

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพ
  - 2.2 การประเมินคุณภาพ
  - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ
  - 2.4 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
  - 2.5 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
3. สถิติการผู้สูงอายุในประเทศไทย
4. การสนทนากลุ่ม
  - 4.1 ขั้นตอนของการสนทนากลุ่ม
  - 4.2 องค์ประกอบของการสนทนากลุ่ม
  - 4.3 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย
  - 4.4 จุดเด่น และจุดด้อยของการสนทนากลุ่ม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

## 1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (Vienna International Plan on Aging) ได้กำหนดว่า "บุคคลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ" มีการเรียกแตกต่างกันดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 25)

1. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The aged, Aging, Old man) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้งๆที่บางคนมีลักษณะแก่ชราทั้งที่อายุยังไม่มากก็ได้

2. เรียกตามปีปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly, Older person) ซึ่งเป็นการเรียกที่สากลมากกว่า

3. เรียกตามสภาพทางสังคม เช่น ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior citizen)

ในวงกรรณานาชาติ คำที่ใช้ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ใช้คำว่า "Older person" ตรงกับในประเทศไทยใช้คำว่า "ผู้สูงอายุ" กันเป็นส่วนมาก เพราะดูเป็นกลาง ไม่บ่งชี้ว่าแก่หรือชรา

จากการเจริญเติบโตของบุคคลเมื่อแรกเกิดจากเด็ก เป็นผู้ใหญ่ และสุดท้ายเป็นผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างอย่างเห็นได้ชัดระหว่างกระบวนการชรา และกระบวนการเติบโต อย่างไรก็ตามความชราเป็นปรากฏการณ์ที่มีความหลายหลาย และมีกลไกหรือทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่าเป็นสาเหตุแห่งความชรา หรือมีส่วนร่วมในกระบวนการชรา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 9) ซึ่งทฤษฎีแต่ละทฤษฎีจะสามารถบอกเป็นนัยได้ว่ากำลังเริ่มเข้าสู่วัยชรา (Ebersole and Hess, 1990: 32)

### 1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ (Theories of aging)

กระบวนการชราเป็นสิ่งที่นักวิทยาศาสตร์ค้นหาคำตอบมาเป็นระยะเวลาอันนาน เป็นเรื่องที่กว้างขวางมาก (Roach, 2000: 22) อย่างไรก็ตามได้มีการแบ่งทฤษฎีการสูงอายุเป็น 3 กลุ่มใหญ่ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา และทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Ebersole and Hess, 1990) มีรายละเอียดดังนี้

ก. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories) กล่าวถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ ในทางที่เสื่อมลงในวัยสูงอายุนับตั้งแต่เซลล์เนื้อเยื่อ และอวัยวะต่างๆ หลักของทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพเป็นกระบวนการด้านร่างกายของผู้สูงอายุเชื่อมต่อระหว่างโครงสร้างกับหน้าที่ที่ต้องพัฒนาไปสู่การมีอายุยืนยาวหรือความตาย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายประกอบด้วย โมเลกุล (Molecular) และเซลล์ลูลา (Cellular) ซึ่งเป็นส่วนประกอบในอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อการทำงานของ

อวัยวะ และระบบการต่อต้านเชื้อโรค นอกจากนี้ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพสามารถอธิบายได้ว่าทำไมสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนจึงแตกต่างกัน และอะไรเป็นปัจจัยส่งผลกระทบต่ออายุยืนยาว การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพมีการจำแนกแยกย่อยเป็นทฤษฎีต่างๆ หลายทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุเป็นเรื่องของพันธุกรรม จำแนกเป็นทฤษฎีย่อยๆ หลายทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theory)

นักทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไปเชื่อว่า บุคคลในครอบครัวใดที่มีบรรพบุรุษที่มีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมีอายุยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลทำให้รหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัยเปลี่ยนแปลงไปได้เช่นกัน

2) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular genetic theory) นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อว่ายีนส์ (Gene) ควบคุมลักษณะพันธุกรรม โดยการสร้างเอนไซม์ควบคุมการสร้างโปรตีน และมีผลต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคนนั้นกำหนดไว้แล้วด้วยยีนส์

3) ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic mutation theory) นักทฤษฎีผ่าเหล่ากล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง ดี เอ็น เอ เป็นตัวเร่งให้เซลล์ตายทำให้มนุษย์แก่เร็วขึ้น

4) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory) ทฤษฎีความผิดพลาดอธิบายถึงการเกิด ความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอนไซม์ในเซลล์ ทำให้คุณสมบัติของเซลล์ผิดไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้เซลล์ตายเร็ว ซึ่งในวัยสูงอายุอัตราการเกิดความผิดพลาดจะเป็นเร็วขึ้น ส่วนในวัยหนุ่มสาวอัตราการเกิดความผิดพลาดเป็นไปอย่างช้าๆ

2. ทฤษฎีการสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic cellular theories) ทฤษฎีการสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมอธิบายว่า การสูงอายุไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ แต่เชื่อว่าเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในเซลล์ทำให้ลักษณะโครงสร้างหน้าที่ของดี เอ็น เอ เปลี่ยนแปลง ทฤษฎีนี้แบ่งย่อยเป็นทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

1) ทฤษฎีความเสื่อมโทรมของเซลล์ (Wear and tear theory)

ทฤษฎีความเสื่อมโทรมของเซลล์อธิบายว่า เซลล์เมื่อทำหน้าที่นานจะเกิดภาวะเสื่อมถอย ทำหน้าที่น้อยลง เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีกจนกระทั่งตายไป เช่น เซลล์ประสาท และกล้ามเนื้อลาย ทำให้อวัยวะต่างๆ เสื่อมโทรม ทำหน้าที่ลดลง นอกจากนี้ทฤษฎีดังกล่าวยังกล่าวถึงขบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ว่า โดยปกติเซลล์จะมีการสร้างใหม่แทนที่ตายอยู่ตลอดเวลา แต่ในคนสูงอายุขบวนการนี้จะเกิดน้อยลง และยิ่งกว่านั้นเซลล์บางชนิดเสื่อมลงโดยไม่เกิดเซลล์ใหม่ เช่น เซลล์ประสาท ภาวะการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ทำให้หน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง

การแลกเปลี่ยนออกซิเจน การขนถ่ายอาหารเลี้ยงเนื้อเยื่อน้อยลง ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่เสื่อมถอยลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพตามมา นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางท่านที่มีความเครียดเกี่ยวกับความทรุดโทรมลงของร่างกาย จะเร่งทำให้เกิดขบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มากขึ้น

2) ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) ทฤษฎีการสะสมอธิบายว่าการสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารสีดำนี้นี้เรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) บางทีเรียกว่า รังควัตถุไขมัน (Fatty pigment) หรือรังควัตถุความชรา (Aged pigment) สารนี้ส่งผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ ทำให้การซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป

3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีอนุมูลอิสระกล่าวถึงเซลล์ว่ามีอายุและเสื่อมตายได้ เนื่องมาจากการสร้างอนุมูลซึ่งมีฤทธิ์ทำลายทำให้เสื่อม การที่เซลล์เสื่อมนั้นเป็นผลจากการสะสมสารประกอบทางเคมีที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีภายในเซลล์

4) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวางอาจเรียกว่าเป็น ทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen theory) กล่าวถึง ความสูงอายุที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเชื่อมขวางของโมเลกุลของโปรตีน การเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกัน หรือสารระหว่างโมเลกุลก็ได้ โดยปกติแล้วโมเลกุลเหล่านี้ต้องแยกจากกัน แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้คุณสมบัติทางเคมี และกายภาพของโมเลกุลเปลี่ยนแปลงไป การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุดคือ โปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์ คือ อีลาสติน (Elastin) และคอลลาเจน (Collagen) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีจำนวนมาก และเกาะยึดแน่น ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อขาดการยืดหยุ่น การขับถ่ายขนส่งอาหารไปสู่อวัยวะต่างๆ ไม่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความแข็งแรงของโครงสร้างร่างกาย เพราะคอลลาเจนซึ่งมีลักษณะเหนียว คล้ายวุ้นจะอยู่รอบๆ เซลล์ช่วยพยุงและให้ความแข็งแรงแก่เนื้อเยื่อ และพบมากในผิวหนัง เช่น กระจุก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดหัวใจ และสารประกอบที่อยู่ในสารพื้น (Ground substance)

ตัวอย่างที่พบการเชื่อมตามขวางของคอลลาเจน คือจากความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัน (Atherosclerosis) ความดันเลือดสูง เป็นต้น และตัวอย่างที่พบได้ง่ายว่ามีการเชื่อมตามขวางของอีลาสตินคือ ผิวหนัง จากลักษณะที่เรียบอ่อนนุ่มเป็นมันตึง จะกลายเป็นผิวหนังหย่อน มีความตึงตัวน้อยลง นอกจากนี้เกิดการเชื่อมตามขวางของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีผลต่อการซึมผ่านของเซลล์ การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เอ็นจะแห้งและแข็ง พันจะหัก ผนังหลอดเลือดแดงจะลดแรงตึงอีลาสตินเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว และยืดขยายได้

3. ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (Physiologic theories) ทฤษฎีทางสรีรวิทยา กล่าวถึง ความมีอายุเป็นผลมาจากความล้มเหลวของการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย และ ความบกพร่องของกลไกการควบคุมทางสรีรวิทยา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องคือ

1) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน อธิบายถึง การทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากจุลินทรีย์ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และเซลล์แปลกปลอม ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายตนเอง เช่น การติดเชื้อ เซลล์มะเร็ง กลไกการป้องกันมี 2 วิธีคือ การสร้างแอนติบอดี (Antibody) เพื่อทำลายจุลินทรีย์และโปรตีนที่แปลกปลอมมา และการสร้างเซลล์ชนิดหนึ่งเพื่อทำหน้าที่ในการกินและย่อยเซลล์หรือสิ่งแปลกปลอมนั้น ร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญ คือ ก) การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันโดยผ่านเซลล์ เซลล์ที่ทำหน้าที่ได้แก่ ที-ลิมโฟไซต์ (T-lymphocyte) และ ข) การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันโดยการใช้สารน้ำ หมายถึง แอนติบอดี เซลล์ที่รับผิดชอบคือ บี-ลิมโฟไซต์ (B-lymphocyte) และเซลล์ของพลาสมา (Plasma cell)

เมื่ออายุมากขึ้นพบว่าการทำหน้าที่ของที-ลิมโฟไซต์ จะไม่แน่นอน หน้าที่ของเซลล์มักจะลดลง ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมาก ผู้สูงอายุจึงเจ็บป่วยได้ง่าย และที่สำคัญการทำหน้าที่ของต่อมไทมัส (Thymus gland) จะไม่ดีเท่ากับวัยหนุ่มสาว เนื่องจากวัยผู้สูงอายุน้ำหนัก และขนาดของต่อมไทมัสลดน้อยลง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของที-เซลล์ เพราะว่าการสูญเสียการทำหน้าที่ของที-เซลล์ ทำให้ร่างกายถูกโจมตีจากสิ่งแปลกปลอมได้ง่าย

2) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory) ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่ออธิบายการทำงานของระบบสมองประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อ จะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตได้ตามปกติ เมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย พบว่าในผู้สูงอายุ ตับอ่อนจะผลิตอินซูลินออกมาช้าลง ในขณะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงมีแนวโน้มจะเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ต่อมหมวกไต และส่วนต่างๆ ที่ผลิตฮอร์โมน โดยเฉพาะฮอร์โมนที่ผลิตจากไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) ทำให้มีผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ทำงานผิดปกติ และตายในที่สุด

