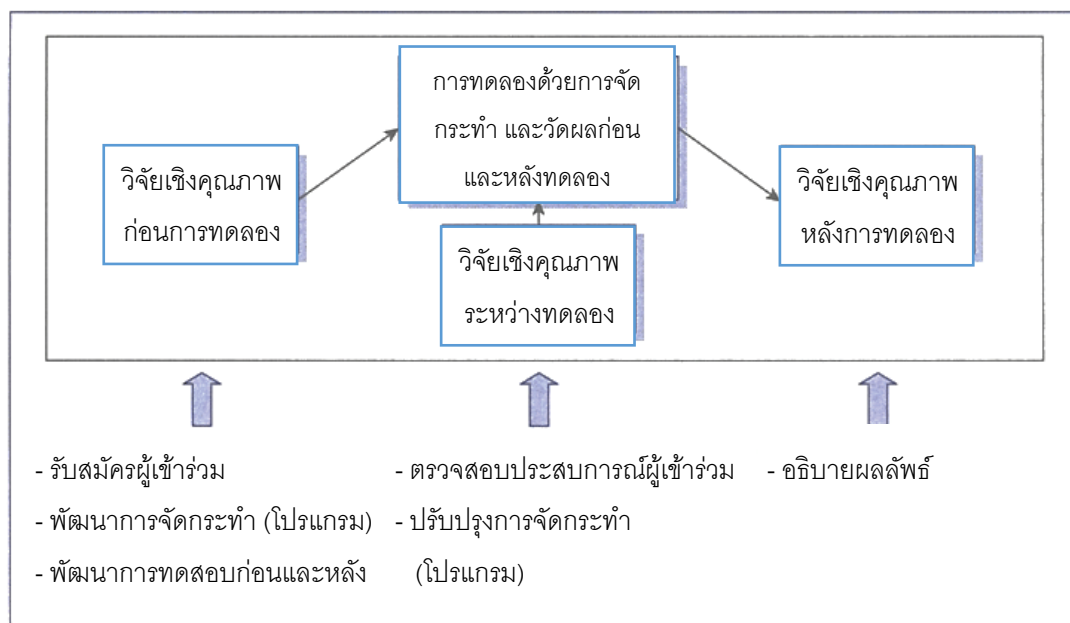
การจัดการเรียนรู้ แบบกรณีศึกษา	แนวคิดความรอบรู้ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม	แนวคิดพฤติกรรม จิตสภาพแวดล้อม	วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม
	ผลกระทบที่ส่งผลต่อ สุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคติดต่อจากเชื้อโรค และสัตว์พาหะที่พบใน ชยะและสิ่งปฏิกูล ภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุ จากการลื่นล้มในบ้าน	ช่วยเหลือผู้สูงอายุ หากเกิดกรณีฉุกเฉิน	ข้อมูลสรุปประเด็น และ เขียนแผนผังความคิด เพื่อแสดงความรู้ความ เข้าใจได้ - ผู้เรียนมีความรู้อื่น ๆ ได้แก่ บทบาทและความ รับผิดชอบในการทำงาน การสื่อสารเชิงบวกกับ ผู้สูงอายุ จริยธรรมใน การดูแลผู้สูงอายุ
ขั้นตอนที่ 2 การ จัดกลุ่มศึกษาและ ฝึกทักษะ (ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 6 ชั่วโมง)	ด้านการประเมิน ข้อมูลอนามัย สิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลสามารถคัดกรอง ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการป้องกันสุขภาพ จากสิ่งแวดล้อม และ ข้อมูลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม เพื่อเสนอ วิธีมาจัดสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ตนดูแลได้	ฝึกทักษะการจัด สภาพแวดล้อมใน 3 ด้าน คือ 1) การจัดพื้นที่เพื่อ ลดความเสี่ยงการเกิด อุบัติเหตุ 2) การจัดการของเสีย และสิ่งปฏิกูลจากการ ขับถ่าย เพื่อป้องกัน โรคติดต่อ 3) การจัดสภาพ แวดล้อมเพื่อส่งเสริม สุขภาพ	- เพื่อศึกษาสภาพที่พัก อาศัยของกรณีศึกษา และจัดทำแผนผังที่พัก อาศัย และทำความเข้าใจ กับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง - เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ของผู้เรียน โดยการ วิเคราะห์กรณีศึกษา สังเคราะห์กระบวนการ และตัดสินใจเพื่อจัด สภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมโดยคำนึงผล ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละ กรณี

การจัดการเรียนรู้ แบบกรณีศึกษา	แนวคิดความรอบรู้ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม	แนวคิดพฤติกรรม จิตสภาพแวดล้อม	วัตถุประสงค์ของ โปรแกรม
	<p>ด้านการตัดสินใจเพื่อ ป้องกันอันตรายต่อ สุขภาพ</p> <p>ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้ ข้อมูลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม และด้าน สุขภาพมาใช้กับ ผู้สูงอายุที่ดูแล โดย สามารถประยุกต์ใช้ ข้อมูลให้เหมาะสมกับ สถานการณ์จริง และ คำนึงถึงสภาพแวดล้อม ในบ้านและความ ปลอดภัยในสุขภาพ</p>		
<p>ขั้นตอนที่ 3 การ พัฒนาตนเอง (ระยะเวลาตลอด 2 สัปดาห์)</p>	<p>ด้านการตัดสินใจเพื่อ ป้องกันอันตรายต่อ สุขภาพ</p> <p>โดยผู้ดูแลวิเคราะห์ ข้อมูลและตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับ ผู้สูงอายุที่ตนเองได้รับ มอบหมาย</p>	<p>การฝึกฝนทักษะการ จิตสภาพแวดล้อมจน เกิดเป็นพฤติกรรม การจัด สภาพแวดล้อม</p>	<p>ผู้เรียนสามารถนำสิ่งที่ ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความ รอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม และ พฤติกรรมกรจัดการ สภาพแวดล้อมไปใช้จริง กับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงที่ตนเองเป็นผู้ดูแล</p>
<p>ขั้นตอนที่ 4 การ สรุปผลและ ประเมินผล (ระยะเวลา 1 ครั้ง จำนวน 6 ชั่วโมง)</p>	<p>การสื่อสารข้อมูลสู่ ชุมชน โดยการถ่ายทอด เรื่องราวสู่บุคคลอื่น วิธีการปฏิบัติตนในการ ดูแลสภาพแวดล้อมเพื่อ</p>		<p>ผู้เรียนสามารถสรุปผล การเรียนรู้ และผลการ ฝึกปฏิบัติ - การทดสอบหลังเรียน ได้แก่ ความรอบรู้ด้าน</p>

การจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา	แนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	แนวคิดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม	วัตถุประสงค์ของโปรแกรม
	ส่งเสริมสุขภาพในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและคุณค่าของการป้องกันผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว		อนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม
ระยะหลังการเรียนรู้ (เว้นระยะหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว เป็นระยะเวลา 1 เดือน)			ติดตามประเมินผล เพื่อทดสอบผลการคงอยู่ของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม โดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 5 การวิจัยผสมวิธี

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยผสมวิธี (Mixed methods research) แบบแผนขั้นสูง โดยเป็นรูปแบบการทดลอง (complex design) ทั้งนี้ได้ยึดตามแนวคิดเครสเวลล์ (Creswell, 2018) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การออกแบบการวิจัยผสมวิธีโดยการทดลอง

การวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยโดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คุณภาพ เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้พื้นที่ในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง และในทุกปีมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ปีละ 20 คน โดยจัดมาอย่างต่อเนื่องมาถึง 3 ปีเพื่อปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ทำให้เป็นผู้ที่มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกรณีศึกษามีดังต่อไปนี้

- (1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- (2) มีความยินยอมเข้าร่วมตลอดการวิจัย
- (3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับการดูแล อนุญาตให้นักวิจัยเข้าสำรวจที่พักอาศัยเพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยเพิ่มเติมได้

ในการเลือกกรณีศึกษา ผู้วิจัยจะสอบถามเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเลือกก่อน เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดไว้เบื้องต้นประมาณ 3-10 คนหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยร่างโปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเพิ่มเติมข้อมูลด้านความต้องการเชิงเนื้อหาที่ได้จากผลการวิจัยในข้อแรก และข้อมูลสภาพแวดล้อมที่พกอาศัยของผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทจริง เพื่อใช้ฝึกทักษะการจัดสภาพแวดล้อมตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเพื่อเข้าโปรแกรมด้วยการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) ตามเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และสุ่มแบบจำแนกกลุ่ม (random assignment) เพื่อแบ่งเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ดังนี้

- (1) แบ่งกลุ่ม อสม.จากจังหวัดยโสธร จำนวน 15 คน ให้เป็นกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1
- (2) แบ่งกลุ่ม อสม.จากจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 15 คน ให้เป็นกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2
- (3) แบ่งกลุ่ม อสม.จากจังหวัดยโสธร จำนวน 15 คน ให้เป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 1
- (4) แบ่งกลุ่ม อสม.จากจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 15 คน ให้เป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 2

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1) **ตัวแปรอิสระ** คือ ตัวแปรจัดกระทำ คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. มี 2 รูปแบบ ได้แก่

- 1.1 ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา และฝึกทักษะเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 1.2 ไม่ได้รับโปรแกรม มีเพียงการเข้าร่วมประชุมทั่วไปของ อสม.

2) **ตัวแปรตาม** ได้แก่ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 6 นิยามเชิงปฏิบัติการ

พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม หมายถึง การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการดูแลรักษา และจัดการที่อยู่อาศัยให้มีสภาพเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยวัดได้จากพฤติกรรม 3 ด้าน ดังนี้

1) **พฤติกรรมการจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ** หมายถึง การจัดที่อยู่อาศัยโดยนี้ถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งสำคัญ กล่าวคือ จัดเก็บสิ่งของไม่ให้กีดขวางบนพื้น จัดการพื้นผิวทางเดินให้เรียบเสมอกัน จัดการพื้นห้องไม่เปียกหรือลื่น ติดตั้งและตรวจสอบสภาพราวประคองพุงกันลื่นเสมอ และเลือกใช้โถสุขภัณฑ์ที่มีความปลอดภัย

2) **พฤติกรรมจัดการของเสีย** หมายถึง การจัดที่อยู่อาศัยให้ปราศจากขยะมูลฝอย และสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย เพื่อป้องกันโรคติดต่อจากสัตว์ที่เป็นพาหะ กล่าวคือ มีการกำจัดขยะมูลฝอยในบ้าน กำจัดสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่ายอย่างถูกสุขลักษณะ ทำความสะอาดบริเวณต่าง ๆ อยู่เสมอเพื่อป้องกันเชื้อโรคและโรคติดต่อ มัดปากถุงขยะทุกครั้งก่อนทิ้ง และคัดแยกขยะติดเชื้อและเศษอาหาร

3) **พฤติกรรมจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การตรวจสอบดูแลพื้นที่โดยรอบเพื่อช่วยให้เกิดสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กล่าวคือ จัดให้มีแสงสว่างในห้องอย่างเพียงพอ มีอากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีมลพิษทางกลิ่น มีพื้นที่สีเขียวเพื่อการผ่อนคลาย และเลือกใช้สีภายในห้องที่เหมาะสม

สำหรับการวัดพฤติกรรมจัดสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมจัดสภาพแวดล้อมในแต่ละรายพฤติกรรม โดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 14 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ เพื่อแสดงออกถึงพฤติกรรม “ปฏิบัติเป็นประจำ” “เคยปฏิบัติอยู่บ้าง” และ “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมจัดสภาพแวดล้อมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงออกหรือกระทำการค้นหาให้เข้าถึงข้อมูลความรู้และบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถประเมิน และตัดสินใจในข้อมูลเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมตนเองในการป้องกันสุขภาพตนเอง เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีผลลัพธ์คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การปฏิบัติ และสามารถถ่ายทอดความรู้สู่บุคคลอื่นเพื่อให้เกิดการยกระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่ชุมชน โดยความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) **การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม** หมายถึง อสม. มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม และมีการรวบรวมจัดหมวดหมู่ความรู้ได้

2) **ความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม** หมายถึง อสม. มีทักษะในการสื่อสารเพื่ออธิบายความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นร่วมกับผู้อื่น พร้อมทั้งมีทักษะในการจัดบันทึกข้อมูลสรุปประเด็น และเขียนแผนผังความคิดเพื่อแสดงความรู้ความเข้าใจได้

3) **การประเมินข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม** หมายถึง อสม. มีความสามารถในการคัดกรองข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม และข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อนำมาจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ตนดูแลได้

4) **การตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ** หมายถึง อสม. มีความสามารถในการเลือกใช้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพมาใช้กับผู้สูงอายุที่ดูแล โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมในบ้าน และสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงเมื่อพบว่าต้องมีการจัดการสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

ในการวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2562) ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีการวัดในด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผลลัพธ์ที่ต้องการคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ พฤติกรรมการจัดการขยะ พฤติกรรมการเฝ้าระวังสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัย และพฤติกรรมดูแลสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมการเรียนรู้ใช้วิธีการตามรูปแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะก่อนการเรียนรู้ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวิธีการเรียน เนื้อหาที่จะเรียนรู้ในโปรแกรม และอธิบายผลการศึกษาระยะที่ 1 สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พร้อมทั้งมีการทดสอบก่อนเรียน

ครั้งที่ 4 การสรุปผลและประเมินผล โดยใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ จำนวน 6 ชั่วโมง เพื่อสรุปผลการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และนำเสนอข้อมูลต่อสาธารณชน เพื่อให้บุคคลภายนอกเข้าใจและตระหนักถึงผลของการจัดสภาพแวดล้อมที่มีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งข้อมูลเนื้อหาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และเนื้อหาอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อเป็นการสรุปผลการทำงานของผู้เรียน พร้อมทั้งมีการทดสอบหลังเรียนตามโปรแกรม

ระยะหลังการเรียนรู้ ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลโดยเว้นระยะหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อทดสอบผลการคงอยู่ของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม โดยใช้ทั้งแบบทดสอบและการสัมภาษณ์ร่วมด้วย

ตอนที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย

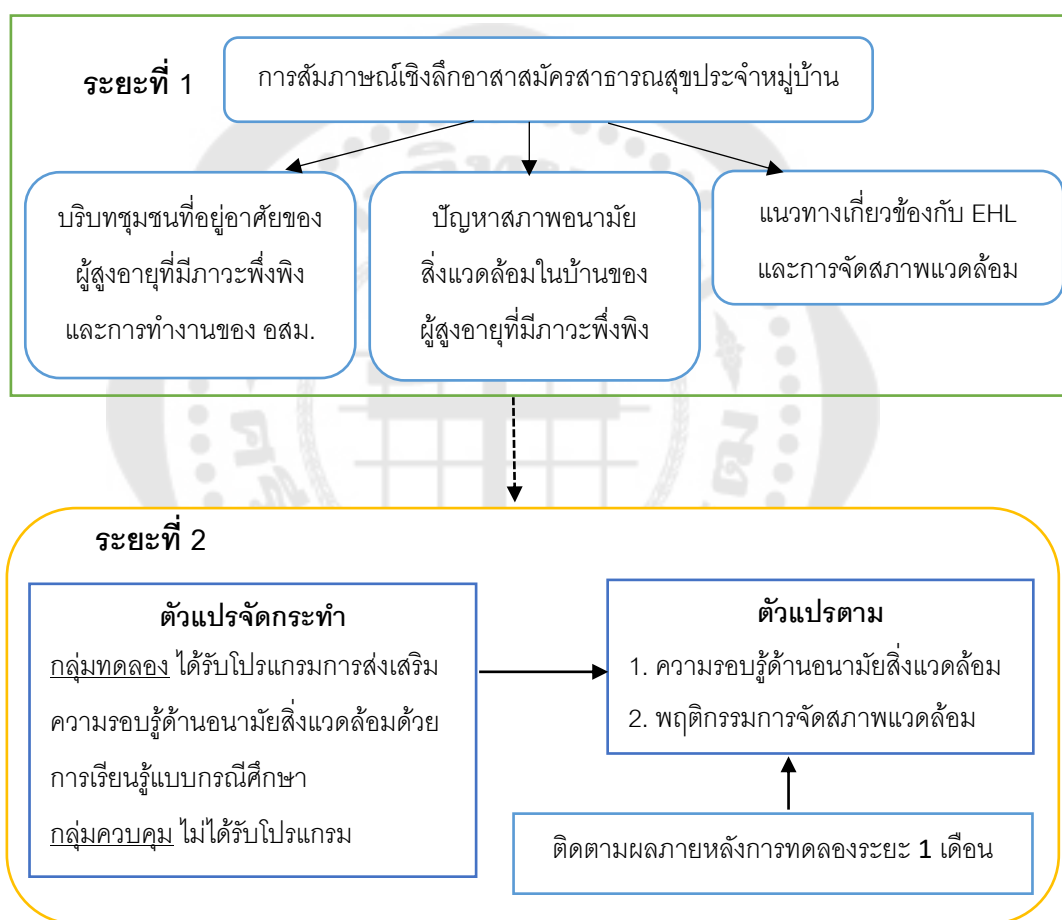
ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods) โดยใช้ตามแนวคิดของเครสเวลล์ (Creswell, 2018) แบบแผน complex design ซึ่งเป็นการศึกษาปัญหาด้วยการทดลองและมีการศึกษาหาข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม ซึ่งการนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาเพิ่มเติมในรูปแบบการทดลองของงานวิจัยนี้ จะเพิ่มเติมในช่วงก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ดำเนินการวิจัยโดยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลของสิ่งที่ต้องการศึกษา ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก อสม. ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยระยะนี้นำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระยะต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการวิจัยโดยนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการทดลอง มาใช้ดำเนินการสร้างโปรแกรมจากแนวคิดทฤษฎีโดยใช้การจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาจากการประยุกต์แนวคิดของฮามิลตันและทอดด์ (Hamilton and Todd, 2016) และชินท์เจอร์ จีระวรพงศ์ (2554) มาเป็นกรอบในการสร้างกระบวนการจัดการเรียนรู้

โดยมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมเป็นตัวแปรตาม และมีตัวแปรจัดประเภท หลังจากสร้างโปรแกรมแล้วจึงนำไปใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล มีการวัดตัวแปรก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลการทดลอง โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 2-3 เดือน ซึ่งในการติดตามผลการทดลอง ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์มาอธิบายผลหลังการทดลองร่วมด้วย

ทั้งนี้ สามารถสรุปเป็นภาพกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตอนที่ 8 สมมติฐานการวิจัย

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและ

พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

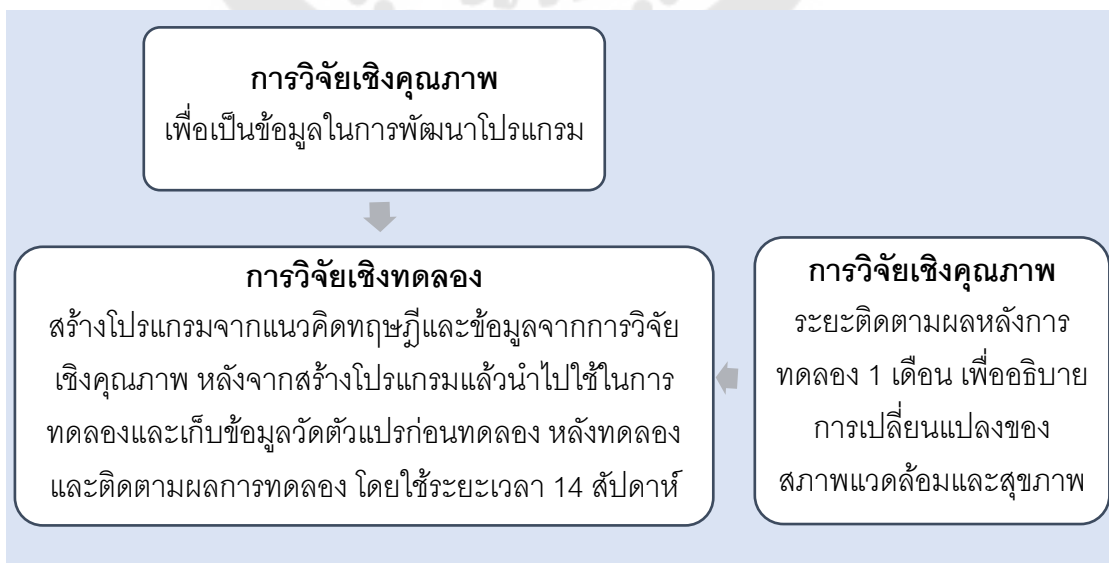
2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ต่างกันได้รรับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา จะมีคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่แตกต่างกัน



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และระยะที่ 2 การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed-method) ตามแนวคิดของ เครสเวลล์ (Creswell, 2018) แบบแผน complex design ซึ่งเป็นการศึกษาปัญหาด้วยการทดลอง และมีการศึกษาหาข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการทดลองเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการร่างโปรแกรม จากนั้นเข้าสู่การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยทำการร่างโปรแกรมและตรวจสอบร่างแล้ว จึงพัฒนาเป็นโปรแกรมที่นำไปใช้ในการทดลอง และผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพอีกครั้งเพื่อนำการวิเคราะห์ผลข้อมูลเชิงคุณภาพและแปลผลสนับสนุนผลการทดลอง ซึ่งในช่วงระยะที่ 2 ของการวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีรูปแบบการดำเนินการวิจัยดังภาพประกอบ 3 รูปแบบการดำเนินการวิจัย ดังนี้



ภาพประกอบ 3 รูปแบบการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ในระยะนี้ ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยโดยวิธีการเก็บข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งประเด็นที่เป็นตัวแปรทางจิตและสังคมที่เกิดขึ้นในการทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปเป็นตัวแปรจัดประเภท โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญและเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงติดบ้าน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria for individual participants) และเกณฑ์การยุติการวิจัย (Termination criteria for the whole research project) ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นระยะเวลาเกิน 1 ปี

1.2 มีความยินยอมเข้าร่วมตลอดการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล

1.3 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับการดูแล อนุญาตให้นักวิจัยเข้าสำรวจที่พักอาศัย เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมที่ที่พักอาศัยเพิ่มเติมได้

1.4 เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และอนุญาตให้นักวิจัยเข้าสำรวจที่ที่พักอาศัยและร่วมพูดคุยได้

2) เกณฑ์การคัดออกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันเวลาที่เก็บข้อมูลได้

2.2 ไม่สมัครใจให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล

2.3 ผู้สูงอายุที่รับการดูแลหมดสภาพการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น หายจากอาการของโรคที่ทำให้หยุดการติดบ้านติดเตียง หรือผู้สูงอายุในการดูแลเสียชีวิต ซึ่งทำให้ผู้ข้อมูลไม่มีกรณีตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษา

3) เกณฑ์การถอนตัวผู้ให้ข้อมูล

3.1 ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

3.2 ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจออกจากกรวิจัย

4) เกณฑ์การยุติการวิจัย

4.1 เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดในชุมชน ซึ่งมีผลต่อการเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล

ในการเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้สอบถามเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเลือกก่อน เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดไว้เบื้องต้นประมาณ 3-10 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว มีความซุกของของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกหมู่บ้าน เฉลี่ยหมู่บ้านละประมาณ 10 คน ซึ่งในระยะนี้มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 6 คน และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลจำนวน 4 คน

สนามวิจัย

สนามวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ พื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลดอนฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 17.05 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดในจังหวัดฉะเชิงเทรา ในด้านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่มีจำนวนทั้งสิ้น 106 คน ทุกคนได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง และมี อสม. จำนวน 60 คนที่ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมงมาแล้ว ซึ่งในหลักสูตร 420 ชั่วโมงจะมีการคัดเลือกคนที่ต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) มาอบรม โดยมีการจัดการอบรมต่อเนื่องมาแล้ว 3 ปี ปีละ 20 คน รวม 60 คน ทำให้ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อสม. 1 คนจะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 5 คน ทำการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อเดือนในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการทางสมองหรือจิตเวช

จุดเด่นด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลดอนฉิมพลี ได้พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital มีการดำเนิน

กิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (G-R-E-E-N) ประกอบด้วย G (Garbage) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย R (Restroom) การพัฒนาสุขอนามัยตามมาตรฐานสุขาภิบาลไทย E (Environmental) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ E (Energy) การลดการใช้พลังงานโดยไม่ลดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้บริการ และ N (Nutrition) การรณรงค์อาหารปลอดภัยพืช ซึ่งในปี พ.ศ.2561 ชุมชนคนดอนกลางได้รับคัดเลือกเป็นต้นแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังมีกระบวนการการพัฒนา C-L-E-A-N ประกอบด้วย Communication Leader Effectiveness Activities และ Networking เพื่อขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มดำเนินการปีงบประมาณ 2560 จนถึงปัจจุบัน

จากข้อมูลข้างต้นแสดงถึงการเป็นพื้นที่ที่มีแนวปฏิบัติที่ดี ทำให้ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกที่จะศึกษาในสนามวิจัยนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้ให้ข้อมูลที่สามารถอธิบายข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้อย่างครบถ้วน และเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

ในการเข้าสู่สนามวิจัย ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายเวลาทางโทรศัพท์เพื่อเข้าพบผู้ให้ข้อมูลก่อนลงพื้นที่ เมื่อได้กำหนดวันเวลาที่แน่นอนผู้วิจัยจึงลงพื้นที่เพื่อเข้าสัมภาษณ์เชิงลึกในแต่ละราย โดยใช้วิธีการเข้ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยการแนะนำจากสมาชิกในชุมชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทุกครั้งที่มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวคำถาม และประโยชน์ของการให้ข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลทุกราย

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะก่อนการทดลอง คือ แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาประเด็นคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยอาศัยหลักการตั้งคำถามที่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ว่าครอบคลุมวัตถุประสงค์และประเด็นสำคัญในการวิจัย จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำนวน 5 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงตามคำแนะนำ ซึ่งประเด็นคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์มีดังนี้

ประเด็นที่ 1 บริบทชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและการทำงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำถามที่ 1 ลักษณะบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีลักษณะอย่างไร และมี
ใครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ค่า IOC = 1)

คำถามที่ 2 ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละคน ท่านได้ทำ
อะไรบ้างในการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (ค่า IOC = 1)

คำถามที่ 3 สิ่งใดที่ช่วยสนับสนุนในการจัดสภาพแวดล้อมของบ้านผู้สูงอายุแต่
ละหลัง (ค่า IOC = .80)

ประเด็นที่ 2 สภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

คำถามที่ 4 ท่านพบปัญหาใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน
ผู้สูงอายุ โปรดอธิบาย (ค่า IOC = 1)

ประเด็นที่ 3 แนวทางการปฏิบัติเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
และการจัดสภาพแวดล้อม

คำถามที่ 5 ท่านมีความเข้าใจว่าอนามัยสิ่งแวดล้อมหมายถึงอะไร มีผลต่อ
สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย (ค่า IOC = .80)

คำถามที่ 6 ท่านมีความต้องการการเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัด
สภาพแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุติดบ้านเพิ่มเติมในเรื่องใดบ้าง โปรดอธิบาย (ค่า IOC = .80)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อคำถามสัมภาษณ์เพื่อความถูกต้อง ชัดเจนใน
ประเด็นคำถาม และตรวจสอบความเข้าใจของภาษาที่จะนำไปใช้ในการสัมภาษณ์ โดยนำ
เครื่องมือไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็น
รายบุคคล โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ใช้การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการเพื่อลด
ความตึงเครียดของผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัวเอง และอธิบายสิ่งที่ต้องการศึกษาก่อน และขออนุญาต
บันทึกเสียงการสนทนา ชี้แจงการนำเสียงที่บันทึกไปใช้ในการวิเคราะห์ผลเท่านั้น โดยจะใช้เวลา
สัมภาษณ์ประมาณ 30 นาทีหรือจนกว่าประเด็นจะครบถ้วน ทั้งนี้หากในระหว่างการสัมภาษณ์
ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ก็จะทำให้การหยุดสัมภาษณ์ทันที

2. ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญ เพื่อป้องกันการ
หลงลืมข้อมูล และทำการบันทึกอย่างละเอียดอีกครั้งหลังจบการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ในระหว่างการ

สัมภาษณ์ผู้วิจัยอาจขอลงพื้นที่จริงในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากได้รับการอนุญาต เพื่อสังเกตสภาพแวดล้อมที่แท้จริงของที่อยู่อาศัย

3. หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต ในประเด็นของสภาพปัญหา บริบทชุมชน และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะดำเนินการจัดระเบียบข้อมูล (data organizing) เพื่อการอธิบายตามประเด็นของการสัมภาษณ์และการสังเกต จากนั้นจึงจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา นำข้อมูลมาประมวลผลและวิเคราะห์ผลเพื่อสร้างข้อสรุป ด้วยการบรรยายเชิงพรรณนา และตรวจสอบข้อสรุปโดยส่งคืนข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความต้องการในการเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยดำเนินการจัดระเบียบข้อมูล (data organizing) เพื่อจัดหมวดหมู่ตามประเด็นของเนื้อหาที่ต้องการเรียนรู้ และวิธีการเรียนรู้ที่ต้องการ จากนั้นนำข้อมูลมาประมวลผลและวิเคราะห์ผลเพื่อสร้างข้อสรุปในแต่ละประเด็น

ทั้งนี้เกณฑ์ประเมินคุณภาพข้อมูลของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้คือ ความถูกต้อง/เชื่อถือได้ (Trustworthiness) โดยใช้เกณฑ์ประเมินความวางใจ (Credibility) และความรับรอง (Confirmability) ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่งด้วยการสัมภาษณ์ในประเด็นเดียวกัน รวมทั้งในขณะที่สัมภาษณ์จะใช้การสังเกตร่วมด้วยเพื่อให้สามารถอธิบายข้อเท็จจริง (fact) ได้ครบถ้วนและลุ่มลึก

หลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำผลไปใช้สำหรับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อใช้ในการวิจัยเชิงทดลองต่อไป

ระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในระยะนี้ ผู้วิจัยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ช่วง คือช่วงที่ 1 ก่อนการทดลองใช้โปรแกรม ช่วงที่ 2 ช่วงการทดลองใช้โปรแกรม และช่วงที่ 3 การติดตามผลหลังการใช้โปรแกรม โดยในช่วง

แรกผู้วิจัยทำการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยร่างโปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเพิ่มเติมข้อมูลด้านความต้องการเชิงเนื้อหาที่ได้จากผลการวิจัยในข้อแรก และข้อมูลสภาพแวดล้อมที่พวกอาศัยของผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทจริง เพื่อใช้ฝึกทักษะการจัดสภาพแวดล้อมตามโปรแกรม ในช่วงที่สองคือการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแบบออนไลน์ และช่วงที่สาม การติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน นอกจากการเก็บผลการวิจัยเชิงทดลองแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังที่มีการจัดสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม ใช้การติดตามต่อเนื่องกลุ่ม อสม. ที่เข้ารับโปรแกรมในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทำการสัมภาษณ์เพื่อขยายผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ตามโปรแกรม

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีที่อยู่อาศัยในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราและจังหวัดยโสธร

เหตุผลในการเลือกทดลองกับประชากรในพื้นที่ดังกล่าว เนื่องจากในพื้นที่ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง มีโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นหน่วยในการให้บริการสถานที่ในการเรียนรู้ ซึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา มี รพ.สต. จำนวน 118 แห่ง และจังหวัดยโสธรมี รพ.สต. จำนวน 111 แห่ง

บริบทการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา มีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 106 คน ซึ่งสัดส่วน อสม.ต่อประชากรเท่ากับ 1:76 เฉพาะในตำบลอนานิคมพลีมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.40 (ข้อมูลปี 2564) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 2 ต่อปี โดย อสม. 1 คนจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 5-6 คน มีการออกให้บริการเชิงรุก ร่วมกับ อสม. ตรวจคัดกรองสุขภาพให้ที่บ้าน และจัดการดูแลให้ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและมีภาวะพึ่งพิง โดยอาการป่วย 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุที่นำไปสู่การเสียชีวิตคือ

(1) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (2) โรคระบบหายใจ (3) โรคชรา (4) อุบัติเหตุ และ (5) ไตวาย และโรคระบบต่อไรรื้อท้อ

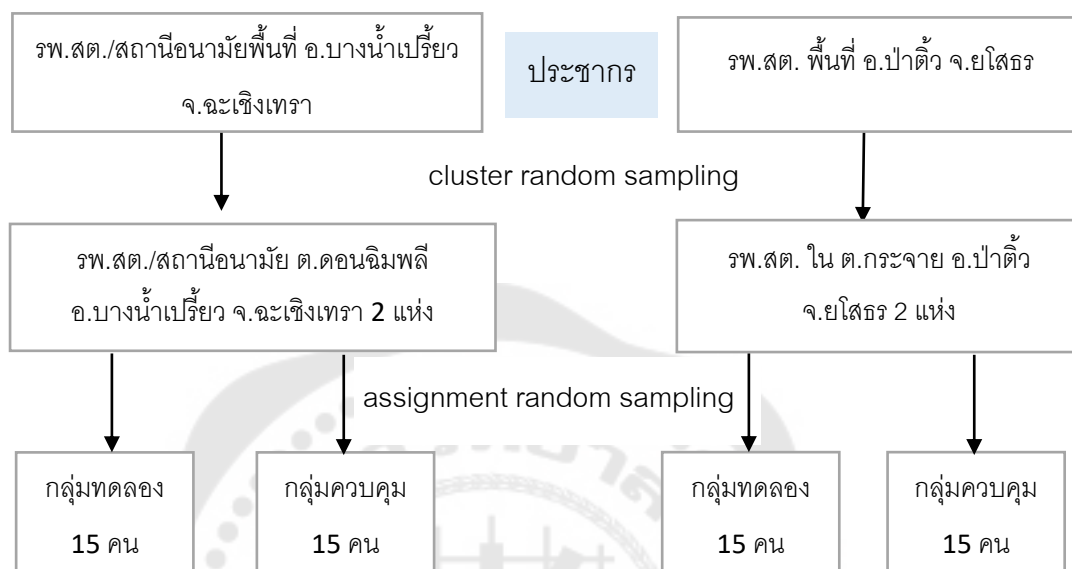
บริบทการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล กระจาย อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร มีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 77 คน ซึ่งสัดส่วน อสม.ต่อประชากรเท่ากับ 1:70 เฉพาะในตำบลกระจายมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.10 (ข้อมูลปี 2564) โดย อสม. 1 คนจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 6 คน มีการออกให้บริการเชิงรุก ตรวจคัดกรองสุขภาพให้ที่บ้าน มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 82 คน อสม.ร้อยละ 20 ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็น caregiver ซึ่งทำให้อสม.กลุ่มนี้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ โดยอาการป่วย 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุที่นำไปสู่การเสียชีวิตคือ (1) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (2) โรคระบบหายใจ (3) โรคชรา (4) อุบัติเหตุ และ (5) ไตวาย และโรคระบบต่อไรรื้อท้อ

ความสำคัญของการเลือก 2 พื้นที่นี้ในการทำวิจัย เนื่องจากทั้งสองแห่งเป็นสถานพยาบาลปทุมภูมิที่ได้รับรางวัลดีเด่นจากกระทรวงสาธารณสุข มีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในการเป็นแกนนำให้ผู้สูงอายุดูแลกันเองผ่านรูปแบบจิตอาสาในการลงเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำส่วนใหญ่ทำงานเป็น อสม.ของพื้นที่ ทำให้งานการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานเชิงรุกและการเฝ้าระวังปัญหามากกว่าการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งทำให้ทั้ง 2 แห่งมีความพร้อมในการเข้าร่วม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) ตามเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือสถานีอนามัย เพื่อเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 พื้นที่ ได้แก่ (1) อสม.ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในพื้นที่ตำบลดอนฉิมพลี อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งสืบเนื่องมาจากการเป็นพื้นที่ศึกษาในการวิจัยระยะที่ 1 และ (2) อสม.ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในพื้นที่ตำบลกระจาย อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร ซึ่งภูมิหลังของอสม.ทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับ รพ.สต.ในพื้นที่ และเคยได้รับการฝึกอบรมผู้ดูแล (caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยแล้ว จากนั้นกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล และมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม (random assignment) เพื่อเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในงานวิจัยนี้ มี

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (exclusion criteria) คือ ในระหว่างวิจัย ผู้เข้าร่วมมีความประสงค์ ขอลงตัวออกจากการศึกษา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยคำนวณขนาดของอิทธิพล (effect size) จากสูตรและเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 40 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ในการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่รูปแบบการจัดกระทำ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังตาราง 3 ตาราง 3 การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่รูปแบบการจัดกระทำ

		รูปแบบการจัดกระทำ		รวม
		รูปแบบ A	รูปแบบ B	
พื้นที่จัด โปรแกรม	จังหวัดฉะเชิงเทรา	15 คน	15 คน	30 คน
	จังหวัดยโสธร	15 คน	15 คน	30 คน
รวม		30 คน	30 คน	60 คน

รูปแบบ A หมายถึง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา
รูปแบบ B หมายถึง ไม่มีการจัดกระทำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร

1. แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้วิจัยศึกษาและนำแบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของ อังคิณันท์ อินทรกำแหง (2562) ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีการวัดระดับความเป็นจริงที่ตรงกับผู้ให้ข้อมูล ในด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อ มีมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” แบ่งเป็นการเข้าถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม 7 ข้อ การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 7 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 6 ข้อ และการตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ 5 ข้อ ทั้งนี้แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนี้ มีค่าคะแนนรวมอยู่ที่ 25-125 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า ตัวอย่างเครื่องมือดังตาราง 4

ตาราง 4 ตัวอย่างแบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็นคำถาม	ระดับความรู้				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม					
1. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง					
2. ฉันเปิดรับข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อนำมาใช้ในบ้านหรือในชุมชน					
การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม					
1. ฉันสามารถอ่านข้อมูล คำศัพท์ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างเข้าใจ					
2. ฉันรู้และเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ ได้					
การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม					
1. ฉันตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม					

ตาราง 4 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับความรู้				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
2. ชั้นศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมจากหลายแหล่งก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม					
การตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ					
1. ชั้นมีข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นและเพียงพอต่อการดูแลและจัดสภาพแวดล้อมในบ้านและในชุมชน					
2. ชั้นมีข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม					

2. แบบวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดนี้ขึ้นจากการศึกษาองค์ประกอบของการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากงานวิจัย 8 ฉบับของ (1) Ulrich et al (2008) (2) จริญญา อินทรรค์มี และคณะ (2560) (3) พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (2558) (4) สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม (2558) (5) Burton (2012) (6) รติรส ตะโกพร (2558) (7) วิสาขา ภูจินดา และภาวรรณ วงศ์จันทร์ (2561) และ (8) อังศิณันท์ อินทรกำแหง (2562) โดยวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมได้ดังนี้ (1) พฤติกรรมการจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 5 ข้อ (2) พฤติกรรมการจัดการของเสีย จำนวน 5 ข้อ และ (3) พฤติกรรมการดูแลสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ แบบประเมินใช้มาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ เพื่อแสดงออกถึงพฤติกรรม “ปฏิบัติเป็นประจำ” “เคยปฏิบัติอยู่บ้าง” และ “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า ตัวอย่างเครื่องมือดังตาราง 5

ตาราง 5 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

ประเด็นคำถาม	ระดับการปฏิบัติ		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	เคยปฏิบัติอยู่บ้าง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
พฤติกรรมกรรมการจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ			
1. จัดเก็บสิ่งของไม่ให้เกิดขวางบนพื้น			
2. จัดการพื้นผิวทางเดินให้เรียบเสมอกัน			
พฤติกรรมกรรมการจัดการของเสีย			
1. จัดกำจัดขยะมูลฝอยในบ้านทุกวัน			
2. จัดกำจัดสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่ายได้อย่างถูกสุขลักษณะ			
พฤติกรรมกรรมการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ			
1. จัดดูแลให้มีแสงสว่างในห้องอย่างเพียงพอ			
2. ตรวจสอบสภาพอากาศให้ถ่ายเทสะดวก ไม่มีมลพิษจากกลิ่น			

เครื่องมือโปรแกรมการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (Case-based learning) ของฮามิลตันและทอดด์ (Hamilton and Todd, 2016) และชินภัทร์ จิระวรพงศ์ (2554) มาเป็นกรอบในการจัดการเรียนรู้ให้เกิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และสร้างพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม โดยมีกระบวนการเรียนรู้ดังนี้

ระยะก่อนการเรียนรู้ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวิธีการเรียน เนื้อหาที่จะเรียนรู้ในโปรแกรม และอธิบายผลการศึกษาระยะที่ 1

ระยะการจัดการเรียนรู้ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้ตามทฤษฎีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนที่ 2 การจัดกลุ่มศึกษาและฝึกทักษะ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เรียน โดยการวิเคราะห์กรณีศึกษา สังเคราะห์กระบวนการและตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมโดยคำนึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดกลุ่มผู้เรียน ลงศึกษาในชุมชน ฝึกปฏิบัติร่วมกันเป็นทีม และร่วมกันสะท้อนผลการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาตนเอง เพื่อให้ผู้เรียนนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และทักษะการจัดสภาพแวดล้อมไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ตนเองเป็นผู้ดูแล และจัดให้มีการทบทวนการปฏิบัติงานผ่านสื่อเทคโนโลยี

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผลและประเมินผล เพื่อสรุปผลการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และนำเสนอข้อมูลต่อสาธารณชน

ระยะหลังการเรียนรู้ ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลโดยเว้นระยะหลังจาก สิ้นสุดโปรแกรมแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อทดสอบผลการคงอยู่ของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม โดยใช้ทั้งแบบทดสอบและการสัมภาษณ์ร่วมด้วย

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวัดตัวแปร

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแนวคิด และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างนิยามเชิงปฏิบัติการ และพัฒนาเป็นแบบวัดตัวแปร ได้แก่ แบบวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และแบบวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ สาธารณสุข และด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และการนิยามตัวแปรที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ทำได้โดยหาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1 ถึง

-1 ในแต่ละข้อคำถามที่มีความตรงตามเนื้อหาจะมีค่า IOC เข้าใกล้ 1.00 ถ้าข้อใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรจะปรับปรุงข้อคำถามใหม่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด และนำข้อเสนอนี้มาวิเคราะห์เพื่อแก้ไขและปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือต่อไป

โดยผลการตรวจสอบเครื่องมือมีดังนี้ แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ได้ค่า IOC = 1 จำนวน 19 ข้อ และได้ค่า IOC = 0.8 จำนวน 6 ข้อ และแบบวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ได้ค่า IOC = 1 จำนวน 13 ข้อ และได้ค่า IOC = 0.8 จำนวน 2 ข้อ แสดงว่าแบบวัดทั้ง 2 ฉบับ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดสามารถนำไปใช้ได้

3. หาคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และหาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (r)

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นและค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือมีดังนี้
1) แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .55 - .90 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง .89 - .97 และ 2) แบบวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .45 - .90 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง .87 - .95

2. การสร้างและหาคุณภาพโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแนวคิด และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดตัวแปรที่เป็นเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน คือ การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา เพื่อสร้างรูปแบบของกิจกรรม โดยมุ่งการให้ความรู้เรื่องความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการฝึกทักษะการจัดสภาพแวดล้อมให้กลุ่มเป้าหมาย โดยจัดทำเป็นร่างโปรแกรมขึ้นมา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมด้วยข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่ในการวิจัยเชิงคุณภาพ มาเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาร่างโปรแกรมให้เป็นที่ไปตามความต้องการของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยตามสภาพจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นการ

เชื่อมโยงสิ่งที่จะได้เรียนรู้กับการทำงานจริงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และออกแบบกิจกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เรียนมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือ

ภายหลังการสร้างโปรแกรมเสร็จแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือด้านสาธารณสุข และด้านการศึกษ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความสอดคล้องด้านเนื้อหา วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการเรียนรู้ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

หลังจากปรับปรุงโปรแกรมแล้ว ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน เพื่อตรวจสอบขั้นตอน กระบวนการ ดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการเรียนรู้ และความเข้าใจกระบวนการจนสามารถปฏิบัติตามได้ เพื่อนำมาปรับปรุงเพื่อใช้จริงต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการทดลอง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยประสานงานและขอความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราและยโสธร เพื่อทำการรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และขอความอนุเคราะห์การใช้พื้นที่ ในการเป็นแหล่งอำนวยความสะดวกในการจัดการเรียนรู้

1.2 ประสานงานหาเครือข่ายทีมผู้ช่วยวิทยากรในพื้นที่ และทีมผู้เชี่ยวชาญในการลงพื้นที่ตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยอธิบายเนื้อหาการเรียนรู้ วัตถุประสงค์ของกิจกรรม และผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรม และจัดเตรียมอุปกรณ์การเรียนรู้ สื่อการสอน และเครื่องมือต่าง ๆ

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลาในการเรียนรู้ และสถานที่เรียนกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรม และนัดเวลาในการเข้าร่วมเรียนรู้ตามโปรแกรม

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยเหลือในการติดต่อประสานงาน การจัดเตรียมเอกสาร และช่วยเหลือการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือต่าง ๆ ในการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ขั้นการเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดก่อนการทดลอง (pretest)

2.2 ขั้นดำเนินการทดลอง โดยดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น จำนวน 8 ครั้ง ระยะเวลาเรียนรู้อรวม 48 ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 18 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 30 ชั่วโมง โดยโปรแกรมจะสิ้นสุดลงหลังจากการสรุปผลและการถอดบทเรียนในกิจกรรมสุดท้าย ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่มีการจัดกระทำ

2.3 ขั้นหลังการทดลอง เป็นขั้นตอนให้กลุ่มตัวอย่างยุติการได้รับโปรแกรมและทำแบบวัดหลังการทดลอง (posttest) เพื่อวัดข้อมูลตัวแปรภายหลังการรับโปรแกรม

2.4 การติดตามผลของพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมหลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 1 เดือน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยทำทดสอบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีการสัมภาษณ์ผลการเรียนรู้เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม เพื่อสร้างคำอธิบายสนับสนุนผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรม โดยมีแนวคำถามการสัมภาษณ์ดังนี้

(1) หลังจากที่ได้จบโปรแกรมแล้วท่านได้นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไรบ้าง

(2) ท่านได้เห็นความเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพใดเกิดขึ้นบ้างกับผู้สูงอายุที่ท่านดูแล

(3) ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีความพึงพอใจในการจัดสภาพแวดล้อมของท่านอย่างไร และตัวท่านเองมีความพึงพอใจและต้องการสะท้อนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง

การประเมินผลการทดลอง สามารถสรุปได้ดังนี้

	pretest	treatment	posttest	follow-up
กลุ่มทดลอง	O_1 : EHL, BE	X_1	O_2 : EHL, BE	O_3 : EHL, BE
กลุ่มควบคุม	O_1 : EHL, BE	X_0	O_2 : EHL, BE	O_3 : EHL, BE

โดย O_1 หมายถึง วัดก่อนการทดลอง

O_2 หมายถึง วัดหลังการทดลอง

O_3 หมายถึง วัดระยะติดตามผลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 1 เดือน

X_1 หมายถึง มีการให้โปรแกรม

X_0 หมายถึง ไม่มีการให้โปรแกรม

EHL หมายถึง ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

BE หมายถึง พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติบรรยายค่าความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความสัมพันธ์รายตัวแปร จำแนกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทราบถึงลักษณะความสัมพันธ์เบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

2.1 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมทางเดียว (One-way Repeated MANOVA)

2.2 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมสองทางที่มีการวัดซ้ำ (Two-way MANOVA)

การติดตามผลของโปรแกรมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ

หลังจากสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการเก็บผลการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังที่มีการจัดสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม ใช้การติดตามต่อเนื่องกลุ่ม อสม. ที่เข้ารับโปรแกรมจำนวน 10 คน ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทำการสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่สามเพื่อขยายผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ตามโปรแกรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยช่วงนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการเรียนรู้ตามโปรแกรม โดยมีเกณฑ์ในการ

คัดเข้า (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) และเกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria for individual participants) ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้าผู้ให้ข้อมูล

1.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ อสม. ให้การดูแลมาตลอดช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยเริ่มลงพื้นที่จัดโปรแกรม

1.2 มีความยินยอมเข้าร่วมตลอดการวิจัย และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าสำรวจที่พักอาศัย เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย

1.3 มีความยินยอมในการตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

2) เกณฑ์การคัดออกผู้ให้ข้อมูล

2.1 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันเวลาที่เก็บข้อมูลได้

2.2 ไม่สมัครใจให้ข้อมูล

3) เกณฑ์การถอนตัวผู้ให้ข้อมูล

3.1 ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

3.2 ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจออกจากการศึกษา

ในการเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะสอบถามเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเลือกก่อน เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดไว้เบื้องต้นประมาณ 10 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

สนามวิจัย

สนามวิจัยที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เดียวกับการจัดโปรแกรม

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะก่อนการทดลอง คือแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาประเด็นคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยอาศัยหลักการตั้งคำถามที่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ว่าครอบคลุมวัตถุประสงค์และประเด็นสำคัญในการวิจัย จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงตามคำแนะนำ

ตัวอย่างประเด็นคำถามหลัก

- (1) ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา (ระยะเวลาจัดโปรแกรม) อสม. ได้การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของท่านอย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย
- (2) ท่านได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในบ้านท่านอย่างไรบ้าง และท่านมีความพึงพอใจหรือไม่ อย่างไร
- (3) หลังจากที่ อสม. ได้มาจัดสภาพแวดล้อมให้ท่านแล้ว ท่านสังเกตเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ และเป็นอย่างไรบ้าง
- (4) อสม. ที่มาดูแลท่านได้แนะนำเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านแก่ท่านและคนในบ้านของท่านอย่างไรบ้าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ใช้การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการเพื่อลดความตึงเครียดของผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัวเอง และอธิบายสิ่งที่ต้องศึกษาก่อน และขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ชี้แจงการนำเสียงที่บันทึกไปใช้ในการวิเคราะห์ผลเท่านั้น โดยจะใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาทีหรือจนกว่าประเด็นจะครบถ้วน ทั้งนี้หากในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ก็จะทำการหยุดสัมภาษณ์ทันที
2. ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญ เพื่อป้องกันการหลงลืมข้อมูล และทำการบันทึกอย่างละเอียดอีกครั้งหลังจบการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยอาจขอลงพื้นที่จริงในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากได้รับการอนุญาต เพื่อสังเกตสภาพแวดล้อมที่แท้จริงของที่อยู่อาศัย
3. หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ในประเด็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยจะดำเนินการจัดระเบียบข้อมูล (data organizing) เพื่อการอธิบายตามประเด็นของการสัมภาษณ์และการสังเกต จากนั้นจึงจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา นำข้อมูลมาประมวลผลและวิเคราะห์ผลเพื่อสร้างข้อสรุป ด้วยการบรรยายเชิงพรรณนา และตรวจสอบข้อสรุปโดยส่งคืนข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

ทั้งนี้เกณฑ์ประเมินคุณภาพข้อมูลของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้คือ ความถูกต้อง/เชื่อถือได้ (Trustworthiness) โดยใช้เกณฑ์ประเมินความวางใจ (Credibility) และความสามารถรับรอง (Confirm ability) ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่งด้วยการสัมภาษณ์ในประเด็นเดียวกัน รวมทั้งในขณะที่สัมภาษณ์จะใช้การสังเกตร่วมด้วยเพื่อให้สามารถอธิบายข้อเท็จจริง (fact) ได้ครบถ้วนและลุ่มลึก

การวิจัยผสานวิธี: ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและวิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนการทดลองตามระยะที่ 1 ทำให้ได้คำตอบของวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทชุมชน และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผลที่ได้จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาร่างโปรแกรม และออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยตามสภาพจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถนำไปใช้ในการทำงานได้จริง และเกิดประโยชน์ต่อผู้เรียนมากที่สุด และการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองโปรแกรม เป็นคำตอบของวัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม และศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นข้อมูลยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการให้คำอธิบายสนับสนุนผลการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลและจรรยาบรรณนักวิจัย

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยมีกระบวนการขออนุญาตเพื่อเข้าทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โดยได้รับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-233/2562E นอกจากนี้ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ จากมหาวิทยาลัยก่อนที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเชิญชวนให้ผู้ร่วมวิจัยเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการในการทำวิจัยให้กับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบ พร้อมทั้งชี้แจงถึงเหตุผลและประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัยนี้

2. การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน โดยเคารพในการให้ข้อมูลอย่างอิสระ ปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และผู้วิจัยจะหยุดกระบวนการเก็บข้อมูลกับผู้เข้าร่วมวิจัยดังกล่าวทันทีที่มีการถอนตัวออกจากการวิจัย

3. เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดความไว้วางใจ

4. ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยต้องขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องเพื่อทำการบันทึกเสียง การบันทึกภาพ หรือจดบันทึกการสังเกต และผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย และไม่เปิดเผยแก่ผู้อื่นหากไม่ได้รับความยินยอมหรือได้รับอนุญาตจากกลุ่มผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้โดยตรงไปตรงมาตามข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา

บทที่ 4 ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มีความมุ่งหมายของงานวิจัยเพื่อ (1) ศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ (2) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์บริบทชุมชน สภาพปัญหาและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 2 ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ซึ่งผลการวิจัยในแต่ละระยะ มีผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์บริบทชุมชน สภาพปัญหาและแนวทางปฏิบัติ
เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัย
สิ่งแวดล้อม

ในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัย 1 ฉบับ คือ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีคำถามทั้งหมดแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ (1) บริบทชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (2) สภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และ (3) เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อม

ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติบางน้ำเปรี้ยว อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผู้วิจัยลงพื้นที่ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 7-8 ตุลาคม 2563 เพื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 คน ลงพื้นที่ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2563 เพื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 คน และเข้าสังเกตบ้านผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงจำนวน 1 หลัง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน) และทำการสัมภาษณ์ออนไลน์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลในแต่ละประเด็นสมบูรณ์ ซึ่งผลการวิจัยในระบะนี้มีดังต่อไปนี้

รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 อายุ 62 ปี มีประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 10 ปี เคยได้รับรางวัล อสม.ดีเด่น ปี พ.ศ.2559

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อายุ 58 ปี มีประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 10 ปี เคยได้รับรางวัล อสม.ดีเด่น ปี พ.ศ.2560

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อายุ 64 ปี มีประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 10 ปี เคยได้รับรางวัล อสม.ดีเด่น ปี พ.ศ.2561

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 อายุ 62 ปี มีประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 8 ปี

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 อายุ 67 ปี มีประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 6 ปี

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญข้างต้น สามารถนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาประเด็นที่ 1 บริบทชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเกี่ยวกับบริบทชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้นส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลอยู่ด้วย ซึ่งอาจจะเป็นลูกหลาน หรือลูกเขยลูกสะใภ้ช่วยกันดูแล มีเพียงบางบ้านที่ลูกหลานไม่ได้อยู่ด้วยกันจึงมีแค่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยตนเอง และจากการสังเกตบ้านที่มีผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงจะมี อสม. ช่วยดูแลร่วมด้วย เนื่องจากทุกบ้านในชุมชนจะมีการสำรวจสมาชิกในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงทั้งหมดทุกหลังคาเรือน ซึ่งในบ้านที่มีลูกหลานดูแล อสม. จะทำหน้าที่แค่การซักถามพูดคุยและให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อไว้เพื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ส่วนในบ้านที่ไม่มีผู้ดูแลประจำจะเป็นหน้าที่ของ อสม. ในการให้ความดูแลช่วยเหลือ โดยบริบทชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีรายละเอียดดังนี้