ข. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological theories) ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยาอธิบายเกี่ยวกับการสูงอายุว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากพื้นฐานในอดีต สติปัญญา ความนึกคิด การรับรู้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ในอดีต ผลจากการปรับตัวทางด้านความคิด ทำให้แต่ละคนมีบุคลิกภาพที่ต่างออกไป บุคคลที่ผ่านช่วงชีวิตด้วยความมั่นคง รู้สึกอบอุ่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ก็จะส่งผลในช่วงวัยสูงอายุให้มีความสุข มีความรู้สึกมั่นคง แต่ถ้าเป็นในทางตรงกันข้าม ชีวิตวัยสูงอายุจะไม่มี

ความสุข ท้อแท้ หมดหวัง ซึมเศร้า ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีของอีริกสัน และ ทฤษฎีของเพค

1. ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic theory) อธิบายถึง การพัฒนาของคนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แบ่งได้เป็น 8 ระยะ ในระยะที่ 7 และ 8 เป็นช่วงที่ ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ระยะที่ 7 อยู่ในช่วงอายุ 25 – 65 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุประสบความสำเร็จดีจะรู้สึก พอใจในความมั่นคง ภาคภูมิใจในตนเอง และสืบทอดต่อๆ ไปยังรุ่นลูกหลาน แต่ถ้าไม่ ประสบความสำเร็จในชีวิต ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหนื่อยหน่าย ไม่กระตือรือร้น

2. ทฤษฎีของเพค (Peck's theory) อธิบายความแตกต่างของ ผู้สูงอายุทั้งทางด้านกายภาพ และจิตวิทยาสังคม ผู้สูงอายุที่ยอมรับว่าเมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพ ของร่างกายย่อมลดลง ร่างกายเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่รู้สึกกลัวก็จะดำรงชีวิต ในสังคมอย่างมีความสุข

ค. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological theories) ทฤษฎี การสูงอายุเชิงสังคมวิทยาอธิบายว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ การมีสถานภาพ ของสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว รวมถึงร่างกายยังเปลี่ยนแปลง ยิ่งทำให้ ผู้สูงอายุต้องปรับตัวมากขึ้น ทฤษฎีที่กล่าวถึงการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา มีดังนี้

1. ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory) การสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุถดถอยออกไปจากสังคมที่ละน้อยจนกระทั่งผู้สูงอายุลดการติดต่อกับ กลุ่มคนในระบบสังคมนั้น การถดถอยออกไปจากสังคมที่ละน้อยเนื่องจากต้องละทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุ ผู้สูงอายุจะพึงพอใจเนื่องจากอิสระจากกฎระเบียบสังคม ผู้สูงอายุส่วนมาก ยังพอใจที่จะอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ถ้าแยกผู้สูงอายุออกจากบทบาทเดิม จะทำให้ผู้สูงอายุ เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. ทฤษฎีกิจกรรม (The activity theory) ทฤษฎีกิจกรรมอธิบาย ถึงความพึงพอใจในชีวิต เกิดจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ผู้สูงอายุจึงควรมีบทบาทใหม่ แทนบทบาทเดิม สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มคนใหม่ หางานอดิเรกทำ หรือมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสนใจ

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (The continuity theory) ทฤษฎีนี้ อธิบายว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมในสังคมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และแบบแผน ชีวิตของแต่ละคน หากในอดีตชอบมีกิจกรรมร่วมกับสังคม ก็จะชอบมีกิจกรรมในสังคมในช่วงสูงอายุ

จากทฤษฎีการสูงอายุจะเห็นได้ว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมากมาย และเป็นผลมาจากหลายทฤษฎี (Ebersole and Hess, 1990: 39) ยังไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด ในกระบวนการเกิด แต่ละทฤษฎีจะมีส่วนเกี่ยวข้องต่อเนื่องกันไป และยังต้องการการศึกษา และวิจัยเพื่อหาสาเหตุของความชราอีกมาก (Roach, 2000: 26)

## 1.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความมีอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีผลกระทบต่อตัวบุคคลมาก ทั้งทางร่างกาย พฤติกรรม สมรรถภาพ จิตใจและสังคม ดังนั้นบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังต่อไปนี้

ก) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ ความเจริญของร่างกายลดลง การปรับตัวให้เข้ากับกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจะยากขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงจะเกิดกับทุกระบบของร่างกาย สรุปได้ดังนี้

1. ผิวหนัง จำนวนเซลล์ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวบาง การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิมลดลงประมาณร้อยละ 50 ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังจึงแห้งและเหี่ยวย่น ผู้สูงอายุมักจะมีผิวตกกระ หรือมีหูด ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง หน้าที่เสื่อมลง มีผลให้การระบายความร้อนโดยการระเหยไม่ดี

2. ระบบประสาท เซลล์ประสาทลดจำนวน ขนาดสมองลดลง การไหลเวียนเลือดของสมอง และการใช้ออกซิเจนของสมองลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและความเร็วในการส่งกระแสประสาทลดลง ทำให้ความไวต่อการรับรู้และตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง

3. ระบบประสาทสัมผัส เมื่อมีอายุประมาณ 40 ปี เลนส์ตาจะเริ่มเสื่อม ความสามารถในการปรับระยะภาพเปลี่ยนแปลง สายตาเปลี่ยนเป็นสายตาวาย ปฏิกริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวต่อการมองเห็นไม่ดี โดยเฉพาะในที่มืด แก้วตาขุ่น ความยืดหยุ่นลดลง มีวงแหวนขุ่นขาว หรือสีเทารอบๆ กระจกตา (Arcus senilis) การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง 1 ใน 4 ของผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี มีการเสื่อมของการรับฟัง เพราะมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นใน และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (Auditory nerve) จมูกมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก และกระเปาะเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 (Olfactory nerve) ทำให้การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสอาหารก็เสื่อมลงเช่นกัน เนื่องจากต่อมรับรสของลิ้นมีจำนวนลดลง

4. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มวลของกล้ามเนื้อลดลง และถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อไขมัน ทำให้เกิดการหย่อนยานและขาดความยืดหยุ่น ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัว

แต่ครั้งน่านขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง นอกจากนี้อาจพบหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมบางลง ทำให้ปวดหลัง ไหล่ค่อมและหลังโก่ง ความสูงลดลง

5. ระบบการไหลเวียนของเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ผนังหารูภายในแคบลง เกิดการอุดตันได้ง่าย เป็นผลให้ผู้สูงอายุมักเกิดภาวะความดันเลือดต่ำได้ง่ายเมื่อเปลี่ยนท่า

ข) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกายและสังคม ซึ่งผู้สูงอายุจะปรับสภาวะจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผลกระทบจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น การตายจากของเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิท หรือคู่ชีวิต หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

2. การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันสมควรที่ต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เมื่อหมดภาระการติดต่อด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคม รู้สึกไร้ค่าไม่มีเป้าหมายในชีวิต

ค. การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม เป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการครองชีวิตคน การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมจึงเป็นความเครียดทางด้านจิตใจที่สำคัญอย่างหนึ่งในวัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบสังคม เดิมครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ถ่ายทอดความรู้ สนับสนุนความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน อยู่ในฐานะควมค่าแก่การเคารพบูชา เมื่อรูปแบบสังคมเปลี่ยนแปลงในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีการแข่งขันกันมากขึ้น การพึ่งพาอาศัยกันลดลง และคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนไม่ทันเหตุการณ์ ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญ ขาดความสนใจจากบุตรหลาน ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว และคิดว่าตนเองเป็นภาระเรื้อรังของสังคม

2. การยอมรับของครอบครัว สภาพสังคมใหม่และค่านิยมของคนรุ่นใหม่ ทำให้ความรู้สึกกตัญญู และเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุโดยเฉพาะพ่อแม่ลดลง เห็นว่าผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีเงินมาจุนเจือครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยบุตรหลานก็มองว่าเป็นภาระที่ต้อง



เลี้ยงดู ในที่สุดผู้สูงอายุอาจถูกผลักให้ออกจากครอบครัว ต้องไปพึ่งสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้มีภาวะทางจิตได้

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นสิ่งต่อเนื่องมาจากกระบวนการชรา เป็นสิ่งปกติของคนทุกคน แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน (Baker, 1984: 543) ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมของแต่ละคน อิทธิพลของปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic factors) เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขได้ ในขณะที่เดียวกันก็มีผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ (Ebersole and Hess, 1990: 63) การเปลี่ยนแปลงที่ถอยหลังไปเรื่อยๆ จะเป็นการนำไปสู่โรค (Lauder, 1993 cited in Victor, 1994) แต่ถ้าได้รับการดูแลรักษา พื้นฟูสภาพที่ดี ก็สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ (Baker, 1984: 543) จึงต้องมีการเตรียมการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะสามารถลดการเกิดโรคได้ ฉะนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ทำความเข้าใจ หาแนวทางป้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลาย

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล

คุณภาพการดูแล (Quality of care) หรือคุณภาพบริการ (Quality of service) เป็นคำที่ใช้สลับกันในกรณีที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ และโรงพยาบาลอย่างแพร่หลาย (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2544: 6) แต่คุณภาพเป็นคำที่มีความหมายเชิงนามธรรม การให้คำจำกัดความขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ให้คำจำกัดความ เนื่องจากคุณภาพประกอบไปด้วยมุมมองหลายมิติ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้คำจำกัดความของ "คุณภาพ" ไว้ดังนี้

### 2.1 ความหมาย

#### 2.1.1 คุณภาพ (Quality)

คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

คุณภาพ หมายถึง ระดับความดีที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ (Kraft, 1983: 327)

คุณภาพ หมายถึง สภาพที่เอื้อประโยชน์สูงสุดต่อสถานการณ์หนึ่งอย่างมีประสิทธิภาพ (Donabedian, 1988: 1745)

คุณภาพ หมายถึง ผลลัพธ์ที่เป็นจริงและดีเลิศ (Roberts, Lesage, and Ellor, 1987 cited in Kane and Kane, 1988)

คุณภาพ สามารถแบ่งความหมายตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ได้ 3 ระดับ คือ (Jaeger et al. อ้างถึงในอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543: 2)

ก) คุณภาพขั้นพอใช้ได้ คุณภาพในระดับนี้หมายถึง การผลิตสินค้า หรือบริการที่กำหนดตามรายละเอียด (Specifications) หรือมาตรฐาน (Standard) ไว้ล่วงหน้า

ข) คุณภาพขั้นพอใจ คุณภาพในระดับนี้หมายถึง การที่สินค้าหรือบริการที่สามารถตอบสนองความคาดหวัง หรือความต้องการของลูกค้าหรือผู้ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้เกิดความพึงพอใจ (Satisfaction)

ค) คุณภาพขั้นประทับใจ คุณภาพในระดับนี้หมายถึง การที่สินค้าหรือบริการนั้นยอดเยี่ยมมาก ถึงขนาดที่ทำให้ลูกค้าหรือผู้ป่วยเกิดความประทับใจมากกว่าที่คาดหวังไว้มาก

คุณภาพ หมายถึง การให้บริการที่เกินคาดหวังแก่ผู้รับบริการ (George, and Weimerskirch, 1998: 6)

คุณภาพ หมายถึง การให้บริการ ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศตามความคาดหวัง หรือความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความตั้งใจที่จะใช้บริการของผู้รับบริการ และราคาให้ผู้ให้บริการเสนอขาย (Besterfield et al., 1999: 5)

คุณภาพ หมายถึง การดูแลที่มีมาตรฐาน กระทำในสิ่งที่เฉพาะเจาะจงตามที่ผู้รับบริการต้องการ (Deutschman, 2000)

คุณภาพ หมายถึง ภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้ใช้หรือลูกค้า ด้วยการตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของลูกค้าอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ และความรู้ที่ทันสมัย ประกอบด้วย (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2541: 45)

ก) ไม่มีปัญหา (Zero defect) คือ การไม่มีความเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก

ข) ลูกค้าพอใจ (Response to customer's need and expectation) ความพอใจของลูกค้าจะเกิดได้ต่อเมื่อความต้องการที่จำเป็น (Need) ของตนได้รับการตอบสนอง นั่นคือ ปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยมาหาได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ในสภาพแวดล้อมที่พอใจ

ค) ได้มาตรฐาน (Professional standard) เป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นจากความรู้ที่ทันสมัย เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของสังคม

ง) สถานคุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพ

คุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสม หรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (Juran, 1992 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543: 2)

คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต และตอบสนองความต้องการเป็นที่พอใจของผู้ใช้บริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543: 5)

คุณภาพ หมายถึง การตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของลูกค้า ได้ตรงตามมาตรฐานที่กำหนด ปราศจากข้อบกพร่อง ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความสุข และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สำหรับมาตรฐานการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) กำหนดให้ “คุณภาพ” หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ (สิทธิศักดิ์ พฤษพิติกุล, 2544: 3)

คุณภาพยังไม่มีคำจำกัดความที่เฉพาะเจาะจง และเป็นเรื่องที่ยากที่จะเข้าใจ (Fongwa, 2001: 30) เนื่องจากคุณภาพประกอบด้วยมิติหลายด้านขึ้นอยู่กับว่าผู้ใดเป็นผู้ให้ความหมายทั้งผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการ การให้คำจำกัดความของคุณภาพจึงต้องตระหนักถึงความจริง ความเป็นไปได้ตามกฎหมาย อะไรคือธรรมชาติ อะไรคือความรับผิดชอบ (Donabedian, 1988: 1743) การให้ความหมายของคุณภาพจึงเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก

### 2.1.2 คุณภาพการดูแล (Quality of care)

คุณภาพการดูแลจะขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้รับบริการแต่ละคน (Ebersole and Hess, 1990: 363) การให้คำจำกัดความของคุณภาพการดูแลเป็นเรื่องยาก กระทำมานาน และการใช้เกณฑ์การประเมินจะแตกต่างกัน (Kane and Kane, 1988 cited in Aaronson, Zinn, and Rosko, 1994: 776) อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพการดูแลไว้ดังนี้

คุณภาพการดูแลที่มีคุณภาพสูง หมายความว่า เป็นการดูแลที่คาดหวังไว้ว่ามีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความผาสุก และปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ โดยได้ประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้ และผลเสียที่จะเกี่ยวข้องตามมาในการดูแล (Donabedian, 1980)

คุณภาพการดูแล หมายถึง ระดับความดีที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ (Kraft, 1983: 329)

Phillips, Morrison, และ Chae (1990: 63) ให้ความหมายของคุณภาพการดูแลในผู้สูงอายุว่า เป็นการบริหารความต้องการ หรือระดับของการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

คุณภาพการดูแล หมายถึง ความเหมาะสมในการดูแล (Romess and Coe, 1991: 69)

คุณภาพการดูแล หมายถึง การรวมมิติของการดูแล ได้แก่ ความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ เทคโนโลยี และการมีปฏิสัมพันธ์ การดูแลที่ทำให้ผู้อื่นสบายใจ การสนับสนุนให้ดูแลตนเอง และการสนับสนุนให้ชุมชนช่วยเหลือดูแล (Donabedian, 1988 cited in Romess and Coe, 1991: 67)

Wereham (1994) ให้ความหมายของคุณภาพการดูแลว่า “ความเป็นไปได้ในการเพิ่มระดับหรือผลลัพธ์ของการให้การดูแลสุขภาพ แก่บุคคลหรือชุมชน โดยใช้ความรู้ที่เป็นมาตรฐานเชิงวิชาชีพที่ยอมรับกันทั่วไป”

จะเห็นว่าคุณภาพการดูแลเป็นแนวคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับบุคคลที่ประเมิน สถานการณ์ และการตัดสินใจ ในที่นี้จึงให้คำจำกัดความของคุณภาพการดูแลของสถานสงเคราะห์คนชราตามความคาดหวังของผู้สูงอายุว่า “การให้บริการการดูแลที่สามารถตอบสนองความคาดหวัง หรือความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา”

## 2.2 การประเมินคุณภาพ

ในการประเมินคุณภาพสามารถประเมินได้หลายแนวทาง แต่แนวทางที่นิยมกันมากคือการประเมินคุณภาพบนพื้นฐานของทฤษฎีระบบ (System theory) มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2544: 13) จำแนกได้ 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และ ผลลัพธ์ (Outcome) (Donabedian, 1988: 1744 -1748)

1) โครงสร้าง คือ สิ่งที่สนับสนุนการบริการ ได้แก่ ทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ, ทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ เช่น เครื่องมือ โครงสร้างขององค์กร รูปแบบการบริหารงาน และงบประมาณ

2) กระบวนการ คือ การปฏิบัติการดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างผู้รับบริการกับ ผู้ให้บริการ เป็นการตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้รับบริการ แบ่งกระบวนการเป็น 2 ด้าน คือ

ก. ด้านเทคนิค (Technical) คือ การที่ผู้ให้บริการมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติ การให้การดูแลที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

ข. ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) คือการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการ มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม มีการให้การดูแลอย่างเฉพาะบุคคล (Individual) เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม (Social expectations) และเป็นไปตามมาตรฐาน (Standard)

ซึ่งส่วนมากผู้รับบริการจะสามารถรับรู้ได้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์เท่านั้น การรับรู้ถึงความรู้ ทักษะในกระบวนการด้านเทคนิคนั้น ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินได้ ฉะนั้นผู้รับบริการจะรับรู้ถึงคุณภาพที่ความพอใจในการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการเท่านั้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงสามารถวัดคุณภาพการให้บริการได้

3) ผลลัพธ์ คือ ผลของการให้การดูแลแก่ผู้รับบริการ เป็นการคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ เช่น การให้สุขศึกษา ผู้รับบริการมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

Kane (1995: 1376 –1380) ได้กล่าวถึงคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ในผู้สูงอายุใช้แนวคิดของ Donabedian ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นกรอบแนวคิด โดยให้คำจำกัดความของ “ผลลัพธ์ของการดูแลที่ดี” คือ การกระทำในสิ่งที่ดี และเกินกว่าความคาดหวัง สามารถประเมินได้ 3 ด้าน คือ

1) โครงสร้าง คือ การมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีบุคลากรเพียงพอ ได้รับการอบรม และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

2) กระบวนการ ที่ทำให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี คือ การทำในสิ่งที่ถูกต้อง และทำให้ดี (Doing the right thing and doing it well) โดยการดูแลที่เหมาะสม และมีทักษะในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเป็นการดูแลที่เฉพาะ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาหลายอย่างในคนคนเดียวทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ฉะนั้นการดูแลในผู้สูงอายุที่สำคัญต้องให้การดูแลด้วยจิตใจ มากกว่าการใช้เทคโนโลยี (Low tech-high touch) เช่น การให้การดูแลที่ไม่สามารถสัมผัสได้ เช่น การเอาใจใส่ การอุทิศตน และการให้การดูแลเยี่ยงปัจเจกชน

3) ผลลัพธ์ การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 อย่างคือ

ก. การประเมินอย่างกว้าง (Global measure) ได้แก่ การประเมินโดยใช้อัตราการตาย ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ซึ่งการประเมินอย่างกว้างในผู้สูงอายุจะมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลกับผลลัพธ์ เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะที่อ่อนแอ (Frail) ตามสภาพของผู้สูงอายุอยู่แล้ว

ข. การประเมินทางคลินิก (Clinically measure) จะมีความสัมพันธ์กับปัญหาที่ผู้สูงอายุมีอยู่แล้ว เช่น การประเมินน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความสามารถในการเดินของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก เป็นต้น

Kane สรุปการประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว สามารถประเมินได้ 8 อย่างคือ 1) ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งจะเป็นการประเมินทางด้านคลินิก 2) ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ 3) ความเจ็บปวด และความไม่สุขสบาย 4) ความสามารถทางสติปัญญา 5) สภาวะทางอารมณ์ การกระทบกระเทือน อารมณ์หรือจิตใจ 6) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ 7) ความสัมพันธ์ระหว่างสังคม ได้แก่ บุคคล หรือสัตว์ และ 8) ความพึงพอใจในการดูแล และความพึงพอใจในด้านสิ่งแวดล้อม

การประเมินคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาล Fleishman และคณะ (1999) กล่าวว่าสามารถประเมินได้โดยการตรวจสอบในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

- 1) สถานพยาบาลมีที่เตรียมยาสำหรับพยาบาล มีบันทึกการใช้ยาอย่างเหมาะสม และประเมินโดยใช้สภาวะสุขภาพของผู้อาศัย
- 2) ความเหมาะสมในการดูแล ได้แก่ การมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล มีบรรยากาศที่ดีในสถานพยาบาล และผู้อาศัยมีสุขภาพจิตดี
- 3) การจัดสรรบุคลากร และทรัพยากรขององค์กร เช่น เครื่องมือ อัตรากำลัง ภายในสถานพยาบาลมีสภาพที่น่าอยู่

### 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543: 48-51) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพโดยทั่วไปที่ควรพิจารณา ได้แก่

- 1) ปัจจัยในระบบใหญ่ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพขององค์กร คือ
  - ก. การได้มาซึ่งผู้บริหาร ถ้าผู้บริหารเน้นผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพจะเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร
  - ข. รายได้และแรงจูงใจ มีการจ่ายเงินตามภารกิจให้ เป็นไปอย่างเหมาะสม จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพ กฎระเบียบที่มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร คือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารพัสดุ การเงิน และบุคลากร เป็นต้น
- 2) ปัจจัยระดับองค์กร ที่สำคัญได้แก่ วัฒนธรรม โครงสร้าง ทรัพยากร และผู้บริหาร
  - ก. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม การทำงานเป็นทีม การตื่นตัว มีความคิดสร้างสรรค์ มีการตัดสินใจบนฐานข้อมูล และเปิดโอกาสให้ทีมงานระดับล่างได้มีส่วนในการตัดสินใจ
  - ข. ปัจจัยด้านโครงสร้าง การพัฒนาคุณภาพที่เน้นกระบวนการ และผู้รับบริการจะต้องมีการประสานงานกันในแนวราบ

ค. ปัจจัยด้านทรัพยากร ทรัพยากรที่เพียงพอและเหมาะสมเป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการกำหนดระดับของบริการ และบริการที่มีคุณภาพ รวมถึงบุคลากรต้องมีจิตวิญญาณของการทำงานที่มีคุณภาพพร้อมด้วย ซึ่งทรัพยากรที่มีสำคัญที่สุดขององค์กร คือ การลงทุนพัฒนาคน และเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า