1.1) ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเหมือนและความแตกต่างกันไปตามลักษณะของที่พักอาศัยตามเศรษฐกิจ และการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หากเป็นบ้านที่

เศรษฐกิจที่ดีจะได้รับการดูแลรักษาและทำความสะอาดอยู่เสมอ พฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิธีการดูแลรักษาที่อยู่อาศัยมีดังนี้

1.1.1 มีการจัดแยกห้องนอนของผู้สูงอายุอย่างเป็นสัดส่วน และมีที่นอนของผู้ดูแลอยู่ด้วย

1.1.2 ผู้ดูแลและผู้สูงอายุเองมีความระมัดระวังไม่ให้เกิดแผลตามร่างกาย เครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น เตียงนอน มุมโต๊ะ บางบ้านจะห่อหุ้มด้วยโฟมป้องกันเหลี่ยมมุม เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุเดินเตะหรือชนจนเป็นแผลได้

1.1.3 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายจ่ายที่ค่อนข้างสูง เพราะต้องมีทั้งเงินในการซื้อหาเครื่องใช้ต่าง ๆ ช่วยอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองอนามัย ที่นอนป้องกันแผลกดทับ อาหารพิเศษที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ดังนั้นการดูแลของผู้ที่เศรษฐกิจที่ดีจึงมีความพร้อมมากกว่า ดังคำกล่าว

“เราเคยมีอยู่เคสหนึ่งเป็นอิสลามอายุแค่ 63 แต่คนนั้นเสียชีวิตไปแล้วด้วยโรคไต อันนั้นก็ช่วยไปจัดพื้นที่ที่บ้านให้จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการตอนที่เขาเริ่มป่วยเป็นโรคไต แต่ตอนนี้แกเสียชีวิตไปแล้ว CG เราช่วยกันดูแลตั้งแต่รู้ว่าแกต้องเริ่มล้างไตที่บ้าน ที่บ้านแยกห้องนอนให้ เราสอนวิธีการจัดการขยะต่าง ๆ เคสนี้มีผู้ดูแลตลอดเป็นลูกสาว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

ความแตกต่างในการให้การดูแลของแต่ละบ้านมีความแตกต่างกันชัดเจน นอกจากการมีผู้ดูแลประจำของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว ยังมีข้อมูลเพิ่มเติมสนับสนุนจากการสัมภาษณ์พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ยังส่งผลถึงความเอาใจใส่ในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว

“การดูแลนอกจากสภาพฐานะแล้วก็ความเข้าใจในการดูแลสภาพของโรค อีกรูปแบบก็คือสัมพันธ์ภายในบ้าน ถ้าในบ้านก่อนจะป่วยเขาดีต่อกันพอเวลาป่วยเขาก็จะดีกันช่วยกันดูแล แต่ถ้าก่อนป่วยเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ดีก็จะไม่ได้ช่วยกันเท่าไร ในส่วนสภาพของโรคที่เป็นคนที่เป็นเบาหวานความดันก็จะอย่างหนึ่ง โรคไตก็จะอย่างหนึ่ง คนที่เป็นอัมพฤกษ์ก็จะอย่างหนึ่ง แต่ละเคสก็จะแตกต่างกัน อย่างเคสที่เราดูแลอยู่ลูกใส่ใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

ปัจจัยเสริมที่ทำให้การดูแลทำได้ด้วยดี คือ ความไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล กล่าวคือ ถ้าผู้ดูแลได้รับความเป็นธรรมในการช่วยเหลือค่าใช้จ่าย จะทำให้สามารถทุ่มเทกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เต็มที่ ดังเช่น

1.1.4 ค่าจ้างผู้ดูแลซึ่งอยู่ในราคาประมาณ 15,000 – 40,000 บาทต่อเดือน หรือ บางบ้านอาจให้สมาชิกลูกหลานเป็นผู้ดูแลประจำซึ่งก็มีค่าใช้จ่ายในการให้ผู้ดูแลโดยไม่ต้องออกไปทำงานอื่นนอกบ้านประมาณเดือนละ 10,000 – 20,000 บาท ดังคำกล่าว

“บางคนมีลูกก็จริงแต่ลูกก็ทำงานกันหมด ทำให้มีเวลาดูแลกันน้อย ส่วนบางคน ที่ฐานะดีเขาก็จะจ้างน้องหรือจ้างใครสักคนในบ้านเป็นคนดูแลผู้สูงอายุ มีคนดูแลดีเป็นกำลังใจที่ดี กันได้ บางครั้งก็เหมือนเป็นพยาบาลส่วนตัว ช่วยดูแลหุงต้ม เปลี่ยนสายยางอาหาร คนนี้เป็น ลูกสะใภ้รับบทบาททุกอย่างในการดูแลไปเลยโดยไม่ต้องออกไปทำงานข้างนอก ถ้ามีเงินเขาก็ได้รับการดูแลที่ดีทำให้อยู่ได้ยาว ไต่ตะ (คำเรียกผู้สูงอายุชายที่เป็นอิสลาม) ก็อยู่ได้ถึง 99 เลยนะ” (ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 1)

1.1.5 พฤติกรรมความเอาใจใส่และความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ บางบ้านผู้ดูแลไม่มีความเข้าใจวิธีการที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับไม่มีเวลาดูแลได้เต็มที่ จึงทำให้มีผลกับความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว

“บางคนก็คือลูกก็ไม่ทำอะไรให้ก็จะรอเรา แล้วก็ขอให้เราทำให้มากกว่าแต่ เบื่องหลังก็เพราะว่าเขาคุยกันไม่ลงรอยกัน แต่เวลาคุยกับเราคุยดี แต่เวลาลูกคุยกับผู้สูงอายุก็ ไม่ได้คุยกันดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“บ้านนี้เป็นอะไรที่ไม่สามารถทำอะไรได้สะอาดเลย เพราะว่าเขา low hygiene มาก ไม่มีสุขอนามัยเลย สภาพแวดล้อมทุกอย่างกินอะไรก็ตั้งไว้ตรงนั้นด้วยความที่แกลุกไม่ไหว แกลูกอยู่กับเตียงตลอด ตอนเช้าแฟนจะออกไปหาเผือก เพราะชายเผือกเสร็จเขาก็อยู่บ้านคนเดียว สามี่เขาก็จะเตรียมอะไรไว้ข้าง ๆ ตัวพอที่แกลูกเดินได้ แกลูกไปเข้าห้องน้ำเองได้แต่แกลูกจะขี้เกียจเดิน ทุกอย่างก็คือวางไว้หมดเลยทั้งอาหาร การกินข้าวจะกลายเป็นนั่งกินนอนกินอยู่ที่เตียง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ช่วยดูแลคนที่เขารัก เราต้องดูแลเขา (ผู้สูงอายุ) หน่อยนะ ไม่ต้องนึกว่าเป็น อสม.หรือว่าเป็นอะไร คือความรู้เราช่วยเหลือกันได้ เขาอยากรู้อะไรเขาก็จะถามเรา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“การดูแลอื่น ๆ ก็มีเช่นบางที่ถ้าเขาบ่นปวดเมื่อยแล้วเราพอมีความรู้ เราก็จะช่วยจับให้เขากายภาพ ให้เขาพูดคุย เราก็ต้องให้กำลังใจกันไป มีใครบริจาคอะไรมาเราก็เอาของไปให้ช่วยกันดูแลสุขภาพเบื้องต้นช่วยกันดูแลสุขภาพจิตพูดคุยกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“มีการวัดความดัน วัดไข้ ดูแลเรื่องการกินยา กินอาหาร วัดชีพจร เราเป็นคนจัดยาให้ผู้สูงอายุด้วยนะคะ เราก็จะต้องดูว่าแกกินยาอะไร แล้วก็ถามแกว่าแกกินยาตามที่บอกไว้ไหมเราก็เป็นคนจัดให้ในแต่ละครั้งแล้วก็ดูว่าใครเป็นคนดูแลจัดยาให้ เราก็พูดคุยกับเขา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“บางคนเราอยากช่วยเขา นะ ต้องค่อย ๆ พูดคุยทำความเข้าใจให้เขาสบายใจ บอกเขาว่าอยากให้เรารอด มีคนหนึ่งเราดูแลจนมีสภาพที่ดีขึ้นได้เพราะว่าเราเห็นว่าแกจะต้องรอดจนเขาสามารถเดินได้แล้ว เขาก็ดีใจ แต่ปัจจุบันก็เสียไปแล้ว แต่ก่อนหน้าที่จะเสียก็ดีขึ้นมาก ซึ่งตอนนั้นเขาอายุประมาณ 77 แล้ว มีอยู่ครั้งหนึ่งแกนอนซุกอยู่หน้าบ้านโดยที่ไม่มีใครรู้เราก็พาไปส่งโรงพยาบาลแล้วก็รู้ว่าเส้นเลือดในสมองแตก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

1.2.3 การช่วยเหลือดูแลอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุข ดังคำกล่าว

“ที่อนามัยจะมีวันที่เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขาเรียกว่าวันเบาหวานจะมีเดือนละครั้ง เพราะว่าถ้าแบ่งเป็นวัน ๆ เลยเนื่องจากมีคนไข้เยอะ หมอจะให้ อสม.ไปคัดกรองมาก่อน พอถึงวันก็มาเข้าร่วม วันเบาหวานจะเป็นพุธที่ 2 ของเดือนซึ่งจะมีคนไข้มาร้อยกว่าคน จะมีทั้งผู้สูงอายุแล้วก็ผู้ที่ป่วยเบาหวาน และคนป่วยเรื้อรังคนที่เบาหวาน ตอน อสม.ลงคัดกรองก็จะดูกำหนดนัดหมอบ ดูยาว่ายังเหลืออีกกี่วัน กินยาตลอดตามหมอสั่งรีเปลา ถ้าส่งชื่อไปแล้ววันนั้นมีคนเยอะ ก็จะนัดมาต่างหากช่วงวันเสาร์กับวันอาทิตย์เช้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ตอนลงคัดกรองเราจะดูฟันผู้สูงอายุด้วย เพราะจะมีคลินิกฟันให้ผู้สูงอายุ มาช่วงวันจันทร์ถึงพุธ เราจะช่วยให้เขาได้นัดวันตรวจ บางคนไม่มีคนดูแลเราก็ช่วยรับส่งให้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

ผลการศึกษาประเด็นที่ 2 สภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิง

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้แบ่งสภาพปัญหาที่พบออกเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพและ สิ่งแวดล้อมในบ้าน และปัญหาทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1) ปัญหาด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมในบ้าน พบว่ามีพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมดังนี้

2.1.1) การเก็บสะสมสิ่งของต่าง ๆ ในบ้านผู้สูงอายุมักมีสิ่งของที่ไม่จำเป็น มากกว่าสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเก็บสะสมมาตั้งแต่สมัยรุ่นหนุ่มสาว บางชิ้นเป็นของที่มีคุณค่าทางจิตใจ บางชิ้นเป็นของที่ไม่ได้ใช้นานเกินกว่า 10 ปีหรือไม่สามารถ ใช้ได้แล้ว แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงเก็บไว้ แม้ว่าลูกหลานจะพูดเกลี้ยกล่อมเพื่อกำจัดแต่ผู้สูงอายุก็ไม่ ยินยอมให้กำจัด อีกทั้งบางบ้านผู้สูงอายุมักเก็บถุงพลาสติกหรือกล่องพลาสติกต่าง ๆ ซึ่งมีผลอย่าง มากที่จะจัดสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้นได้ ดังคำกล่าว

“บริเวณบ้านเข่าว่ามันมีของที่ไม่จำเป็นที่อยู่ในบ้านเต็มไปหมด ของทุก อย่างจะเก็บไว้ในบ้านหมดจนเต็มพื้นที่บ้าน ถ้าทุกคนได้เข้าไปเห็นเขาจะตกใจมาก แต่ตอนนี้ก็ ไม่แน่ใจเลยว่าเขายังตามองเห็นมั้ย และก็เดินไม่ไหวแล้วด้วยเพราะตัวใหญ่มาก ซึ่งก็อายุประมาณ 70 แล้วอยากให้พาไปดู ถ้าเราแก้ไขได้ก็จะดีมาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2.1.2) ขาดการรักษาความสะอาด เนื่องจากสมรรถภาพในการดูแลที่อยู่อาศัย ของผู้สูงอายุลดลง กล่าวคือ บ้านที่มีเพียงผู้สูงอายุดูแลกันเอง ไม่มีแรงงานวัยหนุ่มสาวมาช่วยทำ ความสะอาด จะเห็นได้ว่าการทำความสะอาดบ้านเรือนบางงานผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้เอง จาก เหตุปัจจัยของวัย เช่น การทำความสะอาดกระจกหน้าต่างหรือมุ้งลวด การกวาดหยากไย่ที่ผู้สูงอายุ ไม่สามารถเงยหน้าเพื่อมองเพดานได้ตลอด เพราะจะทำให้หน้ามืดได้ หรือแม้กระทั่งการกำจัด

วิชาชีพหรือหัตถ์ารอบบ้าน ก็ไม่สามารถทำได้ทั้งหมดโดยรอบบ้านเช่นกัน ทั้งนี้จึงเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการสะสมของฝุ่นภายในบ้าน เกิดอาการระคายเคืองดวงตาและไอจามจากฝุ่นละออง

2.1.3) เป็นบ้านที่อยู่ตั้งแต่วัยหนุ่มสาว และไม่ได้ปรับปรุงให้เหมาะกับวัยสูงอายุ กล่าวคือ บ้านส่วนใหญ่จะไม่ได้ทำราวจับสำหรับช่วยเดินภายในบ้าน จะมีเพียงบางบ้านที่มีราวจับในห้องน้ำ และมีการปรับปรุงห้องน้ำให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่จะใช้วิธีการดำเนินชีวิตเหมือนคนทั่วไปที่ไม่ได้ระมัดระวังสิ่งใดเพิ่มเติม

2.1.4) ขาดความตระหนักในการจัดการขยะให้ถูกวิธี กล่าวคือ มีวิธีการกำจัดโดยการทิ้งรวมกับขยะทั่วไป ไม่ได้มีการแยกขยะติดเชื้อทิ้ง เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือแผ่นรองอนามัยช่วยในการขับถ่าย เนื่องจากการเก็บขยะของชุมชนยังเก็บแบบรวมขยะทุกประเภทไปพร้อมกัน จึงมีแค่การแยกถุงขยะและมัดปากถุงเท่านั้น

2.2) ปัญหาทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ พบว่า มีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งห้องที่ผู้สูงอายุใช้ภายในบ้านส่วนใหญ่จะเป็นห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัว และห้องนั่งเล่น ส่วนบริเวณอื่น ๆ ผู้สูงอายุไม่ได้ใช้ประโยชน์ ดังนั้น จากผลการวิจัยจึงจำแนกปัญหาตามรายห้องที่ใช้งานดังนี้

2.2.1) ปัญหาภายในห้องนอน มีพฤติกรรมที่สอดคล้องก่อให้เกิดปัญหาดังนี้

2.2.1.1) เก็บข้าวของมากเกินความจำเป็นในการใช้งานสำหรับผู้สูงอายุ เช่น หนังสือที่มีมากเกินไปทำให้เป็นแหล่งสะสมฝุ่นละออง

2.2.1.2) พัดลมที่ไม่ค่อยทำความสะอาดฝุ่นบริเวณกระจังหน้า

2.2.1.3) นำผ้าเช็ดเท้ามาวางข้างเตียงที่อาจทำให้เกิดการลื่นล้มได้

2.2.1.4) มียาฆ่าแมลงวางไว้ข้างเตียง เนื่องจากมีการรับประทานอาหารบริเวณที่นอน ทำให้มีมดขึ้นเศษอาหาร จึงทำให้ต้องมียาฆ่าแมลงติดตัวไว้

รวมทั้งยังมี ทั้งนี้หากบ้านใดที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องออกจากบ้านไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ไม่ได้อยู่ดูแลตลอดเวลา จะมีการเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ไว้โดยรอบตัวผู้สูงอายุไว้ตั้งแต่ก่อนออกไปทำงาน ดังตัวอย่างบ้านที่ได้ลงพื้นที่สังเกตการณ์ ได้มีการเตรียมทั้งอาหารเช้าอาหารกลางวัน น้ำดื่ม ยาประจำตัววางไว้รวมกันที่ข้างเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุหยิบเองได้อย่างสะดวก และเมื่อทานอาหารเสร็จแล้ว ผู้สูงอายุที่เดินเองได้ไม่ค่อยสะดวกก็จะวางจานต่าง ๆ ไว้ข้างเตียงเช่นเดิม ซึ่งผู้ดูแลจะเก็บทำความสะอาดรอบเตียงเมื่อกลับมาจากการทำงานนอกบ้าน ซึ่งจาก

การลงพื้นที่สังเกตบ้านที่อยู่อาศัย ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นแมลงหวี่และแมลงวันบริเวณที่วางอาหาร ด้วย โดยทาง อสม.ได้ช่วยนำไปเก็บล้างในขณะที่เยี่ยมบ้านทุกครั้ง

2.2.2 ปัญหาภายในห้องน้ำ ส่วนใหญ่ห้องน้ำจะได้รับการปรับปรุงมาแล้วให้ใช้เป็นโถแบบนั่งราบ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยบางบ้านได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แต่ยังคงมีพฤติกรรมที่สอดคล้องก่อให้เกิดปัญหาดังนี้

2.2.2.1 ไม่มีการแบ่งพื้นที่แห้งและเปียก เนื่องจากห้องน้ำไม่ได้มีขนาดใหญ่ ซึ่งผู้สูงอายุต้องระมัดระวังการลื่นล้ม

2.2.2.2 ผ้าเช็ดเท้าวางอยู่ในพื้นที่อับชื้นตลอด ไม่มีการทำมาชักหรือตากแดด เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค

2.2.2.3 บางบ้านยังเก็บขวดเก่าของสบู่หรือแชมพูไว้ในห้องน้ำ โดยไม่ได้นำไปทิ้ง ทำให้เกิดเป็นขยะสะสม

2.2.3 ปัญหาภายในห้องครัว ในบ้านที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลจะเป็นผู้ใช้ห้องครัวเอง ซึ่งไม่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ แต่ในบ้านที่เป็นผู้สูงอายุติดบ้านที่ยังใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง มีพฤติกรรมที่สอดคล้องก่อให้เกิดปัญหาดังนี้

2.2.3.1 ผู้สูงอายุต้องนั่งกับเก้าอี้เตี้ยหรือนั่งยองล้างจาน เพราะใช้การล้างโดยกะละมังตั้งพื้น ซึ่งผู้สูงอายุจะมีปัญหาการลุกนั่ง

2.2.3.2 การระบายน้ำทิ้งไม่ได้มีการต่อท่อน้ำเสียออกนอกตัวบ้าน ทำให้เกิดพื้นที่ขังน้ำแฉะในบ้าน

2.2.3.3 ที่ตั้งเตาไฟอยู่ใกล้กับที่นอน กรณีนี้เกิดในบ้านที่ไม่ได้แยกสัดส่วนตัวบ้านอย่างชัดเจน ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายจากอัคคีภัยได้

2.2.3.4 ไม่มีการแยกขยะอย่างชัดเจน เนื่องจากมีถังขยะรวมเพียงถังเดียว ทำให้มีทั้งขยะเศษอาหาร ขยะอันตราย ขยะติดเชื้อทั้งรวมกันทั้งหมด

2.2.4 ปัญหาภายในห้องนั่งเล่น บางบ้านอาจมีการแยกสัดส่วนของห้องนั่งเล่นออกจากส่วนที่นอนเพื่อให้ได้มีกิจกรรมอื่นได้ เช่น การดูโทรทัศน์ หรือไว้นั่งพูดคุยกับลูกหลาน สำหรับบ้านที่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ทั้งนี้ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางกายภาพ ดังนี้

2.2.4.1 แสงสว่างในห้องนั่งเล่นส่วนใหญ่ในช่วงกลางวันสามารถใช้การได้ดี แต่ในช่วงกลางคืนสวิตช์ปิดเปิดไฟอยู่ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงได้

2.2.4.2 พื้นบ้านที่วางของระเกะระกะ ผู้สูงอายุอาจเกิดอันตรายพลัดตกหกล้มได้

ผลการศึกษาประเด็นที่ 3 แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อม

จากการวิเคราะห์ห่อสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา ได้นำความรู้จากการอบรม caregiver มาใช้ ซึ่ง อสม.ที่ทำหน้าที่นี้ทุกคนได้รับการอบรมมาแล้ว ทั้งในหลักสูตร 70 ชั่วโมงสำหรับบุคคลทั่วไป และหลักสูตร 420 ชั่วโมงสำหรับผู้ที่จะประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

3.1 ความต้องการเรียนรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อม

3.1.1 ในหลักสูตรการอบรมทั้ง 420 ชั่วโมงและ 70 ชั่วโมงจะเรียนการดูแลสุขภาพ การทำความสะอาดร่างกาย ยาที่ใช้กับผู้สูงอายุโรคต่าง ๆ และการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย แต่ยังไม่ได้มีการเจาะลึกเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งการวิจัยนี้เป็นที่น่าสนใจเพราะจะเป็นการต่อยอดเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพผู้สูงอายุด้วย

3.1.2 อสม.มีความเข้าใจเรื่องความรู้ด้านสุขภาพอยู่แล้ว เนื่องจากเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพูดกันมาในระยาะหนึ่ง ซึ่งหนึ่งในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพจะมีประเด็นหนึ่งคือเรื่องการจัดสภาพแวดล้อม โดย อสม. ได้อธิบายว่าผู้ที่มีความรอบรู้นั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการสื่อสาร สามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงข้อมูลได้ และสามารถตัดสินใจเชื่อหรือไม่เชื่อข้อมูลนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงต้องการเสริมสร้างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าว

“เรามีไปอบรมแล้วก็เอาความรู้ไปบอกเขา เขาจะได้เชื่อมั่นในสิ่งที่เราพูดมีสิ่งที่เราอบรมมาเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ซึ่งการอบรมที่เราผ่านมาก็จะมีทั้งอบรม CG และอบรม อสม. 4.0 เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเขาก็จะสอนเราทั้งหมดทั้งเรื่องการจัดบ้านด้วย บางคนก็จะมีเป็น อสม. เชี่ยวชาญ การอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงที่ไม่เกี่ยวกับ CG มีการอบรม 420 ชั่วโมงเราก็ผ่านมาแล้ว เรามีทั้ง 12 คน ซึ่งก็อยู่ในชุมชนและทำงานให้กับคนในชุมชนซึ่งก็จะมีบทบาทโดยตรง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ที่อบรมมาเหมือนกันโดยอบรม 70 ชั่วโมงมาก่อน อบรม 420 ชั่วโมงตั้งแต่วัยแรกปี 58 ซึ่งเราก็เรียนที่อนามัยของเรา แล้วก็เวียนกันไปทำงานตามโรงพยาบาล แล้วก็คือเราไปทำบ้านที่เป็นโรคไตก็คือจากการอบรมครั้งนั้นแหละ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

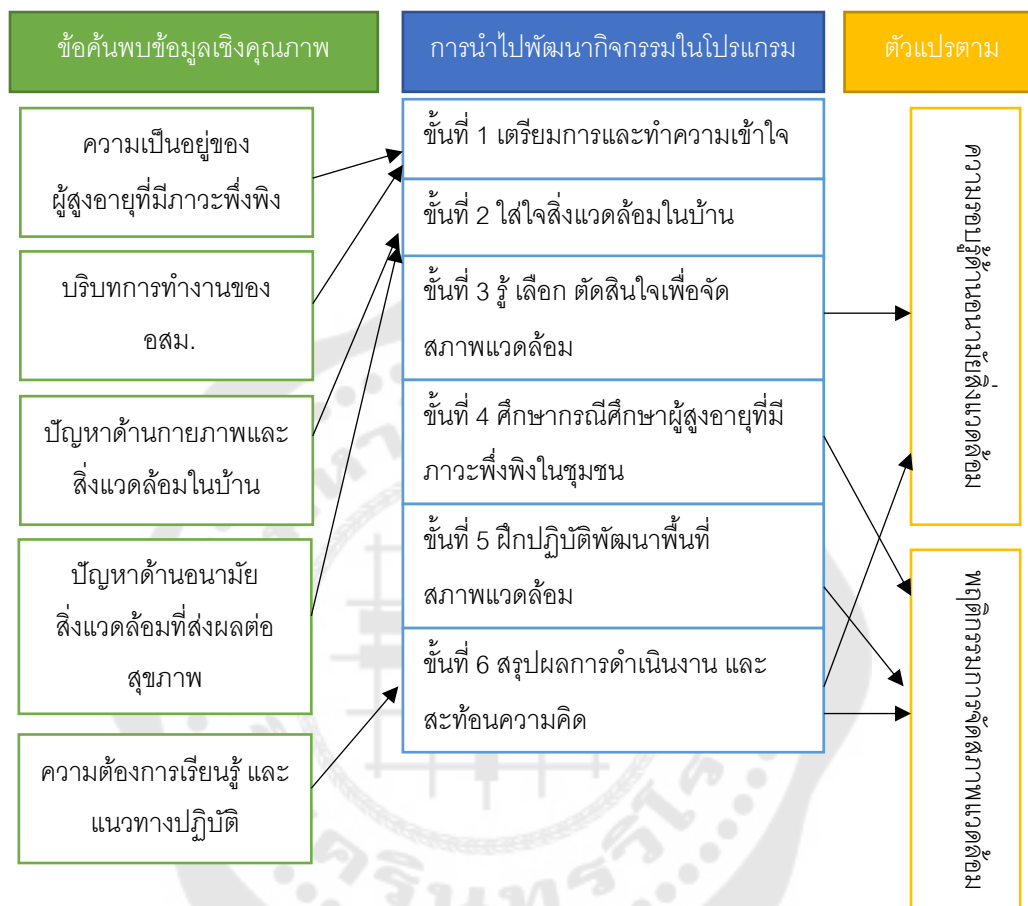
3.2 แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อม พบว่า

3.2.1 นอกเหนือจากความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อมตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยแล้ว อสม.ยังต้องการให้เสริมสร้างสมรรถนะในการทำงานกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่งเสริมความสามารถในการวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (problem solving) การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (decision making) การสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effective communication) ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น (interpersonal relationship skill) ซึ่งผู้วิจัยได้เสริมทักษะดังกล่าวไปในโปรแกรมเพื่อให้การทำงานดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

3.2.2 การส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อม จากการสัมภาษณ์พบว่า การจัดอบรมสำหรับ อสม.จะต้องผ่านการเห็นชอบจากผู้รับผิดชอบดูแล อสม. ในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้าหน่วย caregiver (CG) ในพื้นที่ ดังนั้น การประสานงานจึงมีความสำคัญมาก โดยทั่วไป อสม.จะเป็นชาวบ้านที่ได้รับการอบรมให้เป็นคนทำงานนี้ การเรียนรู้ส่วนใหญ่จึงทำได้ในระดับที่ต้องค่อย ๆ อธิบายไปด้วยกัน เพราะบางคนไม่ได้เรียนจบมาสูง ซึ่งถ้าเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติจะทำได้ด้วยตนเอง แต่ถ้าเป็นเรื่องการเรียนรู้หรือการอบรมจะมีแค่บางกลุ่มเท่านั้นที่สนใจและสามารถเข้าร่วมได้ ดังนั้นในการจัดโปรแกรมจึงจำเป็นต้องรอให้เกิดความพร้อมทุกฝ่าย ทั้งหัวหน้า CG ในพื้นที่ และอสม.ที่จะเข้าร่วมเรียนรู้