ง. ปัจจัยด้านผู้บริหาร ผู้บริหารจะเป็นบุคคลที่ทำให้ปัจจัยขององค์กรทั้งสามประการนั้นเกื้อหนุนต่อการพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารจึงต้องเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำสูงด้วยการทำเป็นตัวอย่าง กล่าวที่จะตัดสินใจสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมให้ มีผู้นำในองค์กรมากขึ้น

### 3) ปัจจัยในระดับบุคคล ได้แก่

ก. ปัจจัยด้านความรู้ ผู้ปฏิบัติงานจะต้องศึกษาให้เข้าใจหลักการ และปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังแนวคิด วิธีการ หรือทฤษฎีแต่ละอย่าง และนำหลักการมาเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ

ข. ปัจจัยด้านเจตคติ เจตคติมีความสัมพันธ์กับวิธีการคิด การแสวงหาความรู้ และการนำความรู้ที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติ

ค. ปัจจัยด้านการปฏิบัติ การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งการปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อไม่ต้องกลัวทำผิด ไม่ยึดติดกับรูปแบบ ใช้ศักยภาพของทุกคนตลอดเวลา ใส่จิตวิญญาณของความมุ่งมั่น และรับผิดชอบที่จะทำงานอย่างที่คุณภาพ เปิดกว้าง ยอมรับให้เกียรติกันและกัน

ประคอง อินทรมบติ (2543: 235-236) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแล และบริการสุขภาพผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งทางผู้ให้บริการ และตัวผู้สูงอายุเอง ดังนี้

1) เจตคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ การมีเจตคติที่ดีจะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม ความรู้ แนวคิดและคำจำกัดความเกี่ยวกับสุขภาพ มักใช้เฉพาะแนวคิดทางด้านคลินิก (Clinical model) ซึ่งให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค และความเจ็บป่วยคือการมีอาการ และอาการแสดงเท่านั้น ทำให้บริการสุขภาพขาดมิติส่งเสริมปกป้องสุขภาพ การสร้างสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยอาการไม่เฉพาะเจาะจงตามระบบอวัยวะ อาจไม่ได้ให้ความสนใจ หรือรักษามากเกินไป และเกิดผลเสียเพราะไม่มี ความพอดี และเหมาะสม

2) ระบบบริการสุขภาพ เป็นระบบแยกส่วน การเข้ารับรักษาโดยเริ่มจาก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ต้องใช้หลายสาขาหลายแขนง ขาดการประสานต่อเนื่องกัน และมักใช้ บริการหลายโรงพยาบาล นอกจากค่าบริการสุขภาพสูง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจาก

การใช้ยาหลายขนาน การมีแพทย์เจ้าของไข้ (Primary physical) หรือพยาบาลเจ้าของไข้ หรือได้รับการดูแลต่อเนื่องจากระดับต้น มีระบบการศึกษาที่ดีจะช่วยให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น

3) ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา เป็นที่ยอมรับว่าผู้สูงอายุ รายได้ลดลงมีผลต่อเรื่องที่อยู่อาศัย การได้รับอาหารที่เพียงพอ การคมนาคม การใช้บริการสุขภาพ บริการสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร จึงมีผลต่อสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เกิดการ ด้อยโอกาสมากขึ้นหากไม่มีระบบที่ดี

Victor และ Higginson (1994: 210) กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้การการดูแลผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยปัจจัย 2 อย่าง คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะเลือดออกในสมอง หรือภาวะสมองเสื่อม และความต้องการดูแลที่แตกต่างกัน ในผู้สูงอายุแต่ละคน 2) การเข้าหาที่เหมาะสม (Approach was appropriate) เนื่องจากผู้สูงอายุ ต้องการดูแลที่พิเศษ แตกต่างกับวัยอื่นๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุดังที่กล่าวมาแล้ว

#### 2.4 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

การดูแลเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการดำรงอยู่ของมนุษย์ มีการปฏิบัติ โดยทั่วไปในสังคม เช่น แม่ดูแลลูก หรือผู้ดูแลที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย (ศิริอร สิ้นธุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542: 10) สำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา การดูแลจะมีความหมายกับผู้สูงอายุมาก เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความยอมรับนับถือ ยังมีส่วนร่วม ในสังคม และรักษาสภาพความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุได้ (Hutchison and Bahr, 1991: 85) และยังสามารถรักษาระดับของสภาวะสุขภาพ ความมีเกียรติ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความผาสุกของบุคคลได้ (Williams, 1998: 19) คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชราจึงเน้นความสำคัญที่รูปแบบ หรือองค์ประกอบของคุณภาพการดูแลมากกว่าคุณภาพ โดยทั่วไป (Rantz et al., 1998: 30)

คุณภาพการดูแลขององค์กรที่จัดบริการด้านสุขภาพ จะมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) คุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติงานกับมาตรฐาน (Quality of conformance) หมายถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานทางวิชาชีพต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ และ 2) คุณภาพ ตามการรับรู้ (Perceived quality) หมายถึง คุณภาพที่พิจารณาจากการรับรู้ตามความคาดหวัง ของผู้ใช้บริการ (Omachonu, 1990 อ้างถึงในอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)



## 2.4.1 คุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติงานกับมาตรฐาน (Quality of conformance)

คุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติงานกับมาตรฐาน ได้มีองค์กรที่รับผิดชอบดูแลด้านคุณภาพ กำหนดกฎหมาย หรือตั้งเกณฑ์มาตรฐาน และมีผู้ศึกษารูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพในสถานสงเคราะห์หลากหลาย ดังนี้

Federal Omnibus Reconciliation Act (OBRA'87) ก่อตั้งที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1987 เป็นองค์กรที่รับผิดชอบกำหนดมาตรฐาน พัฒนาคุณภาพการดูแลให้อยู่ในระดับที่สูงสุดที่จะเป็นไปได้ รวมถึงทำหน้าที่ควบคุมและตรวจสอบสถานพยาบาล ให้มีคุณภาพ การประกันคุณภาพในสถานพยาบาล โดยคณะกรรมการประกอบด้วยผู้อำนวยการทางพยาบาล แพทย์ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ได้การประกาศกฎที่สำคัญเกี่ยวกับสถานพยาบาลว่าต้องมีสิ่งต่อไปนี้ (Ebersole and Hess, 1990: 363)

1. มีจำนวนพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ อย่างเพียงพอตามสัดส่วนตามมาตรฐานที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุ
2. มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุ
3. มีการวางแผนการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ
4. มีการวางแผนการบริหารงานที่เป็นมาตรฐาน
5. สถาบันทางการเงินต่างๆ ไม่ให้การสนับสนุนทางการเงินแก่สถานพยาบาลที่ไม่มีคุณภาพตามที่กำหนด
6. มีการรับประกันว่าจะมีแพทย์ดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ
7. มีการรับประกันว่าจะมีข้อบังคับในการใช้ยา และมีการผูกมัดอย่างเหมาะสม
8. มีการรับประกันว่าผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลของตนเอง
9. มีการรับประกันว่า ผู้สูงอายุจะมีความเป็นส่วนตัวให้บริการเป็นรายบุคคล และรู้ว่าผู้สูงอายุแต่ละคนต้องการอะไร

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1986 สมาคมพยาบาลอเมริกัน (The American Nurse's Association อ้างถึงใน ประพนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537: 48) ได้กำหนดเกณฑ์การพยาบาลของสถานที่อยู่ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. มีการคำนึงถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพการพยาบาล มีการพิจารณาความเหมาะสมของสัดส่วน ความต้องการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวนและเวลาที่ใช้

ในการดูแลต่อจำนวนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ ได้สัดส่วนที่เหมาะสมจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย

2. มีพยาบาลวิชาชีพดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และครบทุก 7 วันในหนึ่งสัปดาห์

3. บุคลากรและค่าตอบแทนที่ให้แก่พยาบาล บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับประเภทของผู้สูงอายุที่ต้องการให้การดูแล มีกฎเกณฑ์มาตรฐานประเมินผู้สูงอายุเป็นระดับต่างๆ ตามความต้องการการดูแล

4. สถานที่ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่รับผิดชอบตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายดูแลด้านการพยาบาล ซึ่งจะรับผิดชอบเกี่ยวกับคุณภาพของการพยาบาล

5. ในการบริหารการพยาบาลของสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ทุกระดับรับผิดชอบงานในทุกเวร ทั้งนี้พยาบาลจะเป็นผู้ที่สามารถวางแผนวิเคราะห์ และประเมินผลการดูแลได้อย่างเหมาะสม

6. มีบริการการเยี่ยมดูแลเป็นพิเศษ จากพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางผู้สูงอายุ

7. มีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาล ผู้ดูแล ได้มีการพัฒนาทั้งทางด้านวิชาการ การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) ได้สรุปปัจจัยที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลในการดูแลระยะยาว (Long term care) ไว้ดังนี้ (Luggen, 1996: 162)

1. ให้การดูแลที่เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ (Efficacy of care) หมายถึง มีการดูแลที่มีศักยภาพที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้มาใช้บริการ

2. ให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ (Appropriateness of care) หมายถึง การดูแลที่ให้ตรงกับ ความต้องการของผู้มาใช้บริการ

2. การเข้าถึงการดูแล (Accessibility of care) หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามความต้องการ

4. มีการจัดบริการการดูแลเป็นที่ยอมรับ (Acceptability of care) หมายถึง การจัดการดูแลที่ดี และผู้รับบริการมีความต้องการที่จะใช้บริการ หรือต้องการรับการดูแล

5. มีการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Effectiveness of care) หมายถึง การปฏิบัติการดูแลเป็นอย่างดี

6. มีการดูแลที่มีประสิทธิผล (Efficiency of care) หมายถึง การดูแลที่ได้ผลตามความต้องการ โดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อย หรือความเสียหายที่จะเกิดน้อยที่สุด
7. มีการดูแลที่มีความต่อเนื่อง (Continuity of care) หมายถึง การดูแลมีกระบวนการอย่างต่อเนื่อง มีการติดตาม และส่งต่ออย่างเหมาะสม
8. การดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ (Compassion of care) หมายถึง การให้การดูแลที่เข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการ
9. การให้การดูแลที่ทันต่อเหตุการณ์ (Timeliness of care) หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยทันทีที่ต้องการ
10. การดูแลโดยให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้รับบริการ (Privacy of care) หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการ เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารของตน
11. การดูแลที่น่าเชื่อถือ (Confidentiality of care) หมายถึง การดูแลรักษาความลับเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยไม่ให้มีการเปิดเผยให้บุคคลอื่นรับรู้ โดยปราศจากความยินยอมของผู้ป่วย
12. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และครอบครัวในการดูแล (Participation of client and family in care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ หรือญาติ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแล
13. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (Safety of care environment) หมายถึง การเตรียมสถานที่ หรือสิ่งแวดล้อมไม่ให้อันตรายหรืออุบัติเหตุแก่ผู้รับบริการ
14. ความพร้อมของการดูแล (Supportiveness of care environment) คือการเตรียมวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรอื่นอย่างเพียงพอแก่ความต้องการ

ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537: 49) กล่าวถึง การดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ หรือสถานสงเคราะห์ควรประกอบด้วย มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมให้บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุได้มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแล มีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดี ทั้งระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ มีผู้บริหารที่สามารถบริหารงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนมาก มีการประสานงานอย่างดีระหว่างบุคลากรต่างๆ ที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ มีการผสมผสานร่วมมือกันในฝ่ายต่างๆ และมีองค์กรที่มั่นคงทำหน้าที่บริหารงาน

Vladerk (1981 cited in Ebersole and Hess, 1990: 364) กล่าวว่าสถานพยาบาลที่มีคุณภาพประกอบด้วย การดูแลความสะอาดที่ดี และมีสิ่งแวดล้อมน่าอยู่ มีอาหารดี มีความอุดมสมบูรณ์ มีคนคอยช่วยเหลือเมื่อต้องการ ให้ความเคารพ และให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุ และมีความเป็นส่วนตัว

Rantz และคณะ (1998: 30 – 46) ศึกษาคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาล ในมุมมองของผู้ให้บริการพบว่ามียังค์ประกอบ 7 อย่าง ได้แก่ การเน้นที่ผู้รับบริการและครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและครอบครัว การให้การดูแลอย่างเฉพาะเจาะจง บรรยากาศในสถานพยาบาล บุคลากร สิ่งแวดล้อม และมีความปลอดภัยในสถานพยาบาล

#### 2.4.2 คุณภาพตามการรับรู้ (Perceived quality)

คุณภาพตามการรับรู้ (Perceived quality) หมายถึง คุณภาพที่พิจารณาจากการรับรู้ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ คือคุณภาพของสิ่งใดๆ ผู้รับบริการจะสามารถรับรู้ได้เมื่อสัมผัสกับสิ่งนั้น และถ้าผู้รับบริการต้องตัดสินใจเลือกใช้บริการ หรือซื้อสิ่งของก็สามารถตัดสินใจได้ เนื่องจากการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณภาพสามารถตัดสินใจจากการมองเห็นของผู้ที่เลือกใช้บริการเอง (Goetson and Devis, 1994: 1) บุคคลหรือสังคมที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ จึงเป็นผู้ตัดสินใจเอง (Taylor, Kudson, and Kelling, 1991: 24) คุณภาพส่วนมากนั้นควรจะต้องตรงกับ “ความคาดหวังของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ” (Laffel and Blumenthal, 1989 อ้างถึงในอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543: 6) ได้มีผู้ศึกษาคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ หรือผู้รับบริการดังนี้

Rantz และคณะ (1999: 16 – 37) ศึกษาคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาล ในมุมมองของผู้รับบริการคือ ผู้สูงอายุและครอบครัว พบว่ามียังค์ประกอบ 7 อย่างได้แก่

- 1.บุคลากร (Staff) ผู้สูงอายุให้ความสำคัญของบุคลากรผู้ดูแลตนเองในสถานพยาบาลว่าถ้าไม่มีบุคลากรทุกอย่างคงไม่ประสบความสำเร็จ และต้องการบุคลากรจำนวนเพียงพอในการดูแล ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากผู้ดูแลประจำจะทราบถึงความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนเป็นอย่างดี และต้องการบุคลากรที่มีความรู้ หรือได้รับการอบรมและคำแนะนำจากพยาบาลมาเป็นอย่างดี และบุคลากรควรได้รับค่าตอบแทนที่ดี เพื่อให้มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน

2. การดูแล (Care) ต้องให้การดูแลขั้นพื้นฐานที่ดี ให้การดูแลตามผู้สูงอายุต้องการในแต่ละคน เช่น การจัดอาหารตามความชอบของผู้สูงอายุ มีความสนใจกระตือรือร้นที่จะช่วยในการรับประทานอาหาร และมีจิตวิญญาณในการดูแลด้วย

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family involvement) เนื่องจากครอบครัวสามารถให้ความรัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และทำให้การดูแลมีคุณภาพมากขึ้น

4. การสื่อสาร (Communication) คือ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งการสื่อสารแบบวัจนภาษา และอวัจนภาษา เพราะเป็นการสื่อให้รู้ถึง คุณภาพการดูแลที่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับ

5. สิ่งแวดล้อม (Environment) ต้องไม่มีกลิ่น ไม่มีเสียงรบกวน มีสถานที่ที่กว้างขวางเพียงพอสำหรับการเดิน หรือรถเข็น มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องนอนมีหน้าต่างที่สามารถมองเห็นวิวข้างนอกห้องได้ บรรยากาศเต็มไปด้วยความมีชีวิตชีวา เช่น มีเด็ก ต้นไม้ หรือสัตว์เลี้ยง เพื่อเพิ่มความน่าอยู่มากขึ้น มีความปลอดภัยเมื่อเดินอยู่ภายใน หรือเมื่อมีผู้สูงอายุที่หลงลืมก็สามารถเดินไปมาในสถานพยาบาลได้ รวมถึงการดูแลความสะดวกสถานพยาบาลเป็นอย่างดี

6. การให้ความรู้สึกเหมือนบ้าน (Home) เนื่องจากผู้สูงอายุต้องอยู่ในสถานที่แห่งนี้เป็นเวลานาน จึงควรมีความเป็นส่วนตัว จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

7. ราคา (Cost) สถานพยาบาลต้องให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อย่างน้อยผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ถ้าจะจัดบริการอื่นเสริมควรดูสภาพผู้สูงอายุด้วย ไม่เห็นแก่รายได้มากเกินไป เช่น การนำผู้สูงอายุไปฝึกอาชีพบำบัดในขณะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองได้ และเรียกเก็บเงินกับญาติเพิ่ม เป็นต้น

George และ Weimerskirch (1998: 6) กล่าวว่าคุณภาพที่เป็นไปตามที่ผู้รับบริการต้องการ ประกอบด้วย 9 อย่าง ได้แก่ การเน้นที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ เน้นที่ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลัก ทุกคนในองค์กรทำงานโดยมีจุดประสงค์เดียวกัน มีการปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว บริหารงานตามความเป็นจริง ให้การป้องกันมากกว่าที่จะได้ตอบ มีการทำงานที่รวดเร็วแต่ยืดหยุ่นในองค์กร มองไปที่รอบตัว และหาหนทางที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และผลงานที่ได้ต้องมีคุณค่า

Hutchison และ Bahr (1991) ศึกษาความต้องการการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการ ในสถานพยาบาลประเภทไม่หวังผลกำไร พบว่าการดูแลเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมาก เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่า เป็นตัวของตัวเอง และมีความเป็นบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลตามที่ผู้สูงอายุต้องการ คือ

1. การป้องกัน (Protecting) คือการดูแลให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ให้การเอาใจใส่ด้วยคำพูด การแนะนำ การดูแลร่างกาย และมีการตรวจตรา หรือสังเกต อย่างสม่ำเสมอ

2. การสนับสนุน (Supporting) คือการให้ผู้สูงอายุได้สิ่งที่ต้องการ ช่วยแก้ปัญหา ให้กำลังใจ และให้ความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน

3. การรับรอง (Confirming) คือ การดูแลโดยเคารพความเป็นบุคคล การยอมรับ และเข้าใจความรู้สึกนึกคิด มีความรู้สึกร่วมกับผู้สูงอายุ

4. สิ่งที่อยู่เหนือความเข้าใจ (Transcending) ได้แก่ ความเชื่อในเรื่องศาสนา การสวดมนต์ การจัดให้มีการสวดมนต์ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่อยู่เหนือออกไป หรือเหนือธรรมชาติของมนุษย์ (Human nature)

จะเห็นได้ว่าคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจะมีหลายมุมมองทั้งในมุมมองผู้ให้บริการ คือ คุณภาพตามความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และในมุมมองของผู้รับบริการ คือคุณภาพตามความคาดหวัง หรือตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งคุณภาพในมุมมองของผู้รับบริการจะทำให้ความหมายของคุณภาพการดูแล จะนำไปสู่การจัดการดูแลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สถานสงเคราะห์คนชราจัดตั้งขึ้น เพื่อให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา ให้ได้รับความคุ้มครอง ได้รับการดูแลอย่างมีความสุข และผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีแนวโน้มที่จะอยู่รับการดูแลเป็นระยะเวลานาน ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 จะอยู่ในสถานพยาบาล และเสียชีวิตที่นั่น (Cobb, 1999 cited in Leonard, 2001) การจัดการดูแลในสถานสงเคราะห์คนชราจึงเป็นการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลายาว (Long term care) จะมีวัตถุประสงค์ในการจัดการดูแลที่แตกต่างกับการดูแลในระยะเฉียบพลัน (Acute care) เนื่องจากการดูแลในระยะเฉียบพลันจะมีเป้าหมายคือให้หายจากโรค หรือต้องดีขึ้น แต่ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวจะมีเป้าหมายที่กว้างกว่าคือผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Good quality of life) (<http://www.nih.gov/ninr/research/vol3/nursehome.html>, 2001: 8) หรือกล่าวว่าการที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือจุดมุ่งหมายทั้งหมดของการดูแล (Kane, 2001) ฉะนั้นการจัดบริการที่มีคุณภาพการดูแลที่ดีจึงมีจุดประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งระดับที่ดีที่สุดของการทำงานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตด้วยความผาสุก (Harrington, 2000: 6) ซึ่ง Challiner (1997: 158) กล่าวว่าถ้ามีการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ดี จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคในผู้สูงอายุได้ ทั้งโรคทางร่างกาย และโรคทางจิตใจ และสามารถยกระดับการมีชีวิตของผู้สูงอายุขึ้น (Challiner, 1997: 153) อย่างไรก็ตามปัญหาต่างๆ ในสถานสงเคราะห์ที่พบบ่อย เช่น การปล่อยให้เสียชีวิต (Led to death) การบาดเจ็บอย่างถาวร การช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ความเจ็บปวดไม่สุขสบาย ขาดอาหารและน้ำ ภาวะซึมเศร้า ต้องการความช่วยเหลือ การดูแลรักษา ต้องการการดูแลทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (<http://www.nih.gov/ninr/research/vol3/nursehome.html>, 2001: 1-2) จึงต้องมีประเมินคุณภาพให้ได้ตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

## 2.5 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุต้องการการดูแล ต้องการสถานที่ที่ให้การดูแล ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลมากกว่าผู้ที่อ่อนวัยกว่า (Moss, 1997: 117) และมีความต้องการการดูแลที่รวมทุกอย่างไว้ด้วยกัน (Complex care) (Coccia and Camelon, 1999: 40) การดูแลตามความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ประกอบไปด้วย ความต้องการที่มีทฤษฎีรากฐานมาจากความต้องการขั้นพื้นฐานของ Maslow (Maslow's need) เมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนอง จึงเกิดความต้องการในระดับสูงขึ้นไป มี 5 ขั้นตอนคือ (Ebersole and Hess, 1990: 356; Roach, 2000: 19-52)

1) ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดที่พึงได้รับ หรือเรียกอีกอย่างว่า “ความต้องการเพื่อการมีชีวิต” (Survival needs) ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน การขับถ่าย และความต้องการทางเพศ

2) ความต้องการด้านความมั่นคงและปลอดภัย (Security and safety needs) เป็นความต้องการขั้นที่สอง หลังจากที่ได้รับตอบสนองความต้องการขั้นที่หนึ่งแล้ว ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุมาก ความปลอดภัยจะมีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกปลอดภัย และมั่นคงที่จะรักษาโรคให้หาย ก็จะสามารถอยู่ได้อย่างปกติ แต่ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคง และไม่ปลอดภัยจะมีอาการสับสน วุ่นวาย และโกรธ ฉะนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุจะต้องให้ความรัก ความเชื่อใจ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่มั่นคง และปลอดภัย จะสามารถพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุได้