3.2.3 การเรียนรู้ที่ผ่านมาส่วส่วนใหญ่ อสม.จะรวมตัวกันเพื่อเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ แต่ทั้งนี้หากเป็นการอบรมในรูปแบบออนไลน์ยังไม่เคยได้ทดลองเลย ซึ่งไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ ทำให้ทั้งทางผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ และผู้เข้าร่วมอบรมใช้รูปแบบการเรียนรู้ผ่านกลุ่มไลน์ มีการเปิดหน้าจอกกลุ่ม และแชร์สไลด์การอบรมทั้งก่อนเรียนและในระหว่างเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งถือว่าเป็นทางออกที่เหมาะสมกับทุกฝ่ายที่ใช้การจัดโปรแกรมในการวิจัยนี้

ดังนั้น จากผลการวิจัยระยะที่ 1 นี้ สามารถสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบเพื่อนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมฯ ในระยะที่ 2 ได้ดังนี้



ภาพประกอบ 5 การสังเคราะห์ข้อค้นพบข้อมูลเชิงคุณภาพนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมฯ

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบที่พบจากผลการวิจัยระยะที่ 1 นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระยะที่ 2 และออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา ได้ดังตาราง 6

ตาราง 6 กิจกรรมตามขั้นตอนการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา

ขั้นตอนการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา	กิจกรรมการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น
ขั้นที่ 1 เตรียมการและทำความเข้าใจ	<ul style="list-style-type: none"> - รู้จักและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม - สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - วิธีป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
ขั้นที่ 2 ใส่ใจสิ่งแวดล้อมในบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> - วิธีการเรียนรู้และสืบค้นข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม - สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ - ความรู้เกี่ยวกับ Universal Design - เผื่อระวังการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
ขั้นที่ 3 รู้ เลือก ตัดสินใจเพื่อจัดสภาพแวดล้อม	<ul style="list-style-type: none"> - นำข้อมูลไปใช้จัดสภาพแวดล้อมได้ - วิธีสื่อสารเพื่อนำเสนอการจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ
ขั้นที่ 4 ศึกษากรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - สื่อสารเพื่อขอความคิดเห็นจากผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ - วางแผนและตัดสินใจร่วมกันเพื่อเลือกการปรับปรุงสภาพแวดล้อมอย่างสมเหตุสมผล
ขั้นที่ 5 ฝึกปฏิบัติพัฒนาพื้นที่สภาพแวดล้อม	<ul style="list-style-type: none"> - ลงพื้นที่เพื่อจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามการวางแผน
ขั้นที่ 6 สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนความคิด	<ul style="list-style-type: none"> - แลกเปลี่ยนผลการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ - สะท้อนความสำเร็จ ปัญหาและแนวทางแก้ไข - สื่อสารข้อมูลสู่ชุมชนเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ (1) ก่อนการทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (2) การทดลองใช้โปรแกรม โดยทำตามรูปแบบที่ได้วางแผนได้ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในรูปแบบออนไลน์ ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 และ (3) หลังทำการทดลอง เพื่อติดตามผลของโปรแกรมภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

ในช่วงก่อนการทดลองผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยรวม 3 ฉบับ ได้แก่ (1) โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (2) แบบประเมินความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ (3) แบบการติดตามผลการจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งการพัฒนาเครื่องมือได้อธิบายไว้แล้วในบทที่ 3 ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเพิ่มเติมรายละเอียดโปรแกรมที่ใช้ในการทดลองที่พัฒนาแล้วและนำไปใช้จริงดังนี้

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาและพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของโปรแกรมตามจุดมุ่งหมายของการวิจัย และจากการศึกษาตามการวิจัยระยะที่ 1 โดยผู้เข้ารับการอบรมต้องบรรลุวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- (1) มีความรู้ ความเข้าใจและมีเจตคติในการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
- (2) เกิดพฤติกรรมและสามารถจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม
- (3) มีความสามารถในการวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (problem solving) ตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (decision making) สื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effective

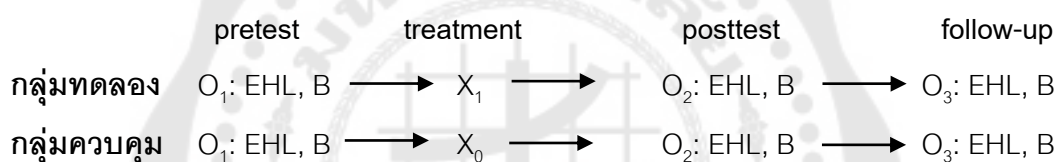
communication) มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น (interpersonal relationship skill)

ซึ่งจากงานวิจัยนี้มีสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ต่างกันที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา จะมีคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่แตกต่างกัน

มีการประเมินผลการทดลองโปรแกรม ดังนี้



โดย O_1 หมายถึง วัดก่อนการทดลอง
 O_2 หมายถึง วัดหลังการทดลอง
 O_3 หมายถึง วัดระยะติดตามผลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 1 เดือน
 X_1 หมายถึง มีการให้โปรแกรม
 X_0 หมายถึง ไม่มีการให้โปรแกรม
 EHL หมายถึง ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
 B หมายถึง พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติบรรยายค่าความถี่ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

4.1 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมทางเดียว (One-way Repeated MANOVA)

4.2 การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมสองทางที่มีการวัดซ้ำ (Two-way MANOVA)

ทั้งนี้ในระบะที่ 2 ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

M	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
df	หมายถึง	ค่าองศาความเป็นอิสระ
SS	หมายถึง	ผลรวมความเบี่ยงเบนกำลังสอง (Sum of Square)
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (Mean Square)
F	หมายถึง	การทดสอบด้วยค่าสถิติเอฟ (F-test)
t	หมายถึง	การทดสอบด้วยค่าสถิติที (t-test)
n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
p	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ซึ่งแต่ละตอนมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n=30)		(n=30)		(n=60)	
เพศ						
ชาย	2	3.33	3	5.00	5	8.33
หญิง	28	46.67	27	45.00	55	91.67
อายุ						
ต่ำกว่า 55 ปี	5	8.33	3	5.00	8	13.33
55 - 59 ปี	10	16.67	6	10.00	16	26.67

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=30)		(n=30)		(n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
60 - 64 ปี	9	15.00	11	18.33	20	33.33
65 - 69 ปี	6	10.00	8	13.33	14	23.33
มากกว่า 70 ปี	0	-	2	3.33	2	3.33
สถานภาพ						
โสด	15	25.00	14	23.33	29	48.33
สมรส/อยู่ด้วยกัน	10	16.67	14	23.33	24	40.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	8.33	2	3.33	7	11.67
จังหวัดที่อาศัย						
ฉะเชิงเทรา	15	25.00	15	25.00	30	50.00
ยโสธร	15	25.00	15	25.00	30	50.00
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	10	16.67	7	11.67	17	28.33
อนุปริญญา/เทียบเท่า	13	21.67	15	25.00	28	46.67
ปริญญาตรี	7	11.67	8	13.33	15	25.00
ประสบการณ์การเป็น อสม.						
3 - 5 ปี	5	8.33	7	11.67	12	20.00
6 - 7 ปี	8	13.33	15	25.00	23	38.33
8 - 9 ปี	13	21.67	6	10.00	19	31.67
มากกว่า 10 ปี	4	6.67	2	3.33	6	10.00
อาชีพหลัก						
เกษตรกร	12	20.00	8	13.33	20	33.33
รับจ้างทั่วไป	8	13.33	6	10.00	14	23.33
ค้าขาย	5	8.33	6	10.00	11	18.33
ข้าราชการบำนาญ	2	3.33	5	8.33	7	11.67
ไม่ได้ทำงาน / อยู่บ้าน	3	5.00	5	8.33	8	13.33

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=30)		(n=30)		(n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในบ้านเดียวกัน						
มีพ่อแม่เป็นผู้สูงอายุ	16	26.67	10	16.67	26	43.34
มีญาติหรือคนรู้จักเป็น ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกัน	12	20.00	14	23.33	26	43.33
ไม่มี	2	3.33	6	10.00	8	13.33

จากตาราง 7 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน จากจังหวัด
ฉะเชิงเทรา 15 คน และจังหวัดยโสธร 15 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จากจังหวัดฉะเชิงเทรา 15
คน และจังหวัดยโสธร 15 คน สามารถพิจารณาตามลักษณะพื้นฐานได้ดังนี้

เพศ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 55 คน (คิดเป็น
ร้อยละ 91.67) และเพศชายจำนวน 5 คน (คิดเป็นร้อยละ 8.33)

อายุ อสม.ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55 – 59 ปี จำนวน 10 คน (คิดเป็นร้อย
ละ 16.67) และ อสม.ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 64 ปี จำนวน 11 คน (คิดเป็น
ร้อยละ 18.33)

สถานภาพ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อสม.ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 15
คน และ 14 คน (คิดเป็นร้อยละ 25.00 และ 23.33) ตามลำดับ

ระดับการศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อสม. ส่วนใหญ่จบอนุปริญญาหรือ
เทียบเท่า จำนวน 13 คน และ 15 คน (คิดเป็นร้อยละ 21.67 และ 25.00) ตามลำดับ

ประสบการณ์ในการเป็น อสม. ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 8 – 9 ปี จำนวน
13 คน (คิดเป็นร้อยละ 21.67) ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 6 – 7 ปี จำนวน 15 คน
(คิดเป็นร้อยละ 25.00)

อาชีพหลัก อสม.กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือเกษตรกร
จำนวน 12 คน และ 8 คน (คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 13.33) ตามลำดับ

ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในบ้านเดียวกัน ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพ่อแม่เป็น
ผู้สูงอายุ จำนวน 16 คน (คิดเป็นร้อยละ 26.67) และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีญาติหรือคนรู้จัก
เป็นผู้สูงอายุอยู่ร่วมกัน จำนวน 14 คน (คิดเป็นร้อยละ 23.33)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรผล จำแนกตามกลุ่มการทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปรผล	กลุ่มการทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		รวม (N=60)	
	M	SD	M	SD	M	SD
1. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม						
ก่อนการทดลอง	3.101	.504	2.584	.157	2.843	.453
หลังการทดลอง	4.713	.285	2.696	.142	3.704	.841
ติดตามผล	4.736	.254	2.755	.121	3.745	.818
2. พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม						
ก่อนการทดลอง	1.451	.278	1.327	.103	1.389	.217
หลังการทดลอง	1.913	.108	1.382	.099	1.648	.287
ติดตามผล	1.933	.080	1.398	.151	1.666	.295

จากการพิจารณาตัวแปรตามทั้งด้านความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ตามตาราง 8 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกตัวแปรผล ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

ก่อนการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การแจกแจงของตัวแปรเป็นปกติกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีจำนวนกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน การตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล จึงใช้การตรวจสอบความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปร ตามแต่ละตัว ควบคู่ไปกับการใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov Test ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คือตัวแปรควรมีค่าความเบ้หรือความโด่งไม่เกิน 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนการหลังการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาจากความเบ้และความโด่งพบว่า ไม่มีตัวแปรใดที่มีค่าความเบ้หรือความโด่ง เกิน 2 (± 2) ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรในแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงเป็นปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

2) ความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม จากการตรวจสอบ โดยใช้ Box's M Test ในแต่ละกลุ่มตัวแปร พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงว่าตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม มีความแปรปรวนร่วมของตัวแปรในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's Test ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ตัวแปรส่วนใหญ่มีความแปรปรวนเท่ากัน นอกจากนี้จากการที่มีกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากัน คือ กลุ่มละ 30 คน เมื่อพิจารณาคูณสมบัติของ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม พบว่า ค่า Epsilon ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนความเบี่ยงเบนออกจากเงื่อนไขของ Sphericity เป็น 1.0 หรือเข้าใกล้ 1.0 ในกลุ่มตัวแปรที่เป็นปัญหาซึ่งถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนแปรปรวนร่วม

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผู้วิจัยใช้วิธีการทดสอบความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน การเปรียบเทียบตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (One-Way Repeated - MANOVA) แสดงผลดังตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ตัวแปรผลในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อควบคุมความแตกต่างของคะแนนตัวแปรในระยะก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's lambda	F	p-value
ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ก่อนการทดลอง	.158	.151	<.001
พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ก่อนการทดลอง	.353	.647	<.001
กลุ่มการทดลอง	.477	1.27	<.001

* p-value \leq .01

จากตาราง 9 เมื่อควบคุมความแตกต่างของคะแนนตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และคะแนนตัวแปรพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ก่อนการทดลอง พบว่า อสม. ที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่า อสม. กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilk's lambda = .477, F = 1.27, p = .000) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนรวมที่ละตัวแปร เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ละตัวแปร ดังตาราง 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ละตัวแปรของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
EHL	กลุ่มการทดลอง	1.268	1	2.296	45.493**	<.001
	ความคลาดเคลื่อน	6.908	58	.119		
BE	กลุ่มการทดลอง	2.878	1	7.094	74.074**	<.001
	ความคลาดเคลื่อน	1.770	58	.031		

* p-value \leq .01

จากตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ละตัวแปรของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง อสม. ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย	ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย	Std Error	p-value
EHL ก่อนการทดลอง	ทดลอง	3.101	.517*	.096	.005
	ควบคุม	2.584			
EHL หลังการทดลอง	ทดลอง	4.713	2.017*	.058	<.001
	ควบคุม	2.696			
EHL ติดตามผล	ทดลอง	4.736	1.981*	.051	<.001
	ควบคุม	2.755			
BE ก่อนการทดลอง	ทดลอง	1.451	.124	.054	.025
	ควบคุม	1.327			
BE หลังการทดลอง	ทดลอง	1.913	.531*	.027	<.001
	ควบคุม	1.382			
BE ติดตามผล	ทดลอง	1.933	.536*	.031	<.001
	ควบคุม	1.398			

* p-value \leq .01

จากตาราง 11 แสดงให้เห็นว่า อสม. ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ที่ไม่มีความต่างกัน สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มที่มีคะแนนทั้งสองตัวแปรในระดับใกล้เคียงกัน

ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อสม. ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิเคราะห์สนับสนุนสมมติฐานข้อ 1

สมมติฐานที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ต่างกันได้ร้บโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา จะมีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Two-Way MANOVA) แสดงผลดังตาราง 12

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ตัวแปรผลในระยะเวลาหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองพื้นที่ชะเชิงเทรา และพื้นที่ยโสธร เมื่อควบคุมความแตกต่างของคะแนนตัวแปร

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's lambda	F	p-value
กลุ่มการทดลอง 2 พื้นที่	.544	3.028	.001

* p-value \leq .01

จากตาราง 12 เมื่อควบคุมความแตกต่างของคะแนนตัวแปรความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และคะแนนตัวแปรพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม พบว่า อสม. ทั้ง 2 พื้นที่ที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilk's lambda = .544, F = 3.028, p = .001) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองตัวแปร ระหว่างกลุ่มทดลอง 2 พื้นที่ มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมทีละตัวแปร เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทีละตัวแปร ดังตาราง 13

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ละตัวแปรของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพื้นที่ชะเชิงเทรา และพื้นที่ยโสธร

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
EHL ก่อนทดลอง	กลุ่มพื้นที่ทดลอง	2.510	2	1.255	12.605**	<.001
	ความคลาดเคลื่อน	5.575	56	.100		
BE ก่อนทดลอง	กลุ่มพื้นที่ทดลอง	.022	2	.011	.239	.788
	ความคลาดเคลื่อน	2.530	56	.045		
EHL หลังทดลอง	กลุ่มพื้นที่ทดลอง	.012	2	.006	.115	.892
	ความคลาดเคลื่อน	2.928	56	.052		
BE หลังทดลอง	กลุ่มพื้นที่ทดลอง	.004	2	.002	.167	.846
	ความคลาดเคลื่อน	.619	56	.011		
EHL ติดตามผล	กลุ่มพื้นที่ทดลอง	.023	2	.011	.279	.757
	ความคลาดเคลื่อน	2.266	56	.040		
BE ติดตามผล	กลุ่มพื้นที่ทดลอง	.036	2	.018	1.230	.300
	ความคลาดเคลื่อน	.813	56	.015		

* p-value \leq .01

จากตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ละตัวแปรของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) ของกลุ่มพื้นที่ทดลองชะเชิงเทรา และยโสธรในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล มีคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีเพียงคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมก่อนการทดลองเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ในทั้ง 2 พื้นที่แม้จะมีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันในช่วงก่อนทดลอง แต่เมื่อ อสม.ได้รับโปรแกรมแล้ว คะแนนตัวแปรทั้งสองตัวนั้น ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHL) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม (BE) เฉพาะกลุ่มทดลองในพื้นที่ ฉะเชิงเทราและยโสธร

ตัวแปรตาม	กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย	ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย	Std Error	p-value
EHL ก่อนการทดลอง	ฉะเชิงเทรา	3.389	.576*	.115	<.001
	ยโสธร	2.813			
EHL หลังการทดลอง	ฉะเชิงเทรา	4.725	.024	.083	1.000
	ยโสธร	4.701			
EHL ติดตามผล	ฉะเชิงเทรา	4.749	.027	.073	1.000
	ยโสธร	4.722			
BE ก่อนการทดลอง	ฉะเชิงเทรา	1.427	.049	.078	1.000
	ยโสธร	1.476			
BE หลังการทดลอง	ฉะเชิงเทรา	1.907	.013	.038	1.000
	ยโสธร	1.920			
BE ติดตามผล	ฉะเชิงเทรา	1.924	.018	.044	1.000
	ยโสธร	1.942			

* p-value \leq .01

จากตาราง 14 แสดงให้เห็นว่า อสม. ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทั้ง 2 พื้นที่มีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิเคราะห์สันนิษฐานสมมติฐานข้อ 2 นั่นคือ ไม่ว่าผู้รับโปรแกรมจะอยู่ในพื้นที่ใดก็สามารถเรียนรู้และเกิดประสิทธิผลการเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมได้เหมือนกัน

ผลการติดตามผลของโปรแกรมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ

หลังจากสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการเก็บผลการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงภายหลังที่มีการจัดสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม ใช้การติดตามต่อเนื่องกลุ่ม อสม. ที่เข้ารับโปรแกรมจำนวน 10 คน ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทำการสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่สาม ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อขยายผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ตามโปรแกรม โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาประเด็นที่ 1 ผลการทำงานจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา สภาพแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุดีขึ้นมาก ซึ่งจากการช่วยเหลือและลงมือปฏิบัติของ อสม. ทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้ดีขึ้น

สภาพแวดล้อมเดิมของบ้านที่คัดเลือกจาก อสม. พื้นที่ชะเงวาทรา เพื่อใช้ในการปรับปรุงจัดสภาพแวดล้อมมีลักษณะดังนี้

- 1) มีขยะภายในบ้านและนอกบ้านจำนวนมาก ไม่มีการแยกทิ้งที่ถูกต้อง
- 2) มีผ้าอ้อมผู้ใหญ่ทิ้งไว้ข้างที่นอน เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่คนเดียว และผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุเช่นกัน และต้องออกไปทำงานนอกบ้านด้วย
- 3) มีเศษอาหาร จานข้าว ขวดน้ำ ถูขนมเกลื่อนกลาดบริเวณข้างที่นอน เพราะผู้ดูแลจะเตรียมอาหารไว้ให้รวมมือเช้าและมือกลางวันก่อนออกไปทำงาน
- 4) รวบน้ำได้ไม่มีที่จับ และขันน้ำได้ไม่แข็งแรง
- 5) ภายในบ้านเก็บสะสมของที่ไม่สามารถใช้ได้แล้วจำนวนมาก เช่น เศษไม้ รถจักรยานยนต์ กระจังปี่ กระจกพลาสติก ขวดพลาสติก
- 6) ไม่มีพื้นที่ทางเดินภายในบ้าน โดยเหลือทางเดินกว้างเพียง 30 – 40 เซนติเมตร เพราะมีสิ่งของเป็นจำนวนมาก

จากการสัมภาษณ์ อสม. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลเกี่ยวกับการทำงานของ อสม. ในการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย โดยสิ่งที่ อสม. ได้ทำให้มีดังนี้

- 1) ก่อนหน้าการวิจัยนี้ อสม. ได้ลงพื้นที่ตลอด เพราะเป็นเคสที่บ้านใกล้กับบ้าน อสม. ท่านหนึ่ง จึงมีการเยี่ยมเยียนเสมอ เพื่อช่วยจัดยา และจัดบ้านให้บ้าง
- 2) เก็บขยะภายในบ้าน ทั้งบริเวณที่นอน และขยะภายในบริเวณบ้าน (เฉพาะที่ผู้สูงอายุอนุญาตให้ทำได้)
- 3) แยกขยะติดเชื้อ ได้แก่ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ กระดาษชำระที่ใช้แล้ว โดยเตรียมถุงขยะเฉพาะเพื่อแยกขยะกลุ่มนี้
- 4) คัดแยกเสื้อผ้าที่ใช้แล้ว และเสื้อผ้าที่ซักแล้วพับให้เป็นระเบียบ

5) จัดที่นั่งทานอาหารให้ใหม่ เนื่องจากผู้สูงอายุยังสามารถเดินได้บ้าง เพื่อไม่ให้ต้องรับประทานอาหารบริเวณที่นอน ซึ่งก่อนหน้านี้เป็นแหล่งสะสมเศษอาหาร ทั้งมีมด และแมงหวี่แมลงวัน ซึ่งพอเมื่อมีมด ผู้สูงอายุจึงนำยาฆ่าแมลงมาไว้ข้างที่นอน ซึ่งไม่ถูกต้องตามสุขลักษณะของอนามัยสิ่งแวดล้อม

6) จัดบริเวณที่นอน ทำความสะอาดเครื่องนอนให้

สภาพแวดล้อมเดิมของบ้านที่คัดเลือกจาก อสม.พื้นที่ยโสธร เพื่อใช้ในการปรับปรุงจัดสภาพแวดล้อมมีลักษณะดังนี้

- 1) มีขยะภายในบ้านจำนวนมาก ไม่มีการแยกทิ้งที่ถูกต้อง
- 2) มีสิ่งปฏิกูลทิ้งไว้ข้างที่นอน เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จะมีหลานมาดูแลทุกวันละครั้ง และผู้สูงอายุไม่เดินไปไหน ขับถ่ายบริเวณที่นอน บางครั้งก็ขับถ่ายโดยไม่ใช้กระโถน จึงมีความเลอะเทอะบริเวณบ้าน
- 3) รวบน้ำในโถไม่มีที่จับ และขันน้ำในโถไม่แข็งแรง
- 4) ไม่มีฝาครอบหน้าพัดลม เป็นจุดเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ
- 5) มีเสื้อผ้าไม่ได้ซักและกองอยู่ข้างที่นอน เนื่องจากกลางวันที่มีอากาศร้อนก็จะถอดเสื้อผ้าเองและวางไว้ใกล้ตัว นาน ๆ จะอาบน้ำที่ เพราะผู้สูงอายุมีอาการอัลไซเมอร์ร่วมด้วย ทุกครั้งที่อาบน้ำจะบ่นว่าหนาว หลานจะมาซักเสื้อผ้าให้บ้างสัปดาห์ละครั้ง
- 6) มีหน้าต่างระบายอากาศเพียง 1 บาน ซึ่งจะเปิดไว้ตลอด เพราะผู้สูงอายุจะลุกขึ้นเปิดปิดเองไม่ได้ บางครั้งก็มีฝนสาดเข้าบ้านได้
- 7) อาหารที่เตรียมไว้จะใส่ถุงให้เท่านั้น น้ำใส่ขวด เพราะไม่เช่นนั้นผู้สูงอายุจะทำหกเลอะเทอะ ตอนลงพื้นที่มีหนอนขึ้นซอกเศษอาหารเกือบทั้งบ้าน

จากการสัมภาษณ์ อสม. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลเกี่ยวกับการทำงานของ อสม. ในการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย โดยสิ่งที่ อสม. ได้ทำให้มีดังนี้

- 1) ก่อนหน้าการวิจัยนี้ อสม. ได้ลงพื้นที่ตลอด มีการทำความสะอาดให้มาตลอด
- 2) เก็บขยะภายในบ้าน ทั้งบริเวณที่นอน และขยะภายในบริเวณบ้าน
- 3) แยกขยะติดเชื้อ ได้แก่ กระดาษชำระที่ใช้แล้ว โดยเตรียมถุงขยะเฉพาะเพื่อแยกขยะกลุ่มนี้
- 4) ทำความสะอาดบริเวณที่นอน และบริเวณโดยรอบ โดยมีคนช่วยลงพื้นที่ประมาณ 10 คน
- 5) แยกขยะขวดพลาสติกไปทิ้งนอกบ้าน

- 6) ช่วยอาบน้ำให้ผู้สูงอายุคนดังกล่าว และซักเสื้อผ้าให้
- 7) ผู้วิจัยได้ติดต่อกับทางพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดยโสธรเพื่อหางบประมาณสนับสนุนในการปรับปรุงสภาพบ้านเพิ่มเติม โดยทาง พมจ. ได้ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุไว้เพื่อเข้าสู่กระบวนการต่อไป
- 8) หัวหน้ากลุ่ม อสม. ได้ติดต่อกับทาง อบต. เพื่อวางแผนการซ่อมแซมบ้านให้ต่อไป

ผลการศึกษาประเด็นที่ 2 เกิดความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน ทั้ง 2 พื้นที่ มีความพึงพอใจมากที่ทาง อสม. เข้าช่วยเหลืดูแลบ้านให้ ซึ่งได้มีการลงพื้นที่ 2 ครั้ง เมื่อทำการจัดสภาพแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง แต่จากการลงครั้งแรก อสม. ให้การสะท้อนผลลัพธ์ว่า การที่ อสม. ไปทำให้อย่างเดียว ยังไม่สามารถทำให้สภาพแวดล้อมในบ้านเปลี่ยนแปลงได้ เพราะผู้สูงอายุยังดำเนินชีวิตตามเดิม ซึ่งจากการสะท้อนผลลัพธ์ ทั้ง 2 พื้นที่จึงเพิ่มกระบวนการให้คำแนะนำผู้ดูแลและผู้สูงอายุเพิ่มเติม เพื่อช่วยกันดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีความสะอาด เรียบร้อย ถูกสุขอนามัย

ผลตอบรับจากการลงพื้นที่ครั้งที่สอง พบว่า บริเวณอื่นภายในบ้าน ยังสามารถคงความสะอาด และจุดเสี่ยงที่เคยมีหลังจากการปรับปรุงก็ยังสามารถคงสภาพความปลอดภัยได้ ซึ่งผู้สูงอายุจะหลีกเลี่ยงไม่ใช้พื้นที่บริเวณนั้น แต่ในบริเวณที่นอนที่ใช้เป็นประจำ ผู้สูงอายุก็ช่วยดูแลไม่ให้สกปรกมาก ซึ่งเป็นที่พึงพอใจทั้งฝ่าย อสม. และฝ่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษาประเด็นที่ 3 เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หลังจากที่ อสม. ได้จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน ทั้งพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และจังหวัดยโสธร พบว่า อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ยังคงต้องรับการดูแลรักษาเหมือนเดิม แต่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเดินไปบริเวณรอบบ้านได้สะดวกขึ้น แม้จะไม่สามารถเดินได้ถนัดนัก เพราะขาดการเคลื่อนไหวตามสภาพโรคและวัย

เมื่อสัมภาษณ์เจาะลึกถึงอาการป่วยอื่น ๆ ที่เคยมี เช่น อาการคันตามผิวหนัง อาการคันตา ที่ผู้วิจัยและ อสม. สันนิษฐานว่าน่าจะเกิดจากการที่มีแมลงต่าง ๆ และมดกัดตามผิวหนัง ผู้สูงอายุเล่าว่าอาการคันดีขึ้นมาก ซึ่งจากลงสังเกตของ อสม. ก็พบว่ามดและแมลงต่าง ๆ ที่เคยเห็น

บริเวณที่นอนไม่มีแล้ว อีกทั้งเสื้อผ้าที่ใส่ยังได้รับการทำความสะอาดเรียบร้อย ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุที่อาการคันหายไป

สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในพื้นที่ยโสธร อสม. ได้สลับกันเข้าไปถามไถ่สุขภาพ และตรวจดูความสะดวกสบายเรียบร้อยในบริเวณบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีอาการหลงลืมตามสภาวะของโรคอัลไซเมอร์ แต่บริเวณโดยรอบตัวก็ไม่สกปรกเลอะเทอะ จากการพูดคุยของผู้ดูแลที่เป็นหลานเล่าให้ฟังว่า ตนเองเข้ามาดูแลทุกวัน เอาข้าวมาให้เหมือนเดิม และช่วยเก็บถุงอาหารและขวดน้ำกลับออกไปทุกวัน เพื่อที่จะได้ไม่เป็นขยะหมักหมม ซึ่งเป็นผลดีต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาประเด็นที่ 4 การให้คำแนะนำจาก อสม. เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลโดยทีม อสม. พบว่า สิ่งที่ อสม. แนะนำในการจัดสภาพแวดล้อม มีดังนี้

- 1) การเก็บกวาดบริเวณที่นอนให้สะอาดอยู่เสมอ
- 2) การคัดแยกขยะให้ถูกต้องทั้งขยะติดเชื้อ ขยะเศษอาหาร ขยะทั่วไป และขวดน้ำพลาสติกที่นำไปขายต่อได้
- 3) การทำความสะอาดสิ่งปฏิกูล และการเก็บสารเคมีอันตราย ยาฆ่าแมลง ไม่ให้อยู่ในบริเวณที่ผู้สูงอายุอาศัย
- 4) การปรับพื้นที่การเดินให้มีความกว้างมากขึ้น ไม่วางสิ่งของเกะกะ เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายจากการเดินชนและหกล้มได้
- 5) การเพิ่มแสงสว่างในบริเวณที่ผู้สูงอายุอาศัย เพื่อไม่ให้เป็นจุดที่สัตว์ชนิดเล็กมาอาศัย ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ
- 6) การจัดบ้านให้โล่ง เพื่อป้องกันสัตว์มีพิษมาชุกชอนตัว โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนที่มีอากาศชื้นแฉะมักจะมีสัตว์เลื้อยคลานมาหลบอยู่ตามบริเวณบ้านได้

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนผลการทดลองของการเรียนรู้ตามโปรแกรม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล เลือกรับข้อมูล และตัดสินใจนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นที่พึงพอใจต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลได้ดี สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นจากผลของการจัดสภาพแวดล้อม อีกทั้งยังสามารถสื่อสารเพื่อเผยแพร่ความรู้ไปยังกลุ่มผู้ดูแลอื่นได้ ซึ่งสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ทั้งหมด

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อ (1) ศึกษาบริบทชุมชนสภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (2) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ (3) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-Methods) ตามแนวคิดเครสเวลล์ (Creswell, 2018) แบบแผน Complex design ซึ่งเป็นการศึกษาปัญหาด้วยการทดลองและมีการศึกษาหาข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยในระยะเวลาที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการทดลองเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการร่างโปรแกรม จากนั้นเข้าสู่การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมซึ่งผู้วิจัยทำการร่างโปรแกรมและตรวจสอบร่างแล้ว จึงพัฒนาเป็นโปรแกรมที่นำไปใช้ในการทดลอง และผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพอีกครั้ง เพื่อนำการวิเคราะห์ผลข้อมูลเชิงคุณภาพและแปลผลสนับสนุนผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดผลการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ดังนี้

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

ในการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 คน เป็น อสม.ที่มีคุณสมบัติได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นจำนวน 3 คน และทุกคนเคยได้เข้าร่วมการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (care giver) 420 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีผลการวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาประเด็น “บริบทชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”

จากผลการวิเคราะห์บริบทชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้นส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลอยู่ด้วย ซึ่งอาจจะเป็นลูกหลาน หรือลูกเขยลูกสะใภ้ช่วยกันดูแล มีเพียงบางบ้านที่ลูกหลานไม่ได้อยู่ด้วยกันจึงมีแค่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยตนเอง และจากการสังเกตบ้านที่มีผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงจะมี อสม. ช่วยดูแลร่วมด้วย เนื่องจากทุกบ้านในชุมชนจะมีการสำรวจสมาชิกในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงทั้งหมดทุกหลังคาเรือน ซึ่งในบ้านที่มีลูกหลานดูแล อสม. จะทำหน้าที่แค่การซักถามพูดคุยและให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อไว้เผื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ส่วนในบ้านที่ไม่มีผู้ดูแลประจำ จะเป็นหน้าที่ของ อสม. ในการให้ความดูแลช่วยเหลือ

ความแตกต่างในการให้การดูแลของแต่ละบ้านมีความแตกต่างกันชัดเจน นอกจากการมีผู้ดูแลประจำของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว ยังมีข้อมูลเพิ่มเติมสนับสนุนจากการสัมภาษณ์พบว่า บ้านที่มีเศรษฐกิจที่ดี จะให้ความดูแลผู้สูงอายุดีกว่าบ้านที่มีเศรษฐกิจที่ไม่ดี เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายจ่ายที่ค่อนข้างสูง เพราะต้องมีทั้งเงินในการซื้อหาเครื่องใช้ต่าง ๆ ช่วยอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองอนามัย ที่นอนป้องกันแผลกดทับ อาหารพิเศษที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น รวมทั้งยังมีค่าจ้างผู้ดูแลซึ่งอยู่ในราคาประมาณ 15,000 – 40,000 บาทต่อเดือน หรือบางบ้านอาจให้สมาชิกลูกหลานเป็นผู้ดูแลประจำซึ่งก็มีค่าใช้จ่ายในการให้ผู้ดูแลที่ไม่ต้องออกไปทำงานอื่นนอกบ้านประมาณเดือนละ 10,000 – 20,000 บาท

ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากเป็นบ้านที่เศรษฐกิจที่ดีจะได้รับการดูแลรักษาและทำความสะอาดอยู่เสมอ มีการจัดแยกห้องนอนของผู้สูงอายุอย่างเป็นสัดส่วน และมีที่นอนของผู้ดูแลอยู่ด้วยกัน หากผู้สูงอายุยังเดินเข้าห้องน้ำได้เอง จะมีเครื่องช่วยพยุงการเดิน (walker) หรือไม้เท้า จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลนั้นส่วนใหญ่จะไม่ได้ทำราวจับสำหรับช่วยเดินภายในบ้าน จะมีเพียงบางบ้านที่มีราวจับในห้องน้ำ และมีการปรับปรุงห้องน้ำให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ห้องน้ำจะถูกจัดไว้ให้ใกล้กับห้องนอนผู้สูงอายุ สำหรับผู้ติดเตียงจะใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือแผ่นรองอนามัยช่วยในการขับถ่าย แต่พบว่ามีวิธีการกำจัดโดยการทิ้งรวมกับขยะทั่วไป ไม่ได้มีการแยกทิ้งเนื่องจากการเก็บขยะของชุมชนยังเก็บแบบรวมขยะทุกประเภทไปพร้อมกัน จึงมีแค่การแยกถุงขยะและมัดปากถุงเท่านั้น ส่วนการดูแลความสะดวกอื่น ๆ ก็ทำตามปกติ เว้นแต่หากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุเองจะมีความระมัดระวังไม่ให้เกิดแผลตามร่างกาย เครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น เตียงนอน มุมโต๊ะ จะห่อหุ้มด้วยโฟมป้องกัน

กันเหลื่อมมม เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุเดินเตะหรือชนจนเป็นแผลได้ แต่สำหรับบ้านที่มีเศรษฐกิจฐานะไม่ค่อยดีก็จะใช้วิธีการดำเนินชีวิตเหมือนคนทั่วไปที่ไม่ได้ระมัดระวังสิ่งใดเพิ่มเติม ทั้งนี้หากบ้านใดที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องออกจากบ้านไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ไม่ได้อยู่ดูแลตลอดเวลา จะมีการเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ไว้โดยรอบตัวผู้สูงอายุไว้ตั้งแต่ก่อนออกไปทำงาน ดังตัวอย่างบ้านที่ได้ลงพื้นที่สังเกตการณ์ ได้มีการเตรียมทั้งอาหารเช้า อาหารกลางวัน น้ำดื่ม ยาประจำตัววางไว้รวมกันที่ข้างเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุหยิบเองได้อย่างสะดวก และเมื่อทานอาหารเสร็จแล้ว ผู้สูงอายุที่เดินเองได้ไม่ค่อยสะดวกก็จะวางจานต่าง ๆ ไว้ข้างเตียงเช่นเดิม ซึ่งผู้ดูแลจะเก็บทำความสะอาดรอบเดียวเมื่อกลับมาจากการทำงานนอกบ้าน ซึ่งจากการลงพื้นที่สังเกตบ้านที่อยู่อาศัย ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นแมลงหวี่และแมลงวันบริเวณที่วางอาหารด้วย ซึ่งทาง อสม.ได้ช่วยนำไปเก็บล้างในขณะที่เยี่ยมบ้านทุกครั้ง

จากการวิเคราะห์การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้น พบว่ามีรูปแบบการทำงานโดยทั่วไป 2 รูปแบบใหญ่ โดยรูปแบบที่ 1 คือการทำงานแบบเป็นทางการตามหน้าที่รับผิดชอบของ อสม.ที่กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนงานไว้ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 4 ครั้ง โดยต้องมีการเซ็นต็ชื่อลงเวลาตามระเบียบ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยูในการดูแลของ อสม.แต่ละคนจะมีจำนวนประมาณ 5-12 คนแล้วแต่เขตการรับผิดชอบ กิจกรรมที่ อสม.ต้องทำในแต่ละครั้งที่ลงเยี่ยมบ้านคือ การช่วยเหลือกายภาพบำบัด การดูแลวัดความดันโลหิต วัดไข้ เจาะดูน้ำตาลเบาหวาน ดูแลเรื่องการกินยา การจัดยาให้ผู้สูงอายุแต่ละคน ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร และพูดคุยให้กำลังใจกัน และรูปแบบที่ 2 คือการทำงานแบบไม่เป็นทางการ กล่าวคือ ใช้ลักษณะความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ความเป็นบ้านใกล้เคียง ความเป็นญาติพี่น้อง ซึ่งในรูปแบบนี้มักเป็นลักษณะการอาศัยไหว้วานจากลูกหลานให้ช่วยดูแลพ่อแม่ตนเองให้ รวมทั้งเป็นการเกื้อกูลอนุเคราะห์ผู้สูงอายุบางบ้านที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อสม.จึงเข้าไปช่วยอำนวยความสะดวก เช่น การช่วยทำความสะอาดร่างกาย การทำกายภาพบำบัด และบางครั้งก็ช่วยพาไปพบแพทย์ตามเวลานัดด้วย

2. ผลการศึกษาประเด็น “สภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้แบ่งสภาพปัญหาที่พบออกเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมในบ้าน และปัญหาทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) ปัญหาด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมในบ้าน พบว่า ในบ้านผู้สูงอายุมักมีสิ่งของที่ไม่จำเป็นมากกว่าสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเก็บสะสมมาตั้งแต่สมัยรุ่นหนุ่มสาว บางชิ้นเป็นของที่มีคุณค่าทางจิตใจ บางชิ้นเป็นของที่ไม่ได้ใช้นานเกินกว่า 10 ปี หรือไม่สามารรถใช้ได้แล้ว แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงเก็บไว้ แม้ว่าลูกหลานจะพูดเกลี้ยกล่อมเพื่อกำจัดแต่ผู้สูงอายุก็ไม่ยินยอมให้กำจัด อีกทั้งบางบ้านผู้สูงอายุมักเก็บถุงพลาสติกหรือกล่องพลาสติกต่าง ๆ ซึ่งมีผลอย่างมากที่จะจัดสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้นได้

สำหรับบ้านที่มีเพียงผู้สูงอายุดูแลกันเอง ไม่มีแรงงานวัยหนุ่มสาวมาช่วยทำความสะอาด จะเห็นได้ว่าการทำความสะอาดบ้านเรือนบางงานผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้เอง จากเหตุปัจจัยของวัย เช่น การทำความสะอาดกระจกหน้าต่างหรือมุ้งลวด การกวาดหยากไย่ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเงยหน้าเพื่อมองเพดานได้ตลอด เพราะจะทำให้หน้ามืดได้ หรือแม้กระทั่งการกำจัดวัชพืชหรือหญ้ารอบบ้าน ก็ไม่สามารถทำได้ทั้งหมดโดยรอบบ้านเช่นกัน ทั้งนี้จึงเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการสะสมของฝุ่นภายในบ้าน เกิดอาการระคายเคืองดวงตาและไอจามจากฝุ่นละออง

นอกจากนั้น บ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยมักได้รับการปรับปรุงจากบ้านเดิมที่อยู่อาศัยมาตั้งแต่ช่วงหนุ่มสาว ยกเว้นบางคนที่อาศัยอยู่ในบ้านของลูกหลาน ซึ่งบ้านเดิมจะมีสภาพค่อนข้างทรุดโทรม อาจมีไม้เก่าที่ผุซึ่งส่งผลทำให้ไม่ปลอดภัยในการเดิน บางบ้านเป็นลักษณะ 2 ชั้นบันไดขึ้นชั้นสองค่อนข้างชัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถขึ้นลงได้ จึงอยู่อาศัยแค่ชั้นล่างอย่างเดียว ส่วนชั้นบนก็ไม่ได้ขึ้นไปใช้ประโยชน์ เพราะผู้สูงอายุเกรงว่าถ้าขึ้นไปอาจตกบันไดได้

(2) ปัญหาทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ พบว่า ห้องที่ผู้สูงอายุใช้ภายในบ้านส่วนใหญ่จะเป็นห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัว และห้องนั่งเล่น ส่วนบริเวณอื่น ๆ ผู้สูงอายุไม่ได้ใช้ประโยชน์ ดังนั้น จากผลการวิจัยจึงจำแนกปัญหาตามรายชื่อห้องที่ใช้งานดังนี้

ปัญหาภายในห้องนอน ส่วนใหญ่จะมีข้าวของที่เกินความจำเป็นในการใช้งานสำหรับผู้สูงอายุ เช่น หนังสือที่มีมากเกินไปทำให้เป็นแหล่งสะสมฝุ่นละออง พัดลมที่ไม่ค่อยทำความสะอาดฝุ่นบริเวณกระจังหน้า ผ้าเช็ดเท้าวางข้างเตียงที่อาจทำให้เกิดการลื่นล้มได้ อีกทั้งบางบ้านยังมียาฆ่าแมลงวางไว้ข้างเตียง เนื่องจากมีการรับประทานอาหารบริเวณที่นอน ทำให้มีมดขึ้นเศษอาหาร จึงทำให้ต้องมียาฆ่าแมลงติดตัวไว้

ปัญหาภายในห้องน้ำ ส่วนใหญ่ห้องน้ำจะได้รับการปรับปรุงมาแล้วให้ใช้เป็นโถแบบนั่งราบ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยบางบ้านได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แต่จากการสังเกตจะไม่มีกำแพงพื้นที่แห้งและเปียก เนื่องจากห้องน้ำไม่ได้มีขนาดใหญ่ ซึ่งผู้สูงอายุต้องระมัดระวังการลื่นล้ม

ส่วนของผ้าเช็ดเท้าจะเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคเพราะวางอยู่ในพื้นที่อับชื้นตลอด ไม่มีการทำมาซักหรือตากแดด รวมทั้งบางบ้านยังเก็บขวดเก่าของสบู่หรือแชมพูไว้ในห้องน้ำด้วย

ปัญหาภายในห้องครัว ในบ้านที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลจะเป็นผู้ใช้ห้องครัวเอง ซึ่งไม่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ แต่ในบ้านที่เป็นผู้สูงอายุติดบ้านที่ยังใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ปัญหาในครัวที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมีดังนี้ พื้นที่ล้างจานส่วนใหญ่ต้องนั่งกับเก้าอี้เตี้ยหรือนั่งยองล้างจาน เพราะใช้การล้างโดยกะละมังตั้งพื้น ซึ่งผู้สูงอายุจะมีปัญหาการลุกนั่ง การระบายน้ำทิ้งไม่ได้มีการต่อท่อน้ำเสียออกนอกตัวบ้าน ทำให้เกิดพื้นที่ขังน้ำและในบ้านที่ตั้งเตาไฟอยู่ใกล้กับที่นอน (กรณีนี้เกิดในบ้านที่ไม่ได้แยกสัดส่วนตัวบ้านอย่างชัดเจน) บ้านส่วนใหญ่ไม่มีการแยกขยะอย่างชัดเจน เนื่องจากมีถังขยะรวมเพียงถังเดียว ทำให้มีทั้งขยะเศษอาหาร ขยะอันตราย ขยะติดเชื้อทั้งหมด

ปัญหาภายในห้องนั่งเล่น บางบ้านอาจมีการแยกสัดส่วนของห้องนั่งเล่นออกจากส่วนที่นอนเพื่อให้ได้มีกิจกรรมอื่นได้ เช่น การดูโทรทัศน์ หรือไว้นั่งพูดคุยกับลูกหลาน สำหรับบ้านที่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ทั้งนี้ปัญหาที่พบในห้องนั่งเล่นส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องแสงสว่างและพื้นที่วางของระเกะระกะ ซึ่งแสงสว่างบางบ้านในช่วงกลางวันสามารถใช้งานได้ดี แต่ในช่วงกลางคืนสวิตช์เปิดไฟอยู่ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงได้ ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับความสะดวกมากนัก

3. ผลการศึกษาประเด็น “แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อม”

จากการวิเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา ได้นำความรู้จากการอบรม caregiver มาใช้ ซึ่ง อสม.ที่ทำหน้าที่นี้ทุกคนได้รับการอบรมมาแล้ว ทั้งในหลักสูตร 70 ชั่วโมงสำหรับบุคคลทั่วไป และหลักสูตร 420 ชั่วโมงสำหรับผู้ที่จะประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในหลักสูตรจะเรียนทั้งการดูแลสุขภาพ การทำความสะอาดร่างกาย ยาที่ใช้กับผู้สูงอายุโรคต่าง ๆ และการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย แต่ยังไม่ได้มีการเจาะลึกเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งการวิจัยนี้เป็นที่น่าสนใจเพราะจะเป็นการต่อยอดเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพผู้สูงอายุด้วย

ทั้งนี้ อสม.มีความเข้าใจเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่แล้ว เนื่องจากเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพูดกันมาในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งหนึ่งในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีประเด็นหนึ่งคือเรื่องการจัดสภาพแวดล้อม โดย อสม. ได้อธิบายว่าผู้ที่มีความรอบรู้นั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการสื่อสาร สามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงข้อมูลได้ และ

สามารถตัดสินใจเชื่อหรือไม่เชื่อข้อมูลนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่สิ่งที่นอกเหนือจากความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อมตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยแล้ว อสม.ยังต้องการให้เสริมสร้างสมรรถนะในการทำงานกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่งเสริมความสามารถในการวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (problem solving) การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (decision making) การสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effective communication) ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น (interpersonal relationship skill) ซึ่งผู้วิจัยได้เสริมทักษะดังกล่าวไปในโปรแกรมเพื่อให้การทำงานดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

แนวทางการส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อม จากการสัมภาษณ์พบว่า การจัดอบรมสำหรับ อสม.จะต้องผ่านการเห็นชอบจากผู้รับผิดชอบดูแล อสม.ในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้าหน่วย caregiver (CG) ในพื้นที่ ดังนั้น การประสานงานจึงมีความสำคัญมาก โดยทั่วไป อสม.จะเป็นชาวบ้านที่ได้รับการอบรมให้เป็นคนทำงานนี้ การเรียนรู้ส่วนใหญ่จึงทำได้ในระดับที่ต้องค่อย ๆ อธิบายไปด้วยกัน เพราะบางคนไม่ได้เรียนจบมาสูง ซึ่งถ้าเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติจะทำได้ด้วยตนเอง แต่ถ้าเป็นเรื่องการเรียนรู้หรือการอบรมจะมีแค่บางกลุ่มเท่านั้นที่สนใจและสามารถเข้าร่วมได้ ดังนั้นในการจัดโปรแกรมจึงจำเป็นต้องรอให้เกิดความพร้อมทุกฝ่าย ทั้งหัวหน้า CG ในพื้นที่ และอสม.ที่จะเข้าร่วมเรียนรู้

แนวทางสร้างการเรียนรู้ตามโปรแกรมที่ อสม. ระบุว่าว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ อสม.จะรวมตัวกันเพื่อเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ แต่ทั้งนี้หากเป็นการอบรมในรูปแบบออนไลน์ยังไม่เคยได้ทดลองเลย ซึ่งไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ ทำให้ทั้งทางผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ และผู้เข้าร่วมอบรมใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยผ่านกลุ่มไลน์ มีการเปิดหน้าจอกกลุ่ม และแชร์สไลด์การอบรมทั้งก่อนเรียนและในระหว่างเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งถือว่าเป็นทางออกที่เหมาะสมกับทุกฝ่ายที่ใช้การจัดโปรแกรมในการวิจัยนี้

อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

จากการศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหาและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยพบว่าปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นจะต้องมีการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านใหม่มี 2 ปัจจัยด้วยกัน คือ (1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคไต โรคเบาหวาน โรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจาก เมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคไต จำเป็นต้องมีการล้างไตที่บ้าน ซึ่งมีความสะดวกกว่าการเดินทางไปโรงพยาบาล ทางบ้านจึง

จำเป็นต้องจัดหาสถานที่สะอาด ปลอดภัยและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนในกลุ่มโรคเบาหวาน จะเป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวาน หากเกิดแผลแล้วจะใช้ระยะเวลาการรักษานานกว่าผู้อื่น และหากมีการลุกลามอาจถึงขั้นสูญเสียอวัยวะได้ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นอัลไซเมอร์ กลุ่มนี้จะไม่สามารถควบคุมการกระทำของตนเองได้ บางครั้งก็หยิบจับสิ่งปฏิกูลที่ขับถ่ายจากร่างกายทำเลอะเทอะบริเวณบ้าน ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด เพราะอาการหลงลืมอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุต่อร่างกายได้ ซึ่งจากอาการของกลุ่มโรคที่กล่าวถึงมีความสอดคล้องกับอาการตามพยาธิสภาพที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หรือ “Big I’s” ได้แก่ ภาวะหกล้ม (instability) การสูญเสียความสามารถในการเดิน (immobility) อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด (incontinence) ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ทั้งภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะสมองเสื่อม (intellectual impairment) ตามการจัดกลุ่มอาการของไลฟ์ลี (Livesley, 1992) โดยนำไปสู่สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านของผู้สูงอายุ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) คือ สาเหตุทางกาย จากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วย รวมทั้งการเก็บข้าวของที่ไม่จำเป็นไว้ในบ้านจำนวนมากที่เป็นสาเหตุจากสภาพแวดล้อม ซึ่งสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุที่สามารถป้องกันได้ และควรให้ความสำคัญในการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ในประเทศไทยได้จัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ทำงานในระดับชุมชนเพื่อช่วยเหลืองานสาธารณสุขและเข้าถึงทุกคนในชุมชนได้ มีหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง (long term care) สำหรับผู้ที่จะเป็นผู้ประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุ และหลักสูตร 70 ชั่วโมงสำหรับบุคคลทั่วไป ซึ่งในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในงานวิจัยนี้ได้ผ่านหลักสูตร 420 ชั่วโมงมาแล้วในปี.ศ. 2558 ซึ่งเป็นรุ่นแรกของการใช้หลักสูตรนี้ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน โดยผู้สูงอายุยังคงอาศัยในบ้าน และในชุมชนตนเอง และมีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เข้าไปเยี่ยมเยียนดูแลให้บริการต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพ สุขอนามัย ด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ (ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชรฯ ชวนะพันธุ์, 2559) ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผลักดันให้เกิดขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2552 จากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก ทำให้ อสม. มีความรับผิดชอบและหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ มีการลงเยี่ยมเยียนบ้านเดือนละ 4 ครั้ง ภายใต้การดูแลการทำงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ซึ่งการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้จากงานวิจัยพบอยู่ 2 รูปแบบคือ รูปแบบการทำงาน

อย่างเป็นทางการตามหน้าที่ และรูปแบบการทำงานที่ไม่เป็นทางการ เสมือนการไปเยี่ยมญาติหรือคนรู้จักที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรูปแบบหลังเป็นการปฏิบัติที่ไม่จำกัดเวลา ส่วนใหญ่ก็ไม่มาหาผู้ดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเพียงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นกฎหมายที่กล่าวถึงสิทธิประโยชน์โดยทั่วไปของผู้สูงอายุไม่ได้เน้นการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะ ทำให้การทำงานของ อสม. ประสบความสำเร็จได้จากความมุ่งมั่น ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้สูงอายุ และไม่คิดว่าคือการทำงานที่ต้องได้รับค่าตอบแทน ทั้งที่ทุกครั้งที่ตั้งเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ อสม. จะมีของติดมือไปเยี่ยมเสมอ เช่น อาหารการกิน น้ำดื่ม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ กระดาษชำระ หรือของที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นความจำเป็นในการทบทวนองค์ความรู้ต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับการทำงาน และควรมีการฝึกอบรมให้ความรู้ และทักษะในการดูแลที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทักษะที่ อสม. ต้องการเพิ่มเติมเพื่อสร้างสมรรถนะในการทำงานจากงานวิจัยค้นพบได้คือ (1) การวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (problem solving) (2) การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (decision making) (3) การสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effective communication) (4) ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) และ (5) การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น (interpersonal relationship skill) โดยทักษะที่ 1 – 3 สามารถพัฒนาได้จากการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพราะเป็นความสามารถของบุคคลในการแสดงออกหรือกระทำการค้นหาให้เข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ โดยงานวิจัยนี้ใช้องค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาเป็นหลัก เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถประเมิน และตัดสินใจในข้อมูลเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมตนเองในการป้องกันสุขภาพตนเองและผู้อื่นเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนทักษะที่ 4 และ 5 จะเป็นการปลูกฝังร่วมกับกิจกรรมที่มีในโปรแกรม

ความสำคัญของการเรียนรู้การจัดการสภาพแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากผลการวิจัยพบว่าในบ้านผู้สูงอายุมักมีสิ่งของที่ไม่จำเป็นมากกว่าสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเก็บสะสมมาตั้งแต่สมัยรุ่นหนุ่มสาว และไม่สามารถใช้ได้แล้ว บางบ้านมีเพียงผู้สูงอายุดูแลกันเอง ไม่มีแรงงานวัยหนุ่มสาวมาช่วยทำความสะอาด ซึ่งบางงานผู้สูงอายุทำเองได้ยากลำบากจากเหตุปัจจัยของวัย เช่น การทำความสะอาดกระจกหน้าต่างหรือมุ้งลวด การกวาดหยากไย่ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้เพราะอาจทำให้หน้ามืด จึงเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการสะสมของฝุ่นภายในบ้าน เกิดอาการระคายเคืองดวงตาและไอจามจากฝุ่นละออง ซึ่งพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมจึงเป็นต้นทางของการป้องกันและดูแลสุขภาพ ที่นำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ (Ulrich et al. 2008) โดยการลดการติดเชื้อมาจากการแพร่ระบาดของ