3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and belonging needs) บุคคลต้องการความรู้สึกพิเศษ ต้องการความรัก และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมีความสำคัญในกลุ่ม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของ เมื่อผู้สูงอายุขาดความรัก ขาดเพื่อนที่เป็นสมาชิกในกลุ่มเดียวกันจะรู้สึกขาดความรัก และความเป็นเจ้าของ เช่น ผู้สูงอายุมีพี่น้อง แต่เมื่ออายุและเวลาผ่านไป พบว่าอยู่คนเดียวในครอบครัว สูญเสียเพื่อนเป็นสาเหตุของความเหงา และซึมเศร้า การทำให้เกิดความสัมพันธ์ใหม่สามารถเกิดได้โดยการถ่ายทอดจากคนไปสู่สัตว์ เช่น การเลี้ยงสัตว์ การทำงานในโครงการพิเศษ หรือในองค์กร การกุศล จะช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของขึ้นมาใหม่ได้

4) ความต้องการยอมรับนับถือ (Self esteem needs) การยอมรับนับถือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของความรู้สึกของบุคคล ถ้ามีความรู้สึกดี ความยกย่องนับถือจะตามมา ถ้าเกิดความรู้สึกในแง่ลบจะทำให้การยอมรับนับถือต่ำ เพราะฉะนั้นครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่รักจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกภาคภูมิใจโดยการยอมรับผู้สูงอายุ แสดงความพอใจ ความรัก ความเชื่อใจ ฟังอย่างสนใจว่าผู้สูงอายุพูดอะไร สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพูดถึงอดีตที่ภาคภูมิใจ

5) ความต้องการที่จะสมหวังในชีวิต (Self actualization needs) เป็นความต้องการขั้นสุดท้ายที่ต้องใช้ความพยายาม ใช้ศักยภาพมากที่สุด เพื่อไปสู่เป้าหมายที่มีคุณค่า หนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้แก่ ความเชื่อ หรือปรัชญาจึงจะประสบความสำเร็จในชีวิต

Roach (2000) กล่าวว่าในการตายของมนุษย์เกิดขึ้นเพราะไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน กล่าวคือ ความตายเกิดขึ้นเพราะไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเคลื่อนไหวไม่ได้, ความตายเกิดขึ้นเพราะความไม่ปลอดภัย เช่น การได้รับอุบัติเหตุ การหกล้ม เป็นต้น, ความตายเกิดขึ้นเพราะไม่มีความรัก และความภาคภูมิใจ และความตายเกิดขึ้นเพราะการไม่ได้รับความเคารพนับถือ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายในที่สุด จะเห็นได้ว่าบุคคลจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ต้องได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างครบถ้วน

ในการจัดสถานที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุในสถานพยาบาล Ebersole และ Hess (1990: 356) กล่าวว่าผู้ดูแลจำเป็นต้องจัดให้สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน 5 ชั้น เช่นกัน โดยการดูแลให้อาหารที่ดี ผู้สูงอายุสามารถเลือกเวลานอนได้เอง ที่อยู่อาศัยสะอาด มีความปลอดภัย ได้พบแพทย์ในเวลาที่ต้องการ ได้รับความช่วยเหลือในเวลาที่เหมาะสม ผู้ดูแลให้การดูแลตามที่ผู้สูงอายุต้องการ มีความเป็นส่วนตัว มีการเคารพให้เกียรติ เมื่อทำเช่นนี้ได้ผู้สูงอายุจะมีความสุข เนื่องจากได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานครบถ้วน The Bard Nursing Award (1982: 309 อ้างถึงในศิริวรรณ สิ้นไชย, 2532: 29) ได้เสนอความคิดรวบยอดว่าคนเราจะมีการเลื่อนขึ้นและลงตามรูปสามเหลี่ยมของ Maslow กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุสามารถผ่านขั้นตอนความต้องการขั้นพื้นฐานส่วนบนแล้ว จะพยายามรักษาและป้องกันการลื่นไถลลงมาจากยอดของสามเหลี่ยม แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จึงเป็นการยากที่ผู้สูงอายุจะรักษาตำแหน่งส่วนยอดของสามเหลี่ยมโดยลำพัง ต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากบุคคลอื่น ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และสังคม



จากความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ในประเทศออสเตรเลียจึงแบ่งการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลเป็น 3 ระดับ คือ (<http://www.health.gov.au/acc/>)

1) การบริการการดูแลขั้นพื้นฐาน (Accommodation services) การจัดการบริการขั้นพื้นฐานที่มีให้ผู้สูงอายุทุกคนที่ต้องการในสถานพยาบาล ได้แก่ การบริหารการบ้านที่เกี่ยวกับผู้พักพิงในสถานพยาบาล ที่พักขั้นพื้นฐาน รวมถึงการเตรียม เตียงนอน และเฟอร์นิเจอร์ไว้ให้ด้วย การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า การเตรียมสบู่ และกระดาษชำระให้ การทำความสะอาด การตกแต่งอาคาร และพื้นที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การที่มีผู้คอยช่วยเหลือเมื่อต้องการความช่วยเหลือฉุกเฉิน อาหาร มีการจัดอาหารให้ตามที่ต้องการ

2) การให้บริการการดูแลขั้นต่ำ (Lower level care service) ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุตามลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ การพาไปห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนไหว และการรับประทานอาหาร การให้การรักษา รวมถึงการให้ยา การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ (Recreational therapy and rehabilitation support) การประเมินและบริการการรักษา และการช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

3) การให้บริการการดูแลขั้นสูง (Higher level care service) จะได้รับการพยาบาลและการดูแลมากกว่า ได้แก่ การได้รับอุปกรณ์ตกแต่ง เครื่องช่วยเหลือ เช่น เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว ได้แก่ รถเข็น เครื่องช่วยเดิน หรือเครื่องช่วยยก การให้ยา อุปกรณ์ เครื่องช่วยในการไปห้องน้ำ และการจัดการเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ การวางแผนการพยาบาล การบริหารยา การจัดการรักษาโรค และการให้ออกซิเจน และเครื่องมือให้ออกซิเจน

Schafer (1985 cited in Ebersole and Hess, 1990: 353) ได้กล่าวถึงการจัดสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลให้คล้ายกับสถานที่ที่ผู้สูงอายุเคยอยู่ มีลักษณะดังนี้ 1) ให้การดูแลอย่างเฉพาะเจาะจง คือ การให้การดูแลเป็นรายบุคคลตามความต้องการของผู้สูงอายุ 2) มีการเรียนรู้ว่าผู้สูงอายุเคยเป็นใครมาก่อน เพื่อให้ความชื่นชมในอดีตที่ผ่านมา 3) เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ มีการดูแลอย่างเป็นระบบ 5) มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 6) จัดกิจกรรมให้เหมือนที่อยู่ที่บ้าน 7) ปรับขั้นตอนการวินิจฉัยโรคให้เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ 8) มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ 9) มีเวลาในการให้ข้อมูลข่าวสาร 10) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ 11) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นแรงกระตุ้น

Marini (1999) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการความช่วยเหลือดูแล ในกิจวัตรประจำวันตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุต้องการ ได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายตามที่คุณสูงอายุต้องการ และต้องการดูแลรักษาที่ยอมรับความเป็นบุคคล และตามลักษณะเฉพาะของบุคคล ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และการให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุ

สำหรับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุเมื่ออยู่กับครอบครัว Phillips และคณะ(1990) กล่าวว่า คุณภาพการดูแลในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับว่าคุณสูงอายุได้รับการตอบสนองตามความต้องการหรือไม่ ซึ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ควรได้รับเมื่ออยู่กับครอบครัว ได้แก่

1) ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การดูแลความสะอาดของที่พักอาศัย ความปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ และการมีพื้นที่ที่เป็นส่วนตัว เป็นต้น

2) ความต้องการด้านร่างกาย (Physical) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่ มีความสะดวกสบาย เช่น การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ การช่วยเหลือเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และการทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม

3) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Medical maintenance) ได้แก่ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปตรวจสุขภาพ การดูแลในเรื่องยาที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นต้น

4) ความต้องการทางด้านจิตใจ (Psychological) ได้แก่ การให้ความรัก การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การให้ความเคารพ การให้มีส่วนร่วมในสังคม เป็นต้น

5) การเคารพสิทธิมนุษยชน (Human right) การยอมรับเคารพนับถือ การเคารพในความเป็นส่วนตัว หรือสิทธิส่วนบุคคล และการให้การดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นต้น

6) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ (Financial) ได้แก่ การจัดการด้านการเงินให้กับผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

การจัดบริการให้กับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว การดูแลแบ่งออกเป็น 3 อย่าง ได้แก่ (Cystal et al, 1987 cited in Applebarum and Phillips, 1990) 1) การดูแลส่วนบุคคล (Personal care) การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น แต่งตัว อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ หวีผม และการช่วยเดิน รวมถึงการระมัดระวังอุบัติเหตุ และการให้ยา 2) การดูแลสิ่งแวดล้อม (Environment care focus on instrumental ADLS) เช่น การพาไปซื้อของ ซักเสื้อผ้า ทำความสะอาดบ้าน และการเดินทางระยะสั้นเพื่อทำธุระ 3) การดูแลสุขภาพ (Health related care) ช่วยในการดูแล

สุขภาพรวมทั้งพยาบาลและแพทย์ เช่น การให้ยา สอนปัสสาวะ การดูแล ผิวหนัง เป็นต้น รวมถึง การเฝ้าระวังและสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทย แบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย (Physical caregiving) การดูแลทางด้านจิตใจ (Psychological caregiving) และการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual caregiving) (Jirapom Kespichayawattana, 1999: 85 – 98)

1) การดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย แก่ผู้สูงอายุซึ่งจะขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การให้การดูแลทางการแพทย์ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อหลอดลมคอ ทำแผล เป็นต้น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การหาความช่วยเหลืออื่น เช่น การปรึกษาปัญหาของผู้สูงอายุ กับทีมสุขภาพ และการหาแนวทางการรักษาอื่น เช่น การใช้สมุนไพร การหาหมอพระ หรือหมอจีน ซึ่งจะพบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

2) การดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ และสังเกต อាកารผิดปกติ และให้ความรู้สึกที่ดีว่ามีคนอยู่ข้างๆ ทั้งที่บ้าน และเมื่อผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล พูดคุยด้วยกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในบ้าน หรือเมื่อจะทำกิจกรรมอะไรกับผู้สูงอายุ การมีอารมณ์ขันขณะดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความเครียดในการดูแล และลดความขัดแย้งระหว่าง ผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

3) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างศาสนา ความเชื่อ หรือการปฏิบัติที่เป็นวัฒนธรรมประเพณี เช่น การทำบุญเพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุการดีขึ้น หรือได้อยู่ร่วมกันอีกในชาติหน้า การสวดมนต์เพื่อให้ผู้สูงอายุอายุการดีขึ้น มีชีวิตยืนยาวมากขึ้น หรือทำให้ห่างจากเรื่องร้ายแรงต่างๆ

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุโดยทั่วไป ผู้สูงอายุใน ครอบครัว หรือผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา จะมีความต้องการการดูแลทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วยทั้งสิ้น ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการที่จะอยู่กับบุตร หลานในครอบครัวมากกว่า (บรรลุ ศิริพานิช, 2543) และต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแลตนมากที่สุด โดยเฉพาะบุตรสาว (อัจฉรา แอนซ์ และปรียา รุ่งโสภากุล, 2541) เนื่องจากการสืบทอดวัฒนธรรม ประเพณีอันดีงามของคนไทยดั้งเดิมที่จะให้การดูแลบุพการีของตน รวมถึง “ผู้สูงอายุ” เป็นบุคคลที่ คนรุ่นหลังให้ความเกรงใจ ให้เกียรติ ให้ความเคารพนับถือ และเลื่อมใส แต่จากการเปลี่ยนแปลง ของสังคม ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี การมีบุตรน้อย บุตรต้องทำงานต่างพื้นที่ส่งผล กระทบทำให้ผู้สูงอายุผู้ที่เคยได้รับความห่วงใย กำลังขาดคนช่วยเหลือดูแล รวมถึงความเลื่อมใสของ

ร่างกายของผู้สูงอายุเองทำให้ความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลเห็นความสำคัญของ ผู้สูงอายุที่ทำคุณงามความดีแก่สังคมมามาก จึงจัดสวัสดิการสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบ ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 158) ผู้สูงอายุจึงตัดสินใจเลือก เข้ารับการสงเคราะห์จากสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งเป็นทางเลือกสุดท้ายคือเพียงร้อยละ 9 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543: 190) หรือผู้สูงอายุบางคนต้องไปอยู่ด้วยความจำใจหรือจำเป็น เท่านั้น การจัดการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจึงควรมีการจัดบริการที่เกื้อกูลผู้สูงอายุ ตอบสนองให้ได้ตามความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้สูงอายุ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้มากที่สุด

### 3. สวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง โดยเฉพาะทางด้านกายภาพทำให้เกิด ภาวะพึ่งพา และทุพพลภาพทุก 1 ใน 4 คน (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล และคณะ, 2542) รวมทั้งปัจจัย ทางด้านจิตใจ วัฒนธรรมประเพณี และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุมีความขัดแย้งกัน การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อยู่ในครอบครัวเกิดความรู้สึกเหงา และไม่มีความสุข (นภาพร ชโยวรรณ, 2543) จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุต้องการสวัสดิการ คือต้องการการเกื้อกูล ในสิ่งจำเป็นพื้นฐาน งานสงเคราะห์ผู้สูงอายุจึงเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยทั่วไป งานสวัสดิการสงเคราะห์ผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 158)

1. งานด้านมนุษยธรรม ได้แก่งานช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พิการ ด้อยโอกาส หรือ ขาดสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีพ ให้ได้รับปัจจัยที่จำเป็น หรือมีโอกาสเข้าถึงความช่วยเหลือ ต่างๆ พอสมควร ส่วนใหญ่มักเป็นงานด้านสังคมสงเคราะห์ รัฐธรรมนูญไทยฉบับปี 2540 มาตรา 80 วรรค 2 บัญญัติไว้ว่า "รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และ ผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้"

2. งานด้านการพัฒนา ได้แก่งานช่วยเหลือส่งเสริมผู้สูงอายุทั่วไปให้มีโอกาส พัฒนาตนเองไปสู่การพึ่งพาตนเองได้ระดับหนึ่ง เพื่อมิให้เป็นภาระแก่สังคมมากเกินไป

จากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย และสภาพเศรษฐกิจและสังคม ที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุจึง ถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทที่ลูกหลานละทิ้งไร่นาไปหางานทำในต่างถิ่น พบปัญหา ต่างๆ ในผู้สูงอายุ ได้แก่ (กรมประชาสงเคราะห์, 2543)

1. ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพมาก เพราะเป็นวัยที่กำลังถดถอย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และด้อยการศึกษาจะขาดความรู้พื้นฐานในด้านการป้องกันและรักษาสุขภาพเบื้องต้น
2. ปัญหาด้านการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 31 ไม่ได้รับการศึกษา และมีการศึกษาในระดับประถมต้นร้อยละ 62.2
3. ปัญหาด้านความมั่นคงและรายได้ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่มีหลักประกันชีวิต ไม่มีเงินเก็บไว้ในยามชรา
4. ปัญหาด้านสังคม และวัฒนธรรม เนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวให้ทัน ก่อให้เกิดความกดดันด้านจิตใจ ความเครียด ค่านิยมรวมทั้งการแสดงออกที่วัยอื่นๆ จะพึงมีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้ยอมรับภาวะนั้น ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจได้
5. ปัญหาด้านสวัสดิการสังคม มีขอบเขตและรูปแบบที่จำกัด ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปริมาณมากได้

ปัญหาประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบและปัญหาตามมาทำให้รัฐบาลจำเป็นต้องจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองคุณงามความดีที่ผู้สูงอายุได้สร้างสรรทำให้แก่ประเทศชาติ ให้มีความสุขสบายในบั้นปลายของชีวิต โดยกรมประชาสงเคราะห์ได้ดำเนินการแก้ไขตั้งแต่ พ.ศ. 2496 สมัยจอมพล ป. พิบูลย์สงครามเป็นต้นมา โดยการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคขึ้นเป็นแห่งแรก และมีการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อเนื่อง โดยการจัดบริการต่างๆ (กรมประชาสงเคราะห์, 2543) ได้แก่

#### 1. การสงเคราะห์คนชราภายใน

สถานสงเคราะห์คนชราตั้งขึ้นตามนโยบายของรัฐบาลที่เห็นความสำคัญ และความจำเป็นของการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพราะเป็นผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบในการช่วยเหลือบ้านเมือง ในฐานะคนหนุ่มสาวในอดีต จึงสมควรได้ทดแทนคุณงามความดีเมื่อบุคคลเหล่านั้นไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รัฐบาลโดยกรมประชาสงเคราะห์ จึงได้จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นมาเป็นแห่งแรกในปี พ.ศ. 2496 คือ บ้านบางแค วัตถุประสงค์ของการสงเคราะห์คนชรา มีดังนี้ คือ (กรมประชาสงเคราะห์, มปป.)

- 1) เพื่อให้การสงเคราะห์คนชราที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้
- 2) เพื่อให้บริการแก่คนชราที่อยู่กับครอบครัวของตน แต่มีความต้องการบริการสงเคราะห์คนชราบางอย่าง เช่น การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด นันทนาการ

3) เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวผู้มีรายได้น้อย หรือยากจน ที่ไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูคนชราไว้ในครอบครัวได้

4) เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคมอันเกี่ยวกับคนชรา ไม่ให้เร่ร่อน หรือทำความเดือดร้อนแก่สังคม และให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุกตามสมควรแก่สภาพ

5) เพื่อเป็นการตอบแทนคุณความดีที่คนชราได้ทำประโยชน์แก่ประเทศชาติ

6) เพื่อให้ผู้สูงอายุจะได้คลายวิตกกังวลเมื่อชราภาพ ไม่สามารถประกอบอาชีพต่อไปได้แล้ว ทางรัฐบาลมีหน้าที่จะเป็นอุปการะเลี้ยงดูต่อไป

สถานสงเคราะห์คนชราภายในแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.1 ประเภทสามัญ ให้การอุปการะเลี้ยงดู โดยไม่เสียค่าบริการใดๆ อาศัยอยู่รวมกันห้องละหลายคน แยกหญิงและชาย มีเตียงนอน ตู้ และของใช้เฉพาะตัว สถานสงเคราะห์คนชราประเภทนี้มี 20 แห่งทั่วประเทศ ได้แก่

- 1) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
- 2) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา
- 3) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
- 4) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
- 5) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
- 6) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา
- 7) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
- 8) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
- 9) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุ้มทอง-พื้งดัก จังหวัดชุมพร
- 10) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- 11) สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 12) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- 13) สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่
- 14) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านภูเก็ท จังหวัดภูเก็ต
- 15) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร
- 16) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง
- 17) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม
- 18) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
- 19) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี

20) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุปถัมภ์)  
จังหวัดกาญจนบุรี

1.2 ประเภทเสียค่าบริการ เป็นการให้บริการในลักษณะห้องพัก ค่าบริการเตียงเดี่ยวห้องละ 550 บาท/เดือน และเตียงคู่ ห้องละ 1,060 บาท/เดือน (เฉพาะสามี ภรรยา) ประเภทนี้มีเฉพาะที่สถานสงเคราะห์คนชรานางบางแค จำนวน 40 ห้อง

1.3 ประเภทพิเศษ ผู้สูงอายุสามารถปลูกบ้านตามแปลนที่กำหนดในที่ดิน ของกรมประชาสงเคราะห์ โดยทำสัญญาปลูกสร้างเสร็จแล้วยกกรรมสิทธิ์ให้ทางราชการ และ ผู้ปลูกสร้างอยู่อาศัยได้ตลอดชีวิต ขณะนี้มีที่สถานสงเคราะห์คนชรานางบางแค กรุงเทพมหานคร สถานสงเคราะห์คนชรานางบางละมุง จังหวัดชลบุรี สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัด เชียงใหม่ และสถานสงเคราะห์คนชรา วาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คุณสมบัติของผู้สมัครเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์

- 1) คนชราหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป และชายอายุ 65 ปีขึ้นไป
- 2) ไม่มีโรคเรื้อน หรือโรคติดต่ออันตราย
- 3) ไม่พิการทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
- 4) ต้องมีความจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง

4.1 มีความเดือดร้อนทุกข์ยาก ไม่มีผู้อุปการะ ชาติที่อยู่อาศัย

4.2 มีที่อยู่อาศัย แต่ขาดผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ

4.3 ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้

การจัดบริการสวัสดิการต่างๆ ให้แก่คนชราที่อยู่ในสถานสงเคราะห์

- 1) บริการเลี้ยงดู ด้านปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พัก ยารักษาโรค และการรักษาพยาบาล
- 2) บริการตรวจรักษาโรค ให้การตรวจรักษาโรคทั่วไป ถ้าผู้ป่วยหนัก จะส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใกล้เคียง
- 3) บริการกายภาพบำบัด ให้การตรวจรักษาโดยมีเครื่องมือ และ อุปกรณ์อย่างครบครันทันสมัย
- 4) บริการอาชีพบำบัดโดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานตามความถนัด และเหมาะสมกับสภาพร่างกายด้วยความสมัครใจ เช่น การฝีมือ และงานประดิษฐ์ต่างๆ ตลอดจน การทำสวนครัว ปลูกไม้ดอก ไม้ประดับ
- 5) บริการศาสนกิจ จัดให้มีพิธีกรรมทางศาสนาตามประเพณี มีการนิมนต์

พระสงฆ์มาเทศนาเป็นประจำทุกวันพระ ตลอดจนการบรรยายธรรมและปฏิบัติกิจในวันสำคัญทางศาสนา และวันสำคัญประจำชาติ

6) งานสังคมสงเคราะห์ ให้คำแนะนำปรึกษาหารือ ฟันฟู ปรับสภาพ โดยวิธีสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย สังคมสงเคราะห์กลุ่มชน การจัดกิจกรรมนันทนาการ รวมทั้งการจัดทัศนอาจรเป็นครั้งคราวด้วย

7) การฌาปนกิจ สถานสงเคราะห์จะจัดการฌาปนกิจให้เมื่อผู้สูงอายุถึงแก่กรรม แต่ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่ญาติไม่ต้องการจัดการฌาปนกิจเอง

โดยรวมแล้วผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราภายใน จะได้รับบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และจิตสังคม ดังนี้ (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543: 17-18)