อากาศ (airborne) การแพร่ระบาดทางน้ำ (waterborne) และทางการสัมผัส (contact) การลดอุบัติเหตุลื่นล้ม หกล้ม และตกเตียง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559) การจัดพื้นที่เพื่อช่วยทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น โดยมีงานวิจัยหลายเรื่องบ่งบอกสภาพการนอนของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยว่ามีปัญหาการนอนหลับไม่สนิท ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียด ภูมิคุ้มกันลดลง อ่อนเพลีย ความจำเสื่อม และอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Golden, 2005) และช่วยส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการพูดคุยกับลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัว (Press, 2007) ทั้งนี้จึงเป็นที่มาของการพัฒนาโปรแกรมให้ อสม. มีพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ การจัดการของเสีย และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ตั้งวัตถุประสงค์และออกแบบโปรแกรมที่ส่งเสริมให้อสม.เกิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเสริมสร้างทักษะความสามารถในการวางแผนแก้ปัญหา การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ซึ่งเป็นทักษะที่ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเชื่อในข้อมูลข่าวสารที่ค้นพบเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างอสม.กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจในประเด็นที่ต้องการสื่อความหมาย มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่ อสม.ควรเข้าใจและตระหนักถึงเมื่อทำงานกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในการทดลองโปรแกรม ผู้วิจัยได้รับสมัคร อสม.เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมจากพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 30 คน และจังหวัดยโสธรจำนวน 30 คน โดยแต่ละพื้นที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน ซึ่งโปรแกรมที่จัดมีการเรียนรู้ทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลารวม 48 ชั่วโมง แบ่งเป็นการเรียนรู้ภาคทฤษฎี 18 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 30 ชั่วโมง สามารถสรุปประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า อสม.ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ที่ไม่มีความต่างกัน สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มที่มีคะแนนทั้งสองตัวแปรในระดับใกล้เคียงกัน และภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อสม.ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการวิเคราะห์ห้สนับสนุนสมมติฐานข้อ 1

สมมติฐานที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ต่างกันได้ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา จะมีคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า อสม.ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทั้ง 2 พื้นที่มีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการวิเคราะห์ห้สนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 นั่นคือ ไม่ว่าผู้รับโปรแกรมจะอยู่ในพื้นที่ใดก็สามารถเรียนรู้และเกิดประสิทธิผลการเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมได้ไม่แตกต่างกัน

จากการติดตามผลหลังจากสิ้นสุดการอบรมในระยะ 1 เดือน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน ทั้ง 2 พื้นที่ที่มีความพึงพอใจมากที่สุดทาง อสม.เข้าช่วยเหลือดูแลบ้านให้ ซึ่งได้มีการลงพื้นที่ 2 ครั้ง เมื่อทำการจัดสภาพแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง แต่จากการลงครั้งแรก อสม.ให้การสะท้อนผลลัพท์ว่า การที่ อสม.ไปทำให้อย่างเดียวยังไม่สามารถทำให้สภาพแวดล้อมในบ้านเปลี่ยนแปลงได้ เพราะผู้สูงอายุยังดำเนินชีวิตตามเดิม ซึ่งจากการสะท้อนผลลัพท์ ทั้ง 2 พื้นที่จึงเพิ่มกระบวนการให้คำแนะนำผู้ดูแลและผู้สูงอายุเพิ่มเติมเพื่อช่วยกันดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีความสะอาด เรียบร้อย ถูกสุขอนามัย โดยการทำงาน

ของ อสม. ในการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ทำให้มีดังนี้ เก็บขยะภายในบ้าน ทั้งบริเวณที่นอน และขยะภายในบริเวณบ้าน แยกขยะติดเชื้อ ได้แก่ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ กระดาษชำระที่ใช้แล้ว โดยเตรียมถุงขยะเฉพาะเพื่อแยกขยะกลุ่มนี้ จัดที่นั่งทานอาหารให้ใหม่แยกออกจากบริเวณที่นอน เพื่อป้องกันไม่ให้เศษอาหารตกลงบนที่นอน และจัดบริเวณที่นอน ทำความสะอาดเครื่องนอนให้ แยกขยะขวดพลาสติกไปทิ้งนอกบ้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อกับทางพัฒนาสังคมและความ มั่นคงมนุษย์จังหวัดยโสธรเพื่อหางบประมาณสนับสนุนในการปรับปรุงสภาพบ้านเพิ่มเติม โดยทาง พมจ. ได้ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุไว้เพื่อเข้าสู่กระบวนการรับความช่วยเหลือ และหัวหน้ากลุ่ม อสม. ได้ ติดต่อกับทาง อบต. เพื่อวางแผนการซ่อมแซมบ้านให้ต่อไป

ทั้งนี้ผลจากการจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเดินไปบริเวณรอบบ้านได้สะดวกขึ้น แม้จะไม่สามารถเดินได้ถนัดนัก เพราะขาดการเคลื่อนไหวตามสภาพโรคและวัย แต่อาการป่วยอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคประจำตัว เช่น อาการคันตามผิวหนัง อาการคันตา ที่ผู้วิจัยและ อสม. สันนิษฐานว่าน่าจะเกิดจากการที่มี แมลงต่าง ๆ และมดกัดตามผิวหนัง ผู้สูงอายุเล่าว่าอาการคันดีขึ้นมาก ซึ่งจากลงสังเกตของ อสม. ก็ พยายามดและแมลงต่าง ๆ ที่เคยเห็นบริเวณที่นอนไม่มีแล้ว อีกทั้งเสื้อผ้าที่ใส่ยังได้รับการทำความสะอาด สะอาดเรียบร้อย ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุที่อาการคันหายไป ซึ่ง อสม. ได้ให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลเก็บกวาดบริเวณที่นอนให้สะอาดอยู่เสมอ คัดแยกขยะให้ถูกต้องทั้งขยะติดเชื้อ ขยะเศษ อาหาร ขยะทั่วไป และขวดน้ำพลาสติกที่นำไปขายต่อได้ ทำความสะอาดสิ่งปฏิกูล และการเก็บ สารเคมีอันตราย ยาฆ่าแมลง ไม่ให้อยู่ในบริเวณที่ผู้สูงอายุอาศัย ปรับพื้นที่การเดินให้มีความกว้าง มากขึ้น ไม่วางสิ่งของเกะกะ เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายจากการเดินชนและหกล้มได้ เพิ่มแสง สว่างในบริเวณที่ผู้สูงอายุอาศัย และจัดบ้านให้โล่ง เพื่อไม่ให้ที่อยู่ของสัตว์เลื้อยคลาน และสัตว์ ชนิดเล็ก ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ

อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้ แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้นำกระบวนการเรียนรู้แบบกรณีศึกษามาใช้เนื่องจากมีความ สอดคล้องกับการทำงานของ อสม. ที่มีกระบวนการปรับรูปแบบการทำงานดูแลช่วยเหลือให้เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละคน โดยกระบวนการเรียนรู้เน้นการให้ข้อมูลพื้นฐาน การวิเคราะห์ การจัดกลุ่มศึกษา ลงพื้นที่เก็บข้อมูลกรณีตัวอย่าง และฝึกทักษะการจัดสภาพแวดล้อม นำไปสู่การ

วิเคราะห์และอภิปราย และการนำเสนอถ่ายทอดผลการเรียนรู้ เพื่อให้ อสม. ได้วิธีการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งรูปแบบที่นำมาใช้สอดคล้องกับกระบวนการจัดการเรียนรู้ของชินภัทร์ จิระวรพงศ์ (2554) และของฮามิลตันและทอดด์ (Hamilton and Todd. 2016) แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (1) ระยะก่อนการเรียนรู้ โดยทำการชี้แจงวิธีการเรียนของโปรแกรม (2) ระยะการจัดการเรียนรู้ แบ่งเป็น ขั้นตอนการเสริมสร้างความรู้การจัดการสภาพแวดล้อม ขั้นตอนการศึกษารณีศึกษา ขั้นตอนการพัฒนาตนเองและการฝึกทักษะ และขั้นสรุปผลและประเมินผลการฝึกปฏิบัติ และ (3) ระยะหลังการเรียนรู้ เพื่อติดตามผลและสรุปผลการเรียนรู้

จากผลการวิจัยตามสมมติฐานข้อที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของยูและปาร์ค (Yoo M.S. & Park J.H., 2015) ได้ศึกษาผลของการใช้การเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาผ่านทางวิดีโอต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยให้ใช้ทักษะการสื่อสารและความสามารถในการแก้ปัญหาในนักศึกษาพยาบาล เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผลการทดลองพบว่านักศึกษาทั้งสองกลุ่มสามารถวิเคราะห์ปัญหา แสวงหาวิธีแก้ไขปัญหา และการสื่อสารในชั้นเรียนได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการได้ปฏิบัติจริงกับกรณีศึกษา และงานวิจัยของสกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค (สกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค, 2559) ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาการหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิดของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของรายงานการวิเคราะห์กรณีศึกษาจำนวน 4 ราย ขณะฝึกปฏิบัติร้อยละ 80 และหลังฝึกปฏิบัติมีคะแนนการวิเคราะห์กรณีศึกษา จากการประชุมปรึกษาหารือทางการพยาบาล ร้อยละ 85 สูงกว่าขณะปฏิบัติ ซึ่งส่งผลให้เห็นว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาส่งผลให้ผู้เรียนเกิดทักษะและความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากสมมติฐานข้อที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ต่างกันได้ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา จะมีคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า อสม. ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทั้ง 2 พื้นที่มี

คะแนนเฉลี่ยตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ภายหลังจากทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เกิดประสิทธิผลการเรียนรู้ทั้งด้าน ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมได้ไม่แตกต่างกัน ทำให้ ผู้วิจัยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดทำโปรแกรมที่ต้องการให้โปรแกรมนี้สามารถใช้กับการ ให้ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสร้างพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ อสม. ได้ทุก พื้นที่ โดยการใช้กลุ่มทดลองจาก 2 จังหวัดที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกันเลย ได้เรียนรู้ในโปรแกรม เดียวกัน เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม และได้ผลการวิจัยที่สูงขึ้นทั้ง 2 พื้นที่อย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าจะใช้การเรียนรู้แบบออนไลน์ซึ่งเป็นวิธีการที่ อสม. ทั้ง 2 กลุ่มไม่เคยใช้ฝึกอบรมมาก่อน ก็ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป็นไปตามสมมติฐานได้

จากการเรียนรู้ในแต่ละขั้นของโปรแกรมส่งผลให้เกิดผลต่อความรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา ได้ ดังนี้ (1) ขั้นการเตรียมการและทำความเข้าใจ ผู้เข้าร่วมที่เป็น อสม. ได้สะท้อนความรู้เดิมจากการ สิ่งที่เคยเรียนรู้และปฏิบัติ พร้อมทั้งได้เรียนรู้ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) ขั้นใส่ใจสิ่งแวดล้อมในบ้าน อสม. ที่เข้าร่วมเรียนรู้ได้ลงมือสืบค้น ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านหัวข้อที่ได้รับมอบหมายและได้แชร์ประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกัน ในกลุ่ม เพื่อแสดงถึงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยของผู้สูงอายุ การจัดพื้นที่อาวาระสถาปัตยกรรมหรือ universal design เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (3) ขั้นรู้ เลือ ก ตัดสินใจเพื่อจัด สภาพแวดล้อม อสม. ได้ลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อนำมาออกแบบความคิดเชิงสร้างสรรค์ (design thinking) ให้สอดคล้องกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและสภาพจริงของบ้าน (4) ขั้นศึกษารณีศึกษา ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อสม. ได้นำผลการออกแบบที่ได้จากขั้นที่ 3 ไปสื่อสารปรึกษา และ ข้อความคิดเห็นจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อวางแผนตัดสินใจร่วมกันและเลือกการปรับปรุง สภาพแวดล้อมอย่างสมเหตุสมผล (5) ขั้นฝึกปฏิบัติพัฒนาพื้นที่สภาพแวดล้อม เป็นการลงมือ ปฏิบัติจัดสภาพแวดล้อมตามที่วางแผนไว้ โดยคำนึงถึงแนวคิดอนามัยสิ่งแวดล้อม มีหัวหน้าทีม care manager ลงพื้นที่เพื่อให้ข้อเสนอแนะร่วมด้วย ซึ่งทำการลงปฏิบัติอย่างน้อย 2 ครั้งเพื่อจัด และติดตามผลการดำเนินงาน และ (6) ขั้นสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนคิด อสม. ได้สะท้อน ความสำเร็จ ปัญหาที่พบและวิธีแก้ไข เมื่อได้ข้อสรุปแล้วมีการถ่ายทอดให้ผู้ดูแลกลุ่มอื่นได้เรียนรู้ ไปด้วย ซึ่งขั้นตอนจากการเรียนรู้เป็นไปตามการออกแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่วางแผนไว้

ในระหว่างการติดตามผล ผู้วิจัย ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ และ อสม. ได้พูดคุยเพื่อปรับ กระบวนการเยี่ยมบ้านก่อนมีการวัดผลในระยะติดตาม โดยให้ อสม. ให้คำแนะนำเพิ่มเติมกับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการจัดสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและอนามัย เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัยและสะอาด ทั้งนี้เป็นการนำการถ่ายทอดความรู้สู่สาธารณะของ ฮามิลตันและทอดด์ (Hamilton and Todd. 2016) ในการเรียนรู้แบบกรณีศึกษามาใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจในผลที่ได้รับจากการวิจัย และเกิดการขยายความรู้ในการดูแลตนเองให้ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วย

ข้อจำกัดในงานวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการอยู่ภายใต้สภาวะการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งทำให้การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถูกจำกัดการลงพื้นที่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในชุมชน ดังนั้นวิธีการจัดสภาพแวดล้อมจึงมีการเปลี่ยนแปลงจากรูปแบบเดิมที่กำหนดไว้ในโปรแกรมที่ต้องมีการวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมให้ทุกบ้านผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา กล่าวคือ พื้นที่ละ 3 หลัง แต่ได้มีการปรับให้มีการจัดสภาพแวดล้อมโดยเลือกเพียง 1 กรณีศึกษาที่ผู้เข้าร่วมทดลองในโปรแกรมเห็นสมควร ซึ่งทำให้ไม่มีข้อเปรียบเทียบการทำงานภายใต้สภาวะและสภาพแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันของบ้านแต่ละหลังในชุมชน แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกับ อสม.และผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่เพื่อร่วมกับตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานและความเหมาะสมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. การวิจัยนี้ได้ทดลองจัดโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ต่างจังหวัดไม่เคยเข้าร่วมอบรมออนไลน์มาก่อน แต่ทั้งนี้จากผลการวิจัยพบว่าได้ผลสัมฤทธิ์ทั้งคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและคะแนนพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเท่ากับว่าแม้ อสม.จะไม่เคยใช้รูปแบบอบรมออนไลน์ ทางผู้จัดการอบรมก็สามารถเตรียมรูปแบบนี้ให้ใช้ได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสภาวะที่มีการแพร่ระบาดของโรค อีกทั้งสามารถจัดการอบรมให้กลุ่มคนจำนวนมากพร้อมกันได้ ซึ่งผู้เข้าร่วมจะเรียนรู้จากที่ได้ก็ได้อีกทั้งสามารถจัดการอบรมให้กลุ่มคนจำนวนมากพร้อมกันได้ ซึ่งผู้เข้าร่วมจะเรียนรู้จากที่ได้ก็ได้อีกหากมีอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมก่อนการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้วิจัยนัดเวลาทดสอบระบบออนไลน์ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนก่อนการเรียนจริง และให้การสนับสนุนค่าอินเทอร์เน็ตเพื่อใช้ในการเรียนรู้

2. จากผลการทดลองพบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและเกิดให้มีพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมได้ ดังนั้น หากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงองค์กรพัฒนาต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงาน สนใจโปรแกรมไปพัฒนา อสม. ในพื้นที่ รวมทั้งขยายผลนำไปใช้กับกลุ่มอื่น เช่น นักพัฒนาชุมชนในพื้นที่ บุคลากรทางสุขภาพทุกภาคส่วน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นญาติ สามารถนำไปเป็นกิจกรรมในการอบรมเพื่อใช้ประโยชน์ในวงกว้างเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

3. จากการลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์ประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะสุดท้าย ผู้วิจัยพบว่า นอกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยตรง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และกระทรวงสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายที่สามารถช่วยให้การจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบความสำเร็จได้ คือ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ช่วยสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงบ้าน ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ติดต่อกับทาง พมจ. ให้สนับสนุนการปรับปรุงทางกายภาพของที่อยู่อาศัยในระยะต่อไปหลังสิ้นสุดงานวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกรณีศึกษาของงานวิจัย และทางหัวหน้ากลุ่ม อสม.ในพื้นที่ได้ติดต่อให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จัดสรรงบประมาณเข้าร่วมช่วยเหลือต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยนี้เป็นการจัดกระทำให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งคัดเลือกผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และได้ผลลัพธ์ทั้งด้านความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมจัดสภาพแวดล้อมสูงขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งต่อไปควรขยายผลให้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา รวมทั้งอาจขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มอื่นที่นอกเหนือจากผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากบริบทของการดูแลมีความใกล้เคียงกัน

2. จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่าเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวของบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความเอาใจใส่และการดูแลผู้สูงอายุแต่ละบ้านแตกต่างกัน ซึ่งการวิจัยครั้งต่อไปอาจนำมาเป็นตัวแปรจัดประเภทหรือปฏิสัมพันธ์ร่วมในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองผลการใช้โปรแกรมได้ เพื่อสะท้อนผลการวิจัยว่าตัวแปรดังกล่าวส่งผลต่อการสร้างพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างไร

3. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจำเป็นต้องดูผลในระยะยาว ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นว่าเมื่อมีการลงเยี่ยมบ้านครั้งแรกจะยังคงเห็นว่าแม้พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมของ อสม. จะมีสูงขึ้น แต่หากไม่ได้มีการถ่ายทอดต่อให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล บ้านก็ไม่สามารถคงสุขอนามัยไว้ได้ ดังนั้นในขั้นตอนระยะสุดท้ายของการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาการถ่ายทอดสู่สาธารณะจึงมีความสำคัญมาก ผู้นำผลการวิจัยไปปรับใช้ควรเพิ่มเติมกระบวนการถ่ายทอดสู่สาธารณะ การบอกกล่าวแนะนำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้และตระหนักถึงอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วย

4. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการวิจัย นอกจากเกิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม ยังเกิดความร่วมมือของคนในชุมชนในการเข้าร่วมพัฒนาที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้น หากผู้ที่สนใจนำการวิจัยไปใช้ สามารถศึกษาการวิจัยในรูปแบบการให้ชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ได้ ซึ่งจะได้การวิจัยอีกรูปแบบหนึ่งที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในโปรแกรมนี้มีชั่วโมงการเรียนรู้ 48 ชั่วโมง แบ่งเป็นการเรียนรู้ภาคทฤษฎี 18 ชั่วโมง และการฝึกปฏิบัติ 30 ชั่วโมง ซึ่งในการนำโปรแกรมไปใช้สามารถนำโครงสร้างที่มีไปใช้จัดเพื่อให้เกิดผลการเรียนรู้ได้ ซึ่งเมื่อเทียบกับการเรียนรู้ในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่เดิมจะมีชั่วโมงเวลาการเรียนรู้เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมไว้ในหลักสูตร 420 ชั่วโมงมีระยะเวลาในการเรียนรู้ 4 ชั่วโมง และในหลักสูตร 70 ชั่วโมง มีระยะเวลาการเรียนรู้เพียง 1 ชั่วโมง ซึ่งไม่มีรายละเอียดด้านการเฝ้าระวังสุขภาพที่เกิดจากสภาพแวดล้อม การป้องกันด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถเพิ่มเติมองค์ความรู้ทั้งหมดนี้ได้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและความเสี่ยงต่อสุขภาพในยุคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- Altschuld, J. W. K., D.D. . (2010). *Needs Assessment: An Overview*. California: SAGE Publications, Inc.
- Anderson, E., Schiano, B. (2016). *Teaching with Cases: A Practical Guide*. . Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J., & Lofland, L. (2001). *Handbook of Ethnography*. California: SAGE Publications, Inc.
- Atkinson, P. H., M., (1994). Ethnography and participant observation. In *Handbook of Qualitative Research*. California: SAGE Publications, Inc.
- Burton, E. (2012). Street ahead? The role of the built environment in healthy ageing. . *Perspectives in Public Health.*, 132(4), 161-162.
- Buzan, T. (2010). Inventor of Mind Mapping. Retrieved from www.tonybuzan.com
- Chayovan, N. (2005). *The fragile elderly in Thailand*. . Retrieved from <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/8602>. Retrieved 15 May 2019
- <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/8602>.
- Christensen Center for Teaching and Learning. (2016). *Promoting Excellence and Innovation in Case Method Teaching*. Retrieved from <https://www.hbs.edu/teaching/Pages/default.aspx>. Retrieved 15 May 2019
- <https://www.hbs.edu/teaching/Pages/default.aspx>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Creswell, J. W. (2015). *A Concise Introduction Mixed Methods Research*. California: Thousand Oaks.
- Dori, Y. J. a. H., O. . (2005). Case-based long-term professional development of science teachers. *International Journal of Science Education*, 27(12), 1413-1446.
- Finn, S., & O'Follon, L. . (2017). The emergence of environmental health literacy – From its roots to its future potential. *Environmental Health Perspectives.*, 125, 495-501.

- Fukawa, T. (2007). Health and long-term care expenditures of the elderly in Japan using a microsimulation model. . *The Japanese Journal of Social Security Policy*, 6(2), 199–206.
- Golden, R. N., Gaynes, B.N., Ekstrom, R.D., Hamer, R.M., Jacobsen, F.M., and Suppes, T. (2005). The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorder: A review and meta-analysis of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 656-662.
- Hamilton, K., Todd, T. . (2016). A case-based course on developing interprofessional health competencies. In *Innovative Learning and Teaching: Experiments Across the Disciplines*. (pp. 23-32): Libraries publishing.
- Institute of Medicine. (2004). *Health Literacy: A prescription to end confusion*. Retrieved from <http://www.iom.edu/reports/2004/health/literacy.aspx>.
<http://www.iom.edu/reports/2004/health/literacy.aspx>
- Ishiki, A., Okinaga. S., Tomita. N., Kawahara. R., Nagatomi, R. . (2016). *Changes in cognitive function in the elderly living in temporary housing after the greatest Japan earthquake*: PLOS One.
- Jiang, S. P., Huang, L.W., Chen, X.L. Wang, J.F., Wu, W., and Yin, S.M. . (2003). Ventilation of wards and nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome among healthcare worker. *Chinese Medical Journal*, 116(9), 1293-1297.
- Knowles M.S., H. E. F., Swanson R.A. . (2005). *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Missouri: Elsevier.
- Livesley, B. (1992). *Diagnostic difficulties in elderly people: the value of a multidisciplinary approach*: Spectrum International.
- Malenbaum, S. F., Keefe, J. Williams, A.C., Ulrich, R. and Somers, T.J. . (2008). Pain in its environmental context: Implications for designing environments to enhance pain control. *Pain*, 134, 241-244.
- Marsili, D., Comba, P., & De Castro, P. . (2015). Environmental health literacy within the Italian asbestos project: Experience in Italy and Latin American contexts. *Annali dell'Isitituto Superiore di Sanita*, 51(3), 180-182. doi:10.4415/ANN_15_03_02.

- McClean, S. F. (2016). Case-based learning and its application in medical and healthcare fields: A review of worldwide literature. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 3(Jan-Dec).
- Murakawa, H., & Yasumura, K. . (2011). Reforms of Elderly long-term care insurance system in Germany and Japan—focused on the development of community services for the elderly with consulting and support functions. *Journal of Social Policy and Social Work*, 15, 25-38.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategy into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Press, G. (2007). *Hospital pulse report: Patient perspectives on American healthcare*.
- Putthinoi, S., Lersilp, S. & Chakpitak, N. . (2017). Home features and assistive technology for the home-bound elderly in a Thai suburban community by applying the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Journal of Aging Research*.
- Schulster, C. P., Chinn, W., Arduino, M.J., Carpenter, J., Donlan, R., and Ashford, D. . (2004). *Guidelines for environmental infection control in healthcare facilities*. . Chicago: American Society for Healthcare Engineering/ American Hospital Association.
- Society, A. G. (2001). Guideline for the prevention of falls in older person. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 664-672.
- Society for Public Health Education – SOPHE. (2015). *Environmental Health Promotion: What is Environmental Health Literacy?* . Retrieved from http://www.sophe.org/environmentalhealth/key_ehl.asp
- Somrongthong, R., Dullyaperadis, S., Wulff, A. L., & Ward, P. R. . (2014). The effects of housing on health and health risks in an aging population: A qualitative study in rural Thailand. *BioMed Research International*.

- Ugras, G. a. O., S.D. . (2007). Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *Tohoku Journal of experimental Medicine*, 212(3), 299-308.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Barch, X.Z., Zhu, X., Dubose, J., Seo, H.B., Choi, Y.S., Quan, X., and Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossar*. Geneva: WHO Publication.
- WHO. (2002). *Active aging: A Policy Framework*. Geneva: WHO Publication.
- WHO. (2017). *Report on health-care waste management status in countries of the South-East Asia Region*. New Delhi: Regional Office for South-East Asia. Retrieved from New Delhi:
- Yoo M.S. & Park J.H. (2015). Effects of case-based learning on communication skills, problem-solving ability and learning motivation in nursing students. *Nurse Health Sci*, 17(2), 166-172.
- เขต ใจกล้ายา. (2562). พื้นฐานอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2559). สถาปัตยกรรมโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ สุขศาลา สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- กรมการปกครอง. (2559). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 ([เอกสารเผยแพร่] ข้อมูลสถิติทางการลงทะเบียน กรมการปกครอง. ed.).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ (อ. แ. รองอธิบดีกรมอนามัย Ed.).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ. นนทบุรี.
- กฤตวรรณ สาหรัย. (2560). การศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่นและในประเทศไทย รายงานการสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ปี 2560. กรุงเทพมหานคร.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. Retrieved 9 ตุลาคม 2562
- จรรยา อินทร์ศรีมี และคณะ. (2560). การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

- ชไมพร กาญจนากิจสกุล. (2559). กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข., 25(2), 192-203.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. (2560). การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุโดยชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร., ปีที่ 5 ฉบับพิเศษ.
- ชินภัทร์ จิระวรพงศ์. (2554). ผลการจัดการเรียนการสอนสำหรับนิสิตแพทย์โดยใช้ผู้ป่วยเป็นฐาน. . วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร., 13(1 มกราคม-เมษายน.).
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชร ชวนะพันธุ์. (2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. สระบุรี.
- นอรินี ตะหวา และปวีตร ชัยวิสิทธิ์. (2559). การจัดสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 5(1 มกราคม-มิถุนายน.), 31-39.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี จำกัด.
- พรเทพ ศิริวงารังสรรค์. (2558). จัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม ป้องกันผู้สูงวัยหกล้ม. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2015/08/10723>. Retrieved 14 มิถุนายน 2562.
- <https://www.hfocus.org/content/2015/08/10723>
- ยงยุทธ แสงประสิทธิ์. (2559). รวบรวมความวิวิธวิทยาและทฤษฎีเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ในชุมชนและโรงเรียน. นครปฐม: พรินเตอร์.
- รติรส ตะโกพร. (2558). พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษาอำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2554). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช. (2561). เอกสารประกอบการสอนหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง. นครศรีธรรมราช.
- วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ. (2559). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพฯ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- วิสาขา ภูจินดา และภากรณ วงศ์จันทร์. (2561). ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 24(1 มกราคม-เมษายน), 103-148.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สกลสุภา อภิจำบุญโชค. (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาการหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดของนักศึกษาพยาบาล. *วิจัยเวชสาร*, 59(3), 25-34.
- สกลชัย สุมนานุสรณ์. (2557). การศึกษาความต้องการรูปแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพบริเวณรอบที่พักรักษาสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ. *วารสารธุรกิจปริทัศน์*, 6(2), 182-191.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. Retrieved from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2557). ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(1), 71-88.
- สุชน ยี่มรัตน์บวร. (2560). เสนอแนะการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุโครงการแบบบ้านยี่มเพื่อประชาชนระยะที่ 3 สำนักการโยธา กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง*, 24(1 มกราคม-มิถุนายน), 50-64.
- สุรพล พยอหม้อยิ้ม. (2545). ปฏิบัติการจิตวิทยาในงานชุมชน. กาญจนบุรี: สหทัยพัฒนาการพิมพ์.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2548). การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุนานาชาติ. (2012). *สรุปรายงานการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุครั้งที่ 2 แผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุแมดริด 2002 ฉบับย่อ*. Retrieved from เชียงใหม่: อังคณา นาคอุบล และคณะ. (2558). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยช่วงย้ายจากครอบครัวเข้าสู่สถานบริการผู้สูงอายุระยะยาว. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 9(3), 269-278.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2562). การรวบรวม ประมวลผลข้อมูล และรายงานผลการดำเนินงานเครื่องมือประเมินความรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เมืองและเขตชนบท. Retrieved from นนทบุรี:

อารยา เขียงของ. (2561). ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. . (ปริญญาานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.





ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือ

- | | |
|---|--|
| 1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุदारัตน์ ตันติวิวัฒน์ | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงขง | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 4) ดร.กันยารัตน์ กุญสุวรรณ | กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข |
| 5) ดร.ศิริเนตร สุขดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขสิงห์บุรี |

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่ออธิบายระดับการปฏิบัติในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม แบ่งเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

คำชี้แจง แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 25 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15

ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

1. ชื่อเล่นของฉัน

ชื่อชุมชนที่ฉันอาศัยอยู่

2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง

3. สถานภาพครอบครัว

(1) โสด (2) สมรส (3) หม้าย/หย่า/แยก

4. ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นาน ปี

(โปรดระบุจำนวนปีเต็ม)

5. อายุของฉันในปัจจุบัน ปี (โปรดระบุจำนวนปีเต็ม)

6. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ มาเป็นเวลา ปี (โปรดระบุจำนวนปีเต็ม)

7. ระดับการศึกษาสูงสุด หรือกำลังศึกษาระดับชั้นใด
- (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ (2) ประถมศึกษา
 (3) มัธยมศึกษาตอนต้น (4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 (5) อนุปริญญา/ปวส. (6)ปริญญาตรีขึ้นไป
8. อาชีพหลักที่ทำอยู่ในปัจจุบันคืออาชีพใด (นอกเหนือจากการเป็น อสม.)
- (1) รับจ้างทั่วไป (2) เกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น
 (3) ค้าขาย/ทำธุรกิจ (4) รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 (5) พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน (6) ไม่ได้ทำงาน/เป็นพ่อบ้านแม่บ้าน/ทำงานบ้าน
 (7) อื่นๆ โปรดระบุ
9. ประวัติการมีโรคประจำตัวของฉัน
- (1) ไม่มีโรคประจำตัว
 (2) มีโรคประจำตัว (โปรดระบุชื่อโรค/อาการ)
10. ฉันมีประสบการณ์อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือไม่และเกี่ยวข้องกับฉันอย่างไร
- (1) ไม่มี (2) มี โปรดระบุ

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

กรุณาเลือกตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ประเด็นคำถาม	ระดับความสามารถและทักษะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม					
1. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง	1	2	3	4	5
2. ฉันเปิดรับข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อนำมาใช้ในบ้านหรือในชุมชน	1	2	3	4	5
3. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองโดยไม่พึ่งใคร	1	2	3	4	5

ประเด็นคำถาม	ระดับความสามารถและทักษะ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4. ฉันสามารถสืบค้นข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ฉันพบเจอได้	1	2	3	4	5
5. ฉันมั่นใจว่า แหล่งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ฉันค้นหานั้น ตรงกับความต้องการที่ฉันอยากรู้หรือจะนำมาใช้	1	2	3	4	5
6. เมื่อต้องการทราบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ฉันสามารถค้นหาได้ทันทีทั้งจากผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์	1	2	3	4	5
7. ฉันทราบวิธีที่จะสืบค้นข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้คำตอบตามที่ฉันหรือเพื่อนฉันต้องการ	1	2	3	4	5
การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม					
8. ฉันสามารถอ่านข้อมูล คำศัพท์ ความรู้ที่เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างเข้าใจ	1	2	3	4	5
9. ฉันรู้และเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ ได้	1	2	3	4	5
10. ฉันเข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการต่างๆ ในการลดความเสี่ยงของปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	1	2	3	4	5
11. ฉันรู้และเข้าใจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเพียงพอที่จะนำมาใช้ป้องกันอันตรายต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นได้	1	2	3	4	5

ประเด็นคำถาม	ระดับความสามารถและทักษะ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12. ฉันเข้าใจสาเหตุและผลกระทบจาก ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	1	2	3	4	5
13. ฉันสามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจใน ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมได้	1	2	3	4	5
14. ฉันเข้าใจในข้อปฏิบัติหรือ คำแนะนำในคู่มือ เอกสารสิ่งพิมพ์ แผ่น พับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาอนามัย สิ่งแวดล้อมได้	1	2	3	4	5
การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม					
15. ฉันตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม	1	2	3	4	5
16. ฉันศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลอนามัย สิ่งแวดล้อมจากหลายแหล่งก่อนที่จะ เชื่อหรือทำตาม	1	2	3	4	5
17. ฉันสอบถามผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อยืนยันข้อมูลใน ประเด็นต่าง ๆ	1	2	3	4	5
18. ฉันประเมินความถูกต้องของข้อมูล เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ จากหลายแหล่งก่อนที่จะทำตาม	1	2	3	4	5
19. ฉันตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล นั้นก่อนเมื่อได้รับข้อมูลวิธีป้องกัน ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	1	2	3	4	5
20. ก่อนที่ฉันจะเลือกวิธีจัดการความ เสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ฉันจะ	1	2	3	4	5

ประเด็นคำถาม	ระดับความสามารถและทักษะ				
	ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
เปรียบเทียบหลาย ๆ วิธีการเพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดก่อนที่จะทำตาม					
การตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ					
21. ฉันสามารถใช้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่เพียงพอต่อการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านและในชุมชนได้	1	2	3	4	5
22. ฉันสามารถใช้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องมาช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้	1	2	3	4	5
23. ฉันนำข้อมูลความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่เพียงพอ มาใช้ในการจัดการสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุที่ฉันดูแลอยู่	1	2	3	4	5
24. ฉันสามารถปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดีได้	1	2	3	4	5
25. ฉันเข้าร่วมกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อนำประสบการณ์มาใช้พัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อให้ทุกคนสุขภาพดี	1	2	3	4	5

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับตัวท่าน

ประเด็นคำถาม	ระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ		
	บ่อยครั้ง	ปฏิบัติอยู่บ้าง	แทบจะไม่ปฏิบัติเลย
พฤติกรรมการจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุ			
1. ฉันจัดเก็บสิ่งของไม่ให้เกิดขวางบริเวณที่อาจเกิดอุบัติเหตุได้			
2. ฉันจัดการพื้นผิวทางเดินเพื่อลดอุบัติเหตุบริเวณรอบบ้านให้เรียบเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ			
3. ฉันตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องใช้ในบ้าน เช่น เตียนนอน รถเข็น คอกเดินไม้เท้า ม้านั่ง หรืออื่น ๆ ของผู้สูงอายุให้อยู่สภาวะที่ใช้งานได้			
4. ฉันประเมินความปลอดภัยจากอุบัติเหตุในบ้านผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยมบ้าน			
5. ฉันแนะนำให้สมาชิกในบ้านดูแลพื้นที่ห้องของผู้สูงอายุไม่ให้เปียกหรือลื่น			
พฤติกรรมจัดการของเสีย			
6. ฉันช่วยกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลในบ้านผู้สูงอายุที่ฉันดูแลอยู่อย่างถูกสุขลักษณะ			
7. ฉันให้ความรู้ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับประเภทของขยะเมื่อมีการเยี่ยมบ้าน			

ประเด็นคำถาม	ระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ		
	บ่อยครั้ง	ปฏิบัติอยู่บ้าง	แทบจะไม่ปฏิบัติเลย
8. ฉันช่วยคัดแยกขยะให้ถูกต้อง เช่น ขยะติดเชื้อ เศษอาหาร ในบ้าน ผู้สูงอายุที่ฉันดูแลอยู่			
9. ฉันตรวจสอบวิธีการจัดการขยะ และของเสียภายในบ้านของญาติหรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีการจัดการที่ ถูกต้อง			
10. ฉันแสดงให้ญาติหรือผู้ดูแล ผู้สูงอายุได้เห็นถึงวิธีการจัดการขยะที่ ถูกต้อง เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรค มาสู่ตนเองและผู้สูงอายุได้			
พฤติกรรมกรรมการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			
11. ฉันดูแลให้มีแสงสว่างในห้อง ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ			
12. ฉันตรวจสอบอากาศให้ถ่ายเท สะดวกไม่มีมลพิษจากกลิ่น			
13. ฉันแนะนำวิธีป้องกันไม่ให้เกิด เสียงดังรบกวนผู้สูงอายุ			
14. ฉันจัดให้มีพื้นที่สีเขียวเพื่อการ ผ่อนคลาย			
15. ฉันแนะนำการเลือกใช้สีภายใน ห้องที่สบายตาให้กับญาติของ ผู้สูงอายุ			

ภาคผนวก ค

รายละเอียดโปรแกรม

**การส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้ แบบกรณีศึกษาที่มีต่อ
พฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน**

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ เป็นกระบวนการที่สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy: EHL) โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 4) การตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งความสำคัญของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้น จุดมุ่งหมายของโปรแกรมนี้อาจเพื่อพัฒนาและเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มุ่งให้เกิดผลต่อพฤติกรรมจัดสภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ การเกิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ การจัดการของเสีย และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินการฝึกอบรมมีการเรียนรู้ภาคทฤษฎี 18 ชั่วโมง ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ 30 ชั่วโมง โดยกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมนี้อาจแบ่งเป็น 3 ระยะดำเนินการ ได้แก่ ระยะก่อนการเรียนรู้ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวิธีการเรียน เนื้อหาที่จะเรียนรู้ในโปรแกรม และการทดสอบก่อนเรียน ระยะการเรียนรู้ตามกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (case-based learning) ประกอบด้วย 4 ชั้น ได้แก่ 1) ชั้นการเสริมสร้างความรู้การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ชั้นการศึกษากรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) ชั้นการพัฒนาตนเองและการฝึกทักษะการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 4) ชั้นการสรุปผลและประเมินผลการฝึกปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระยะหลังการเรียนรู้ เพื่อการติดตามประเมินผลโดยเว้นระยะหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

ผู้เข้ารับการอบรม “โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” จะต้องบรรลุวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- (1) มีความรู้ ความเข้าใจและมีเจตคติในการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
- (2) เกิดพฤติกรรมและสามารถจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม
- (3) มีความสามารถในการวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (problem solving) ตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (decision making) สื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effective communication) มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น (interpersonal relationship skill)

กลุ่มเป้าหมายและคุณสมบัติ

การฝึกอบรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้รับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเข้าร่วมฝึกอบรมจากพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 30 คน และจังหวัดยโสธรจำนวน 30 คน ที่มีความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการวิจัย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็น อสม. ที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร และจัดทำรายงานการฝึกอบรมได้
- (2) เป็นผู้ที่มีความสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
- (3) มีเครื่องมือการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับการออนไลน์ เช่น โทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเพื่อเรียนออนไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ตลอดการวิจัย มีเกณฑ์ดังนี้

- (1) ผู้เข้าร่วมไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันเวลาที่เก็บข้อมูลได้
- (2) ผู้เข้าร่วมไม่สมัครใจให้ข้อมูลไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม
- (3) ผู้เข้าร่วมมีโรคประจำตัว/มีปัญหาสุขภาพ

ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมสามารถยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดในพื้นที่ ซึ่งมีผลต่อการเก็บข้อมูล และการจัดการฝึกอบรม

โครงสร้างโปรแกรม และระยะเวลาการฝึกอบรม

โปรแกรมการฝึกอบรมนี้ใช้ระยะเวลารวม 48 ชั่วโมง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 แบ่งการจัดออกเป็น 3 ระยะดำเนินการดังนี้

ระยะ	ครั้งที่	กิจกรรม	คำอธิบาย	ภาคทฤษฎี	ภาคปฏิบัติ
ระยะก่อนการเรียนรู้	1	ปฐมนิเทศ	- แนะนำโปรแกรมและวิธีการเรียนรู้ - สร้างความคุ้นเคยรู้จักกัน - ประเมินก่อนการเรียนรู้	3 ชั่วโมง	
ระยะการเรียนรู้ ชั้นการเสริมสร้างความรู้การจัดสภาพแวดล้อม	2	เตรียมการและทำความเข้าใจ	- รู้จักและเข้าใจ “ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม” - สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง - วิธีป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	3 ชั่วโมง	
	3	ใส่ใจสิ่งแวดล้อมในบ้าน	- สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ - ความรู้เกี่ยวกับ Universal Design - อันตรายภายในบ้าน - ผนัระวังการผลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	3 ชั่วโมง	
ระยะการเรียนรู้ ชั้นการศึกษากรณีศึกษา	4	รู้ เลือ ก ตัดสินใจ เพื่อจัดสภาพแวดล้อม	- นำข้อมูลไปใช้จัดสภาพแวดล้อมได้ - วิธีสื่อสารเพื่อนำเสนอการจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ	3 ชั่วโมง	

ระยะ	ครั้งที่	กิจกรรม	คำอธิบาย	ภาคทฤษฎี	ภาคปฏิบัติ
	5	ศึกษา กรณีศึกษา ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพังกงใน ชุมชน	- เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มี ภาวะพังกง - สื่อสารเพื่อขอความ คิดเห็นจากผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ - วางแผนและตัดสินใจ ร่วมกันเพื่อเลือกการ ปรับปรุงสภาพแวดล้อม อย่างสมเหตุสมผล		6 ชั่วโมง
ระยะการเรียนรู้ ขั้นการพัฒนาตนเองและการฝึกทักษะ	6	ฝึกปฏิบัติ พัฒนาพื้นที่ สภาพแวดล้อม	ลงพื้นที่เพื่อจัด สภาพแวดล้อมบ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพังกง ตามการวางแผน		24 ชั่วโมง
ระยะการเรียนรู้ ขั้นสรุปผลและประเมินผลการฝึกปฏิบัติ	7	สรุปผลการ ดำเนินงาน และสะท้อน ความคิด	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการ ดำเนินการจัดสภาพ แวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ - สะท้อนความสำเร็จ ปัญหาและแนวทางแก้ไข - ประเมินผลหลังการ เรียนรู้	3 ชั่วโมง	

ระยะ	ครั้งที่	กิจกรรม	คำอธิบาย	ภาคทฤษฎี	ภาคปฏิบัติ
ระยะหลังการเรียนรู้	8	ถอดบทเรียน ความรอบรู้ อนามัย สิ่งแวดล้อม และการจัด สภาพแวดล้อม	- ประเมิน ทบทวนความ เข้าใจการจัดสภาพ แวดล้อมที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - สื่อสารข้อมูลสู่ชุมชน เกี่ยวกับความรู้ความ เข้าใจด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม	3 ชั่วโมง	

แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการประเมินผล

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ (ระยะก่อนการเรียนรู้)

จุดประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม

1. เข้าใจวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม
2. ลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ตอบข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและทำแบบประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม
4. ทำความคุ้นเคยและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม และสร้างกลุ่มการติดต่อด้วยแอปพลิเคชันไลน์ (line application)

สาระการเรียนรู้

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy: EHL) ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 4) การตัดสินใจเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ

กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (case-based learning) ประกอบด้วย 4 แผนการจัดการเรียนรู้ จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 6 ชั่วโมง ตามขั้นตอนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้ตามทฤษฎีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขั้นตอนที่ 2 การจัดกลุ่มศึกษาและฝึกปฏิบัติร่วมกันเป็นทีม ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาตนเอง โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกทักษะการจัด

สภาพแวดล้อมไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ตนเองเป็นผู้ดูแล และจัดให้มีการทบทวนการปฏิบัติงานผ่านสื่อเทคโนโลยี และขั้นตอนที่ 4 การสรุปผลและประเมินผล

วิธีการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรม และลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการเรียนรู้ในโปรแกรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำการลงทะเบียนและให้ข้อมูลส่วนบุคคลผ่านระบบออนไลน์ และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ กำหนดการ จำนวนครั้ง วัน เวลา ระยะเวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1. ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำแบบทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health literacy) และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมสภาพแวดล้อม (environment managing behavior) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. อธิบายผลการวิจัยจากการเก็บข้อมูลในระยที่ 1 เกี่ยวกับบริบทชุมชน สภาพปัญหา และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

3. อธิบายแนวคิด หลักการที่ใช้ในการจัดกิจกรรม วิธีการเรียนรู้ ความหมายของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการจัด ได้แก่ พฤติกรรมการจัดพื้นที่เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมการจัดการของเสีย และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

4. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นสรุป ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

2. จัดตั้งกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร และให้ข้อมูลกิจกรรม สื่อการเรียนรู้สำหรับการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม power point
3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบออนไลน์
4. แบบทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

5. แอปพลิเคชันไลน์ (line application)

การประเมินผล

1. ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผลการประเมินแบบทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม
3. ความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากการซักถามและการเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 2 ขั้นการเสริมสร้างความรู้การจัดสภาพแวดล้อม (ระยะการเรียนรู้) กิจกรรม เตรียมการและทำความเข้าใจ

จุดประสงค์

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลและทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ

1. สืบค้นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เลือกลงและค้นหาแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้
3. ทำความเข้าใจเนื้อหาสาระด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง

สาระการเรียนรู้

การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ (active learning) ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อทำความเข้าใจในปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชน ได้แก่ ปัญหาด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดบริเวณบ้านสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล และความปลอดภัยในบ้าน และฝึกทักษะการเข้าถึงความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเว็บไซต์ในประเด็นปัญหา เช่น การหกล้มลื่นล้ม การนอนไม่หลับ ความเครียดของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้าน โรคจากการติดเชื้อจากสัตว์พาหะ อุบัติเหตุภายในบ้าน เป็นต้น

การเรียนรู้คัดเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สร้างทักษะการสืบค้นข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลที่รับรู้อย่างมีวิจารณญาณ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน
ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

นำกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทำการจับคู่กลุ่มอาการของโรคกับชื่อโรคที่มีในผู้สูงอายุผ่านการแข่งขันแบบกลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1. ชักชวนพูดคุยปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนเอง โดยให้แต่ละคนพิมพ์ปัญหาที่พบได้ในโปรแกรม mentimeter คนละไม่เกิน 5 ปัญหา จากนั้นสรุปร่วมกันในห้องเรียน (20 นาที)

2. ดูคลิปเกี่ยวกับปัญหาและโรคที่เกิดจากปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และอภิปรายร่วมกัน (20 นาที)

3. ชักชวนพูดคุยสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนเอง โดยใช้กิจกรรมย่อยจับกลุ่ม 3 คน ทำกิจกรรม “ฟังให้มาก เคี้ยวอย่ากลืน” โดยแบ่งหน้าที่ให้ 1 คนเล่าเรื่อง 1 คนถามคำถาม และ 1 คนจดประเด็นที่รับฟัง เล่าเรื่องภายในเวลา 5 นาที จดแต่ประเด็นด้วยรูปแบบการจดบันทึก 1 ประเด็นความต้องการต่อ 1 การบันทึก

ให้แต่ละกลุ่มสลับหน้าที่ผู้ถาม ผู้เล่า และผู้จดบันทึกอีก 2 รอบ เพื่อให้ทุกคนได้ทำหน้าที่ และให้กลุ่มช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำเสนอในชั้นเรียน (20 นาที)

4. ให้แต่ละกลุ่มร่วมกันสรุปผลการพูดคุยความต้องการเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนเอง กลุ่มละไม่เกิน 3 นาที และให้กลุ่มผู้ฟังร่วมกันจดประเด็นที่ได้รับฟัง (10 กลุ่มรวม 30 นาที)

5. แนะนำและฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือ โดยกำหนดหัวข้อในการสืบค้นเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การหกล้ม ลื่นล้ม การนอนไม่หลับ และความเครียดของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้าน โรคจากการติดเชื้อจากสัตว์พาหะ อุบัติเหตุภายในบ้าน และอภิปรายเนื้อหาในเว็บไซต์จากการสืบค้นร่วมกัน (30 นาที)

ขั้นสรุป ใช้เวลา 30 นาที

1. สรุปกิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้

2. มอบหมายการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจับคู่เพื่อสืบค้นข้อมูลจากหัวข้อที่เรียนไปตามความสนใจ โดยให้แต่ละคนสืบค้นจากแหล่งข้อมูลคนละแหล่ง แล้วทำการฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบ คัดกรอง และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลร่วมกันกับคู่ และสรุปลงในแบบบันทึกออนไลน์ (google form)

3. มอบหมายการเรียนรู้ด้วยตนเองครั้งต่อไป โดยผู้สอนส่งโจทย์การเรียนรู้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางกลุ่มไลน์ เกี่ยวกับการถ่ายภาพบ้านของผู้สูงอายุ

4. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อ/อุปกรณ์

1. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม power point

2. เว็บไซต์ mentimeter

3. แบบบันทึกออนไลน์ (google form)

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมตอบคำถามกิจกรรมขณะเรียนรู้

2. การแสดงความคิดเห็นร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. ตรวจสอบความรู้ความเข้าใจและการสืบค้นข้อมูลจากแบบบันทึกออนไลน์การเรียนรู้

ด้วยตนเอง

ครั้งที่ 3 ขั้นการเสริมสร้างความรู้การจัดสภาพแวดล้อม (ระยะการเรียนรู้)

กิจกรรม ใส่ใจสิ่งแวดล้อมในบ้าน

จุดประสงค์

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีความรู้ ความเข้าใจการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมได้โดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถปฏิบัติได้ตามทฤษฎีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ

1. สืบค้นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมได้โดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เลือกลงและค้นหาแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้
3. ทำความเข้าใจเนื้อหาสาระด้านการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สาระการเรียนรู้

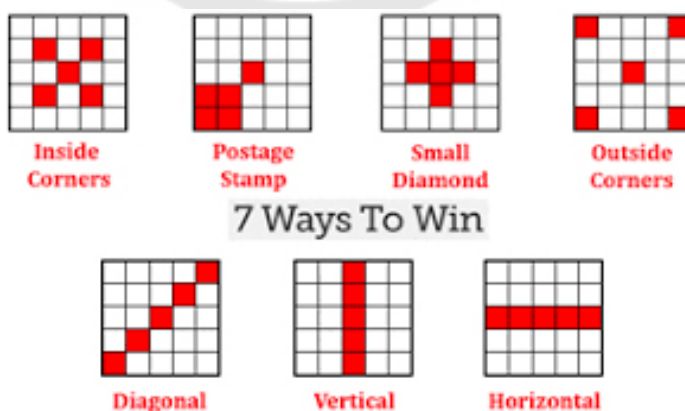
ลักษณะที่พึงอาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การออกแบบและการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในแต่ละพื้นที่ของบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การใช้แสง การควบคุมเสียง การเลือกอุปกรณ์ใช้งาน และการจัดวางสิ่งของในห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัว พื้นที่ส่วนกลาง และการจัดพื้นที่สำหรับช่วยเหลือขนย้ายผู้สูงอายุหากเกิดกรณีฉุกเฉิน

วิธีการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน
ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

เกมบิงโกของใช้ของผู้สูงอายุ โดยใช้ชื่อสถานที่ภายในบ้านเป็นหมวดหมู่ของสิ่งของ จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมแต่ละคนเขียนชื่อของใช้ของผู้สูงอายุที่ปรากฏให้เห็นตามหมวดหมู่ของสถานที่ เช่น สิ่งของในห้องครัว / ห้องนอน / ห้องนั่งเล่น (พื้นที่ส่วนกลาง) / ห้องน้ำ โดยใช้ตารางบิงโกขนาด 5x5 เว้นช่องตรงกลางสุดเพื่อเป็นช่อง free

ผู้สอนเตรียมชื่อสิ่งของแต่ละหมวดหมู่แยกกัน แล้วจับฉลากชื่อทีละ 1 ชื่อ เพื่อขานหาผู้ที่เขียนชื่อสิ่งของที่ตรงกันแล้วให้ทำเครื่องหมายลงในตารางบิงโกของตนเอง จนกว่าจะมีผู้ชนะ โดยผู้ชนะต้องมีลักษณะดังนี้



จากนั้นผู้สอนและผู้เข้าร่วมสรุปเกมในทิศทาง การทำความเข้าใจของใช้ต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่ บริเวณบ้านของผู้สูงอายุ สิ่งของใดควรอยู่ที่ใด และต้องป้องกันหรือระมัดระวังในการใช้อย่างไร เพื่อเป็นการเริ่มต้นการเรียนรู้การจัดพื้นที่ภายในบ้านของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1. พูดคุย อภิปรายเกี่ยวกับภาพถ่ายกรณีศึกษาสภาพแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุที่เตรียมไว้ ชักชวนพูดคุยประเด็นการเฝ้าระวังอุบัติเหตุภายในบ้าน และการจัดพื้นที่โดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม ช่วยกันสรุปในโมเดลบ้านที่ผู้สอนเตรียมไว้ (40 นาที)

2. สืบค้นรูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในแต่ละพื้นที่ของบ้านผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การใช้แสง การควบคุมเสียง การเลือกอุปกรณ์ใช้งาน และการจัดวางสิ่งของ ในห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัว พื้นที่ส่วนกลาง และพื้นที่สำหรับการขนย้ายผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน โดยแบ่งกลุ่มจำนวนกลุ่มละ 5-6 คน และเลือกสืบค้นตามหัวข้อที่แต่ละกลุ่มสนใจโดยไม่ซ้ำกันจาก แหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือร่วมกัน และสรุปประเด็นสำคัญร่วมกันในกลุ่มพร้อมทั้งระบุแหล่งอ้างอิง (30 นาที)

3. อภิปรายประเด็นสำคัญที่แต่ละกลุ่มสืบค้น โดยให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ กลุ่มละไม่เกิน 5 นาที จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันพูดคุยโดยเชื่อมโยงประเด็นการเฝ้าระวังปัญหาในพื้นที่ต่าง ๆ ภายในบ้านที่แสดงในโมเดลบ้าน กับประเด็นการจัดสภาพแวดล้อมที่แต่ละกลุ่มสืบค้นมา (30 นาที)

4. ผู้สอนสรุปกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองในครั้งที่ผ่านมาที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งผ่านทางแบบบันทึกออนไลน์ (google form) และเชื่อมโยงกับการเรียนรู้ในครั้งนี้ (20 นาที)

ขั้นสรุป ใช้เวลา 30 นาที

1. สรุปกิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้
2. มอบหมายการเรียนรู้ครั้งต่อไป และทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อ/อุปกรณ์

1. กระดาษตารางบิงโก และฉลากเฉลยสิ่งของในบ้าน
2. โมเดลบ้าน
3. คอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ต
4. แบบบันทึกออนไลน์ (google form)

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมตอบคำถามกิจกรรมขณะเรียนรู้

2. การแสดงความคิดเห็นร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. ตรวจสอบความรู้ความเข้าใจและการสืบค้นข้อมูลทั้งจากการเรียนรู้ด้วยตนเองและการทำกิจกรรมในขณะเรียนรู้

ครั้งที่ 4 ชั้นการศึกษาระดับปริญญาตรี (ระยะการเรียนรู้)

กิจกรรม รู้ เลือกลง ตัดสินใจ เพื่อจัดสภาพแวดล้อม

จุดประสงค์

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสื่อสารเพื่อนำเสนอการจัดสภาพแวดล้อม และการปรับพื้นที่สภาพแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละกรณี โดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม และมีทัศนคติที่ดีในการสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ

1. เข้าใจและเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2. ตัดสินใจและเสนอแนะแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้
3. แสดงออกถึงการสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

สาระการเรียนรู้

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่มีผลต่อการออกแบบสภาพแวดล้อม ความปลอดภัยทางกายภาพ การดูแลรักษาสภาพแวดล้อม ข้อพึงระวังเพื่อป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและนอกบ้าน และสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ

การสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังทำให้ติดบ้านและส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นบรรยากาศทั่วไปของการสื่อสารควรมีลักษณะเป็นกันเอง เต็มไปด้วยความเข้าใจ ความเห็นใจ และพร้อมที่จะให้กำลังใจกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ทำหน้าที่สื่อสารควรมีคุณสมบัติที่น่าเชื่อถือ น่าไว้วางใจ และมีหน้าที่ที่เป็นมิตร การเริ่มต้นควรเริ่มจากการแนะนำตนเองและผู้เกี่ยวข้อง ใช้หลักการให้คำปรึกษาเป็นหลัก หากมีสมาชิกในทีมรักษาพยาบาลหลายคนควรมีผู้ทำหน้าที่สื่อสารหลักเพียงคนเดียว เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนในเนื้อหาสาระ สมาชิกคนอื่นที่เกี่ยวข้องอาจให้ข้อมูลและความคิดเห็นที่ควรมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับผู้ทำหน้าที่สื่อสารหลัก

กิจกรรมบทบาทในการสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุ ผู้ทำหน้าที่สื่อสารควรเข้าใจอาการป่วยของผู้สูงอายุ และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น ผู้พูดควรพูด

ชัดเจน ช้า และใช้เสียงดังพอที่จะได้ยินชัดเจน สอบถามผู้สูงอายุเบื้องต้นว่าต้องการให้เรียกอย่างไร ควรนั่งให้หน้าตรงกับผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุใช้การอ่านปากผู้สื่อสารร่วมด้วย ตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้สูงอายุเล่า ควรมองตาขณะพูดคุย และมีการสัมผัสผู้สูงอายุ เช่น การจับมือ ตะแคงเบา ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียด

วิธีการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน
ก่อนวันจัดกิจกรรมร่วมกัน (การเรียนรู้ด้วยตนเอง)

มอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมศึกษาบทเรียนออนไลน์เรื่องสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยในวัยสูงอายุ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยทำการมอบหมายงานการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านไลน์กลุ่ม ส่งบทเรียนล่วงหน้าก่อนการเรียนรู้ครั้งนี้ ประมาณ 3 วัน แล้วให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนสรุปประเด็นจากบทเรียนออนไลน์ และสรุปลงในแบบบันทึกออนไลน์ (google form) โดยกำหนดให้ส่งสรุปบทเรียนก่อนวันจัดกิจกรรม 1 วัน

วันจัดการอบรม

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

ทดสอบความรู้ความเข้าใจจากการเรียนรู้ด้วยตนเองจากบทเรียนออนไลน์เรื่องสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยในวัยสูงอายุ โดยใช้โปรแกรมเว็บไซต์ kahoot ซึ่งการทดสอบจะเป็นลักษณะการตอบคำถามแบบมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก กำหนดระยะเวลาในการตอบ และผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดคือผู้ที่ตอบได้ถูกมากที่สุดและเร็วที่สุดซึ่งถือเป็นผู้ชนะ ในระหว่างการตอบคำถามแต่ละข้อ ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้ที่ถูกและเร็วที่สุดในข้อนั้นอธิบายคำตอบให้ผู้ร่วมเรียนรับทราบด้วย และผู้สอนพูดเสริมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคำตอบนั้น ๆ

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 20 นาที

1. ผู้สอนแนะนำหลักการเบื้องต้นในการสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (10 นาที)

2. กิจกรรมย่อย “เมื่อฉันเป็นผู้สูงอายุ” มีวัตถุประสงค์คือการฝึกให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นนักสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมครึ่งหนึ่งรับบทบาทเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังและมีโรคประจำตัวเรื้อรัง และอีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้สัมผัสภาษาของผู้สูงอายุ โดยสัมผัสภาษครั้งละ 4 นาทีต่อผู้สูงอายุ 1 คน และสลับเปลี่ยนผู้สัมผัสภาษาและผู้สูงอายุไปเรื่อย ๆ จนครบทุกคน (60 นาที)

บทบาทของผู้สัมผัสภาษาจะได้รับโจทย์ในสิ่งที่ตนเองต้องการรู้จากผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันไป เช่น อาหารที่กินในสัปดาห์ที่ผ่านมา การพบหมอครั้ง

สุดท้ายเป็นอย่างไรบ้าง ยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน การนอนและระยะเวลาการนอน เป็นต้น โดยผู้สัมภาษณ์จะต้องทำการบันทึกการสื่อสารด้วย

บทบาทของผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์จะต้องแสดงตนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามโรคภัยที่ได้รับ และมีใบลงคะแนนให้ผู้สัมภาษณ์แต่ละคน เพื่อตรวจสอบวิธีการสื่อสารเชิงบวก

3. สรุปรกิจกรรมร่วมกัน เพื่อแสดงลักษณะการสื่อสารที่ดี และเชื่อมโยงไปสู่การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ สิ่งที่ควรปฏิบัติ และข้อพึงระวังในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (20 นาที)

4. ผู้สอนแนะนำหลักการวางแผนการทำงานแบบอไจล์ (Agile manifesto) ได้แก่ 1) เน้นการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กันระหว่างคนมากกว่าใช้เครื่องมือต่าง ๆ 2) เน้นการลงมือปฏิบัติมากกว่าการทำเอกสาร 3) เน้นการสร้างผลงานตอบสนองการใช้งานมากกว่าการทำตามสัญญา และ 4) เน้นการปรับปรุงพัฒนามากกว่าการทำตามแผนที่วางเอาไว้ เพื่อให้เป็นแนวคิดในการทำงานร่วมกัน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (10 นาที)

5. แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อลงพื้นที่ศึกษารายกรณี โดยแบ่งตามพื้นที่รับผิดชอบกลุ่มละ 6-10 คน และมีผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และ/หรือด้านสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาการลงพื้นที่อย่างน้อย 1 คน โดยให้ในกลุ่มร่วมกันเสนอแนะว่าควรใช้พื้นที่บ้านของผู้สูงอายุท่านใดในการลงเยี่ยมบ้านและจัดสภาพแวดล้อม ซึ่งสังเกตจากภาพถ่ายที่ได้เคยส่งให้เรียนรู้ร่วมกันมาก่อน และให้ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดจุดที่ควรปรับสภาพแวดล้อมจากการตกลงร่วมกันของกลุ่ม (30 นาที)

6. ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอบ้านผู้สูงอายุที่จะนำมาเป็นกรณีศึกษา เสนอแนะจุดที่ควรปรับสภาพแวดล้อมตามการตกลงของกลุ่ม และรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมเรียนในชั้นเรียน (10 นาที)

ขั้นสรุป ใช้เวลา 10 นาที

1. สรุปรกิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้
2. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมนอกห้องเรียนครั้งต่อไป
3. มอบหมายการเรียนรู้ร่วมกันนอกสถานที่ครั้งต่อไป โดยผู้สอนให้แต่ละกลุ่มลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ต้องการใช้เป็นกรณีศึกษา ผู้ประสานงานกลุ่มทำการนัดหมายล่วงหน้ากับผู้สูงอายุ และผู้สอนจะลงพื้นที่ในวันนัดหมายด้วย

สื่อ/อุปกรณ์

1. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม power point
2. อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ kahoot
3. แบบบันทึกออนไลน์ (google form)

4. บทเรียนออนไลน์เรื่องสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยในวัยสูงอายุ ของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

5. โจทย์การเรียนรู้ในกิจกรรมย่อย “เมื่อฉันเป็นผู้สูงอายุ” ได้แก่ ชื่อโรคเรื้อรังสำหรับผู้รับ บทบาทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีโรคประจำตัวเรื้อรัง และโจทย์สิ่งที่ผู้สัมภาษณ์ต้องการจากผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน

6. แบบบันทึกการสื่อสารเชิงบวก

7. แบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ (ออนไลน์)

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมกิจกรรมขณะเรียนรู้
2. การแสดงความคิดเห็นร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. การแสดงบทบาทและผลการประเมินการสื่อสารเชิงบวก
4. ตรวจสอบความรู้ความเข้าใจจากการตอบคำถามในแบบบันทึกออนไลน์

ครั้งที่ 5 ชั้นการศึกษาระดับศึกษา (ระยะการเรียนรู้)

กิจกรรม ศึกษากรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จุดประสงค์

การจัดกลุ่มศึกษาและฝึกทักษะ โดยจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงศึกษาในชุมชนเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ฝึกปฏิบัติร่วมกันเป็นทีม และสะท้อนผลการเรียนรู้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ

1. ตัดสินใจเลือกวิธีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมได้สมเหตุสมผลโดยคำนึงถึงอนามัย สิ่งแวดล้อม

2. ให้ข้อเสนอแนะการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมโดยคำนึงผลกระทบต่อสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละกรณี

สาระการเรียนรู้

การเฝ้าระวังสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึง (1) ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ (2) การป้องกัน โรคติดต่อจากสัตว์พาหะและสิ่งปนื้อ และ (3) การลดผลกระทบต่อสุขภาพ โดยนำกรณีศึกษา ของแต่ละกลุ่มมาสนทนาและสรุปแนวทางการจัดและปรับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก บ้าน

จริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) ความรับผิดชอบ (2) ความซื่อสัตย์ การประพฤติ ปฏิบัติอย่างตรงไปตรงมาทั้งทางกาย วาจา และใจ (3) การเคารพสิทธิผู้สูงอายุ (4) ความมีระเบียบ

วินัย เป็นการควบคุมความประพฤติ การกระทำให้ถูกต้องเหมาะสม (5) ความเสียสละ ไม่เห็นแก่ตัว รู้จักแบ่งปันให้ผู้สูงอายุเท่าที่จะทำได้ตามความสามารถ (6) ความอดุสาหะ พยายามอย่างเต็มที่ กำลัง เพื่อให้งานสำเร็จด้วยดี มีความขยัน อดทน ไม่ท้อแท้ (7) ความเมตตา กรุณา มีความจริงใจ มีความรัก ความสงสาร ความเห็นอกเห็นใจ ปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ

จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้ (1) ตระหนักถึงคุณค่าของความสูงอายุเพื่อดำรงความมีศักดิ์ศรี และความภาคภูมิใจ (2) ให้ความเคารพยกย่อง คำนึงถึงคุณค่าของความสูงอายุ (3) ยอมรับความสูงอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวงจรชีวิตของมนุษย์ (4) ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล ยอมรับความคิดเห็นหรือความต้องการของผู้สูงอายุ (5) ดำรงรักษาความสามารถของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด โดยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6) ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในฐานะบุคคลคนหนึ่ง ที่มีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับบุคคลวัยอื่น ๆ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 6 ชั่วโมง (ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ) โดยแบ่งออกเป็น 3 ชั้นดังนี้

ก่อนวันลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

ผู้ประสานงานกลุ่มทำการนัดหมายล่วงหน้ากับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อขออนุญาตเยี่ยมบ้าน และสัมภาษณ์ โดยทำการนัดวันเวลาระหว่างผู้สูงอายุและผู้เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มเพื่อเรียนรู้ร่วมกันนอกสถานที่ และผู้สอน และ/หรือผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และ/หรือด้านสาธารณสุข เป็นที่ปรึกษาการลงพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ลงพื้นที่ในวันนัดหมายด้วย โดยมีตัวแทนผู้ประสานงานส่งวันเวลานัดหมายผ่านกลุ่มไลน์ย่อย

ผู้สอนมอบหมายการเรียนรู้เรื่องจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทำความเข้าใจเบื้องต้นร่วมกัน

ขั้นนำ

ก่อนลงพื้นที่บ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สอนส่งแบบบันทึกออนไลน์การลงพื้นที่ผ่านกลุ่มไลน์ย่อย เพื่อทำความเข้าใจสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ประเด็นพูดคุยกับผู้สูงอายุ ข้อควรระวังขณะลงพื้นที่ และเน้นย้ำการรักษาริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ และการสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุ และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มแบ่งทีมทำหน้าที่ในการลงพื้นที่ ได้แก่

- ผู้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ
- ผู้บันทึกการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 คน

- ผู้สัมภาษณ์ญาติของผู้สูงอายุ
- ผู้บันทึกการสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 คน
- ผู้บันทึกภาพ
- ผู้สังเกตและบันทึกสภาพแวดล้อมในบ้าน

ขั้นตอนการ ใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงในบ้านผู้สูงอายุ

1. แบ่งทีมสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และทีมสัมภาษณ์ญาติของผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้

- (1) ประวัติส่วนตัวผู้สูงอายุ ชื่อ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ
- (2) กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ตั้งแต่เวลาตื่นนอน การรับประทานอาหาร การกินยา การขับถ่าย กิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน ถึงเวลาเข้านอน
- (3) การคัดกรองสุขภาพและอาการต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิต การหายใจ การนอน การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน การกลืนปัสสาวะ ท้องผูก ความจำ ซึ่งอาการดังกล่าวมีผลต่อการผลิตตกหล่นและการดำเนินชีวิตประจำวันในบ้าน
- (4) อุบัติเหตุที่เคยเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในบ้าน
- (5) จุดเสี่ยงภายในบ้านผู้สูงอายุที่คิดว่าควรได้รับการปรับปรุง

2. ทีมผู้สังเกตและบันทึกสภาพแวดล้อมในบ้าน และผู้บันทึกภาพ ทำหน้าที่สังเกตการสัมภาษณ์ และสำรวจสภาพแวดล้อมในบ้านที่เป็นจุดเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุตามความเห็นของผู้สูงอายุและญาติ และจากการสรุปของกลุ่มในชั้นเรียนโดยคำนึงถึงความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และร่างแผนผังที่พักอาศัยของกรณีศึกษาทั้งภายในและภายนอกบ้าน และให้ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดจุดที่ควรปรับสภาพแวดล้อม

การระดมสมอง ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง โดยนัดหมายนอกสถานที่บ้านผู้สูงอายุ

3. นำข้อมูลของทุกทีมเปรียบเทียบ คัดกรองข้อมูลการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

4. จัดทำแผนผังที่พักอาศัยกรณีศึกษาทั้งภายในและภายนอกบ้านร่วมกันโดยการวาดภาพลงกระดาษฟลิปชาร์ต และระบุจุดที่ควรปรับสภาพแวดล้อมที่สอดคล้องกับข้อมูลสุขภาพที่ต้องระวังที่อาจได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อม

5. นำเสนอกกรณีศึกษาของตนเพื่ออธิบายสภาพแวดล้อมปัจจุบันที่พบ และบริเวณที่ต้องการปรับปรุง เพื่ออภิปรายร่วมกันในประเด็นความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การป้องกันโรคติดต่อจากสัตว์พาหะและสิ่งปนื้อ และผลการผลกระทบต่อสุขภาพ และรับฟังข้อเสนอแนะ

จากผู้สอนและ/หรือผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และ/หรือด้านสาธารณสุขที่ลงพื้นที่ร่วมกัน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ขั้นสรุป ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ให้แต่ละกลุ่มเขียน mind mapping ลงในกระดาษฟลิปชาร์ต เพื่อสรุปพื้นที่ที่ควรปรับสภาพแวดล้อม ควบคู่กับการแสดงแผนผังที่พักอาศัยกรณีศึกษา โดยส่งการสรุปผลในกลุ่มไลน์ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด เพื่อให้ผู้ร่วมเรียนรู้ทุกคนได้ใช้ในการเรียนรู้ครั้งต่อไป

สื่อ/อุปกรณ์

1. บทเรียนออนไลน์เรื่องจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ประเด็นคำถามสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และสัมภาษณ์ญาติของผู้สูงอายุ
3. แบบบันทึกการสัมภาษณ์
4. กล้องถ่ายรูป
5. เครื่องบันทึกเสียง
6. แบบบันทึกการสำรวจสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ
7. กระดาษฟลิปชาร์ตและปากกาเคมี

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมกิจกรรมขณะเรียนรู้
2. การแสดงความคิดเห็นร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. ตรวจสอบความรู้ความเข้าใจจากการตอบแบบสอบถามออนไลน์
4. การปฏิบัติงานตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย
5. ผลงานประเมินกลุ่มจากการทำแผนผังที่พักอาศัยกรณีศึกษาทั้งภายในและภายนอก
6. ผลงานประเมินกลุ่มจากการทำ mind mapping

ครั้งที่ 6 ขั้นการพัฒนาตนเองและการฝึกทักษะ (ระยะการเรียนรู้)

กิจกรรม ฝึกปฏิบัติพัฒนาพื้นที่สภาพแวดล้อม

จุดประสงค์

จัดกลุ่มศึกษาและฝึกทักษะ โดยจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงพื้นที่เพื่อจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามการวางแผน โดยคำนึงถึง (1) ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ (2) การป้องกันโรคติดต่อจากสัตว์พาหะและสิ่งปฏิกูล และ (3) การลดผลกระทบต่อสุขภาพ ใช้การฝึกปฏิบัติร่วมกันเป็นทีม และร่วมกันสะท้อนผลการเรียนรู้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ

1. ดำเนินการปฏิบัติตามวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่วางแผนไว้ได้โดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. ประเมิน ทบทวนเพื่อให้สามารถปรับสภาพแวดล้อมได้ตามหลักอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. สื่อสารเพื่อทำความเข้าใจสาเหตุที่ต้องปรับสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้สูงอายุได้

สาระการเรียนรู้

ฝึกการลงพื้นที่เพื่อร่วมกันปรับสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ (1) ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ (2) การป้องกันโรคติดต่อจากสัตว์พาหะและสิ่งปนื้อกมล และ (3) การลดผลกระทบต่อสุขภาพ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 24 ชั่วโมง โดยสามารถแบ่งวันเวลาในการลงปฏิบัติได้ตามการตกลงร่วมกันของกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมดำเนินการ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1. ให้แต่ละกลุ่มลงพื้นที่บ้านผู้สูงอายุเพื่อลงมือปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อมตามที่กลุ่มตนเองได้วางแผนไว้ จำนวน 1 แห่ง โดยทำการนัดหมายกับผู้สูงอายุก่อนล่วงหน้า
2. สื่อสารเพื่อทำความเข้าใจสาเหตุที่ต้องปรับสภาพแวดล้อมกับผู้สูงอายุเจ้าของบ้าน และแจ้งว่าจะมีสิ่งใดบ้างที่จะปรับสภาพแวดล้อม
3. สอบถามความสมัครใจผู้สูงอายุและญาติอีกครั้งเพื่อยืนยันเห็นชอบในการปรับสภาพแวดล้อมในจุดที่กำหนด และรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้สูงอายุและญาติ ทั้งนี้อาจให้ผู้สอนและผู้เชี่ยวชาญที่ลงพื้นที่ด้วยกันเข้าร่วมฟังข้อคิดเห็นต่าง ๆ ร่วมด้วย
4. สรุปการเตรียมความพร้อมเพื่อเตรียมแบ่งทีมการทำงาน จัดเตรียมสิ่งของที่ต้องใช้ เช่น ถุงดำ ถุงมือทำความสะอาด อุปกรณ์ทำความสะอาดต่าง ๆ เป็นต้น
5. นัดหมายวันเวลาในการลงพื้นที่จัดและปรับสภาพบ้านกรณีศึกษา

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ 16 ชั่วโมง

ลงมือปฏิบัติ จัดและปรับสภาพแวดล้อมตามที่กลุ่มตนเองได้วางแผนไว้ในพื้นที่ที่สามารถปรับสภาพแวดล้อมได้ทันที เช่น การเก็บกวาดขยะมูลฝอยหรือสิ่งปนื้อกมล การจัดสถานที่ การติดตั้งราวพุง แต่หากเป็นพื้นที่ที่ต้องมีการก่อสร้าง เช่น การเปลี่ยนสุขภัณฑ์ การปรับพื้นผิวทางเดิน ควรขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุ และผู้สนับสนุนภายนอก ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

ในระหว่างปฏิบัติงาน ให้แบ่งทีมบันทึกภาพถ่าย และบันทึกภาพเคลื่อนไหวเพื่อใช้ในการนำเสนอการทำงานด้วย

ขั้นสรุป ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง

ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มร่วมกันสรุปผลการทำงาน และเตรียมการนำเสนอผลการดำเนินงานในรูปแบบการตัดต่อวิดีโอ หรือ power point ในการเรียนรู้ครั้งต่อไป

สื่อ/อุปกรณ์

1. กระดาษฟลิปชาร์ตแผ่นผนังที่พักอาศัยกรณีศึกษาทั้งภายในและภายนอกจากการสรุปครั้งก่อน
2. กระดาษฟลิปชาร์ตแสดง mind mapping สรุปพื้นที่ที่ต้องปรับสภาพแวดล้อม
3. อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับสภาพแวดล้อม
4. กล้องถ่ายรูป / กล้องถ่ายทำภาพเคลื่อนไหว
5. กระดาษฟลิปชาร์ตและปากกาเคมีเพื่อใช้ในการสรุปผลการทำงาน

การประเมินผล

1. การปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
2. การมีส่วนร่วมกิจกรรมขณะเรียนรู้
3. การแสดงความคิดเห็นร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
4. การสรุปผลการทำงานในกระดาษฟลิปชาร์ต

ครั้งที่ 7 ขั้นสรุปผลและประเมินผลการฝึกปฏิบัติ (ระยะการเรียนรู้)

กิจกรรม สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนความคิด

จุดประสงค์

เพื่อฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม ฝึกการนำเสนอผลงานหน้าชั้นเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ และสะท้อนความสำเร็จ ปัญหาและแนวทางแก้ไข และประเมินผลหลังการเรียนรู้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถ

1. ประเมิน ทบทวนเพื่อให้สามารถปรับสภาพแวดล้อมได้ตามหลักอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. สื่อสาร อธิบาย และสรุปการทำงานของตนเองในการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้
3. สะท้อนความสำเร็จ ปัญหา และแนวทางแก้ไขการทำงานเพื่อปรับสภาพแวดล้อมได้

สาระการเรียนรู้

ฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลจากการลงพื้นที่เพื่อร่วมกันปรับสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงอนามัยสิ่งแวดล้อม การนำเสนอผลการปฏิบัติงาน และประเมินผลงานตนเองและเพื่อนร่วมเรียนรู้

วิธีการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้สอนอธิบายกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ การแบ่งกลุ่มนำเสนอผลงานกลุ่มละ 20 นาที ให้แต่ละกลุ่มกำหนดผู้นำเสนอหน้าชั้นเรียน ผู้นำเสนอประจำกลุ่มในกิจกรรม world café ผู้ทำหน้าที่จับบันทึกข้อคิดเห็นจากเพื่อนร่วมเรียนรู้

2. ให้แต่ละกลุ่มวางแผนการนำเสนอผลงานการลงพื้นที่บ้านผู้สูงอายุและการจัดสภาพแวดล้อมตามที่กลุ่มตนเองได้ทำงานมา โดยแบ่งทีมทำงานตามที่ผู้สอนกำหนดไว้

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1. แต่ละกลุ่มนำเสนอผลงานการลงพื้นที่บ้านผู้สูงอายุกรณีศึกษา และการจัดสภาพแวดล้อมตามที่กลุ่มตนเองได้ทำงานมา ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ประมาณ 1 ชั่วโมง)

2. ใช้กิจกรรม world café ในการให้ข้อเสนอแนะแต่ละกลุ่ม โดยการจัดให้มีตัวแทนสมาชิกในกลุ่มอย่างน้อย 1 คน เป็นผู้อธิบายสภาพแวดล้อมที่ต้องปรับของกรณีศึกษา และให้สมาชิกในกลุ่มอื่นช่วยให้ข้อเสนอแนะแสดงความคิดเห็น และสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม มีสมาชิกภายในกลุ่มอย่างน้อย 1 คนทำหน้าที่บันทึกข้อเสนอแนะต่าง ๆ และให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มเวียนไปให้ข้อเสนอแนะกลุ่มอื่น สับเปลี่ยนกลุ่มไปเรื่อย ๆ จนครบทุกกลุ่ม แต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที และเข้ากลุ่มอีกครั้งเพื่อสรุปความคิดเห็น (ประมาณ 1 ชั่วโมง)

ขั้นสรุป ใช้เวลา 30 นาที

1. ให้แต่ละกลุ่มสรุปความคิดเห็นที่กลุ่มตนเองได้รับจากเพื่อนร่วมเรียนรู้ ใช้เวลากลุ่มละไม่เกิน 5 นาที

2. ให้แต่ละคนประเมินผลงานกลุ่มตนเองและกลุ่มเพื่อนร่วมเรียนรู้ผ่านแบบประเมินออนไลน์ (google form)

3. ทำแบบประเมินผลหลังการเรียนรู้ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สื่อ/อุปกรณ์

1. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม powerpoint และโปรแกรมนำเสนอไฟล์ภาพเคลื่อนไหว

2. กระดาษฟลิปชาร์ตแผ่นผ้าที่ปักอาศัยกรณีศึกษาทั้งภายในและภายนอกของแต่ละกลุ่ม
3. กระดาษฟลิปชาร์ตแสดง mind mapping สรุปพื้นที่ที่ต้องปรับสภาพแวดล้อมของแต่ละกลุ่ม
4. แบบประเมินผลงานกลุ่มตนเองและกลุ่มเพื่อนร่วมเรียนรู้ออนไลน์ (google form)
5. แบบประเมินผลหลังการเรียนรู้

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมกิจกรรมขณะเรียนรู้
2. การแสดงความคิดเห็นร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. ผลการประเมินตนเอง
4. ผลการประเมินโดยกลุ่มและเพื่อนร่วมเรียนรู้จากการปฏิบัติ

ครั้งที่ 8 การติดตามผลการเรียนรู้ (ระยะหลังการเรียนรู้)

กิจกรรม ถอดบทเรียนความรอบรู้อาชีพสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อม

จุดประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ติดตามผลการเรียนรู้ ทบทวนบทเรียน (wrap up) สะท้อนความรู้ ความเข้าใจ และการนำบทเรียนตามโปรแกรมไปปฏิบัติงาน พร้อมทั้งตรวจสอบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมตามแผนการจัดการเรียนรู้ไปแล้ว 1 เดือน และเพื่อติดตามผลการฝึกปฏิบัติและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. ได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติเพื่อปรับสภาพแวดล้อมตามหลักความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมในผู้เข้าร่วมกิจกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. มีผลลัพธ์ของพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมด้วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สาระการเรียนรู้

สรุปและทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติเพื่อปรับสภาพแวดล้อมตามหลักความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 ชั่วโมง (1 ชั่วโมงเรียนรู้ร่วมกัน และ 2 ชั่วโมง สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา) ดังนี้

การเรียนรู้ร่วมกัน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

1. ใช้แบบทดสอบหลังเรียน ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อตรวจสอบการคงอยู่ของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

2. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติเพื่อปรับสภาพแวดล้อมตามหลักความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยและ อสม. ทำการนัดหมายวันเวลาในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาในโปรแกรม เพื่อนัดการสัมภาษณ์การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ลงพื้นที่ตามวันและเวลาดังกล่าว โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละรายไม่เกิน 30 นาที จำนวน 3-5 ท่านหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

สื่อ/อุปกรณ์

1. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม PowerPoint

2. แบบทดสอบหลังเรียน ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อม

3. แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล ดังนี้ (1) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ระยะเวลาจัดโปรแกรม) อสม. ได้การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของท่านอย่างไรบ้าง โปรดอธิบาย

(2) ท่านสังเกตเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ หลังจากที่ อสม. มาจัดสภาพแวดล้อมใหม่ให้ และเป็นอย่างไรบ้าง

(3) อสม. ที่มาดูแลท่านได้แนะนำเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านแก่ท่านและคนในบ้านของท่านอย่างไรบ้าง

(4) ท่านมีความพึงพอใจหรือไม่ อย่างไร

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็นร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. ผลการประเมินจากแบบทดสอบหลังเรียน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	เทพสุดา จิวตระกูล
วัน เดือน ปี เกิด	14 กันยายน 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดชลบุรี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2547 ศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาการประถมศึกษา (เกียรตินิยม) มหาวิทยาลัยศิลปากร พ.ศ. 2558 ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษานอกระบบโรงเรียน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2565 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	กรุงเทพมหานคร