1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุได้รับบริการเลี้ยงดู ด้านปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พัก ยารักษาโรค และการรักษาพยาบาล โดยให้การตรวจรักษาโรคทั่วไป ถ้าป่วยหนักจะส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใกล้เคียง มีบริการกายภาพบำบัด ให้การตรวจรักษาโดยมีเครื่องมือ และอุปกรณ์อย่างครบครันทันสมัย

2) ด้านจิตวิญญาณ มีบริการศาสนกิจ จัดให้มีพิธีกรรมทางศาสนาตามประเพณี มีการนิมนต์พระสงฆ์มาเทศนาเป็นประจำ ตลอดจนการบรรยายธรรมและปฏิบัติศาสนกิจในวันสำคัญทางศาสนา และวันสำคัญประจำชาติ งานสังคมสงเคราะห์ และบริการให้คำแนะนำปรึกษาหารือ แก้ปัญหาฟื้นฟูสภาพเฉพาะราย การจัดกิจกรรมนันทนาการ และทัศนอาจร

3) ด้านจิตสังคม มีบริการอาชีพบำบัด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความถนัด และเหมาะสมกับสภาพร่างกายด้วยความสมัครใจ เช่น การมีมือ งานประดิษฐ์ การทำสวนครัว ปลูกไม้ดอก ไม้ประดับ และฌาปนกิจเมื่อผู้สูงอายุถึงแก่กรรมแต่ไม่มีญาติ

ด้านบรรยากาศในสถานสงเคราะห์คนชรา การดำเนินชีวิตในช่วงเข้าผู้สูงอายุ บางท่านจะช่วยทำความสะอาดบริเวณรอบๆ สถานสงเคราะห์ด้วยการกวาดถนน เก็บขยะ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความภูมิใจเพราะคิดว่าเป็นการตอบแทนสถานสงเคราะห์ที่ให้การดูแล มีกิจกรรมสวดมนต์ ทำวัตรเช้า หลังจากนั้นผู้สูงอายุที่เข้ากลุ่มอาชีพบำบัดจะเริ่มทำงานของตนเอง เช่น การถักพรมเช็ดเท้า ทำสวน ปลูกกล้วย ทำดอกไม้ ซึ่งจะนำมาขายในสถานสงเคราะห์เป็นการหารายได้เสริม แต่จะขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้สูงอายุเอง สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานอดิเรกหรือไม่ได้เข้ากลุ่มจะนั่งเล่น คุย หรือทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ เมื่อมีบุคคลภายนอกมาเยี่ยมหรือมาทำกิจกรรม จะมีการประกาศให้ทราบทางเสียงตามสาย ผู้สูงอายุจะให้ความร่วมมือและมีความยินดีมาก



2. การสงเคราะห์คนชราภายนอก เป็นบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และอบอุ่นในบ้านปลายชีวิตอยู่กับครอบครัว โดยจัดตั้งศูนย์บริการคนชราเป็นส่วนหนึ่งของสถานสงเคราะห์คนชรา และในบางแห่งก็จัดเป็นศูนย์บริการเพียงอย่างเดียว ทั่วประเทศมีทั้งสิ้น 18 แห่ง การให้บริการเฉลี่ยเดือนละ 3,000 ราย บริการที่จัดให้ประกอบด้วยบริการด้านสุขภาพอนามัย การออกกำลังกาย อาชีวบำบัด กิจกรรมตามความสนใจ นันทนาการ สังคมสงเคราะห์ และศาสนา เป็นต้น

3. บริการหน่วยเคลื่อนที่ เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน นำข้อมูลข่าวสารการบริการไปเผยแพร่ การให้บริการคำแนะนำ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยหน่วยเคลื่อนที่จะประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล ดำเนินการโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชราต่างๆ

4. บริการบ้านพักฉุกเฉิน เพื่อช่วยคนชราที่ประสบความเดือดร้อนทางด้านจิตใจกับครอบครัว ผู้สูงอายุที่รอเข้าสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้สูงอายุที่มีกิจวัตรหรือมีความจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งที่ต้องการที่พักอาศัยชั่วคราว เพื่อให้ปัญหานั้นเบาลง โดยให้บริการปัจจัย 4 และบริการด้านสังคมสงเคราะห์

5. กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน ช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วประเทศที่อาศัยในหมู่บ้าน ที่มีการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน โดยเป็นผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะ มีฐานะครอบครัวยากจน ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ โดยจ่ายเบี้ยยังชีพให้รายละ 300 บาทต่อเดือน

การจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุจะพบว่ามีความพยายามในการจัดบริการที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คือ นอกจากจะให้การดูแลทางด้านร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องการความต้องการการเคารพนับถือ การให้เกียรติ และที่สำคัญคือ การจัดสถานที่ที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนกับที่บ้าน แสดงให้เห็นว่าในความเป็นจริงแล้วถ้าเลือกได้ผู้สูงอายุจะไม่เลือกที่จะพลัดพรากจากครอบครัวของตน แต่ด้วยเหตุจำเป็นดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้สูงอายุจึงต้องพึ่งการจัดสวัสดิการต่างๆ ของรัฐบาล และเพื่อให้การดูแล หรือจัดบริการมีคุณภาพสูงสุดตอบสนองความคาดหวังของผู้สูงอายุ จึงต้องมีการสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้รับบริการคนหนึ่ง โดยใช้การสนทนากลุ่มซึ่งเป็นวิธีที่จะสามารถทราบถึงคุณภาพการดูแล และความต้องการในการใช้บริการ หรือผลิตภัณฑ์จากผู้รับบริการ หรือผู้บริโภคได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดความลำเอียง เนื่องจากผู้รับบริการจะรู้เกี่ยวกับความต้องการของตนดีที่สุด (Beaudin and Pellertier, 1996)

#### 4. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นเทคนิคที่เกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1920 โดยการใช้ในวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไป เช่น Bogardus และ Thurstone ใช้การสนทนากลุ่มในการพัฒนาเครื่องมือร่วมกับการวิจัยเชิงสำรวจ (Morgan, 1998) และที่มหาวิทยาลัยโคลัมเบียโดย Robert Merton ได้การสนทนากลุ่มในการประเมินรายการวิทยุ โดยเชิญผู้ฟังรายการวิทยุมาร่วมกันสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นก็มีผู้นำวิธีการนี้ไปใช้อย่างแพร่หลาย หลังสงครามโลกครั้งที่สอง เช่น การวิจัยด้านการประเมินแผนงาน การตลาด การจัดทำนโยบาย การโฆษณา และการสื่อสาร (Stewart and Shamdasani, 1990: 9-10) ต่อมาจึงได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในทางการศึกษา สังคมศาสตร์ สาธารณสุข และกำลังเป็นที่นิยมในการวิจัยทางการแพทย์ (Reed and Payton, 1997: 770) มีการเรียกชื่อที่แตกต่างกันไปเช่น "Focus group" "Focus group interview" "Group indepth interview" "Focused interview" "Focus group discussion" (Gillespie, 1992 อ้างถึงในประวัติ เกรวาร์ธ, 2539: 24)

การสนทนากลุ่มเป็นการรวมบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกันมาร่วมสนทนาพร้อมๆ กัน เพื่อที่จะค้นหารวบรวมความรู้สึก หรือความคิดของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ว่าคิดอย่างไร มีความรู้สึกอย่างไรในผลผลิต หรือการบริการ (Krueger and Casey, 2000) โดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม (Group process) ที่ต้องอาศัยหลักการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในกลุ่ม (Group interaction) ทำให้เกิดพลวัตของกลุ่ม (Group dynamic) เพื่อไปกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม แสดงความคิดเห็น และทัศนคติของตนออกมาอย่างเปิดเผยและจริงใจ (Krueger and King, 1998: 56) ในขณะที่กำลังสนทนาความคิดเห็นของคนๆ หนึ่งในกลุ่มอาจไปกระตุ้นให้บุคคลอื่นในกลุ่มอยากพูด อยากแสดงความคิดเห็นของตนออกมาได้ (Morgan, 1998) และเป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่มีความยืดหยุ่น ได้ข้อมูลอย่างมาก ประหยัดทั้งเวลา และงบประมาณ (Denzin, and Lincoln, 1994: 365)

##### 4.1 ขั้นตอนของการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มเป็นการวิจัยที่ต้องการทรัพยากรสนับสนุนที่จำเป็นได้แก่ เวลา ความสามารถ หรือพรสวรรค์ และงบประมาณ สิ่งเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กัน และมีขั้นตอนพื้นฐานในการสนทนากลุ่ม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การหาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 3) การดำเนินการสนทนากลุ่ม และ 4) การวิเคราะห์และรายงานผล Morgan (1998: 65-69) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการสนทนากลุ่มขั้นตอนแรก เพราะการที่จะประสบความสำเร็จในการสนทนากลุ่มหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การวางแผนงานในขั้นแรก คือ ต้องมีการกำหนดประเด็น หรือหัวข้อการวิจัยที่เราต้องการคำตอบ จากการสนทนากลุ่ม และมีการวางแผนต่อในเรื่องต่อไปนี้ วัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ที่ต้องการ จากการสนทนากลุ่ม ระบุบทบาทของผู้ให้การสนับสนุน ระบุบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงาน วางแผนตารางเวลาสำหรับการทำงาน กำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เขียนแนวทาง สนทนากลุ่ม วางแผนการจัดหาผู้เข้าร่วมการสนทนา จัดเตรียมสถานที่ วัน เวลาที่จะทำ การสนทนากลุ่ม วางแผนการวิเคราะห์ วางแผนการรายงานผล ซึ่งการเขียนแนวทางการสนทนา Krueger และ Casey ได้แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ (2000: 43-46)

1) คำถามเปิดการสนทนา (Opening Questions) เป็นคำถาม ง่ายๆ ทัวไปที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้มีโอกาสพูดทุกคนในเวลาอันรวดเร็ว และช่วยให้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรู้สึกสบาย ไม่เป็นคำถามที่ทำให้รู้สึกถึงความแตกต่างกันในกลุ่ม เช่น ระดับการศึกษา จำนวนที่ดิน เป็นต้น

2) คำถามเกริ่น (Introduction Questions) เป็นคำถามแนะนำ หัวข้อในการสนทนา เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเชื่อมโยงความคิดของตนกับหัวข้อการสนทนา เป็นคำถาม ปลายเปิดที่ให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มบอกถึงความรู้สึก ความเข้าใจเกี่ยวกับหัวข้อ การบริการ หรือผลิตภัณฑ์ เป็นการเปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์ของตนเอง

3) คำถามเข้าสู่ประเด็น (Transition Questions) เป็นการ เปลี่ยนการสนทนาเข้าสู่ประเด็นหลักที่สนใจศึกษา เป็นคำถามที่เชื่อมโยงกับคำถามเกริ่น กับคำถามหลักในการสนทนา แต่เป็นคำถามที่ลึกกว่าคำถามเกริ่น ช่วงนี้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จะตระหนักว่าจะมองประเด็นนี้อย่างไร มีประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์อย่างไร

4) คำถามหลัก (Key Questions) เป็นคำถามหลักที่ใช้ใน การศึกษา จะมีคำถามประมาณ 2-5 คำถาม ให้เวลาในการอภิปรายกลุ่มอย่างเพียงพอ คือ ประมาณ 10-20 นาที และผู้ดำเนินการสนทนาต้องมีการหยุด และใช้คำถามเจาะลึกเมื่อได้ ข้อคำตอบในประเด็นที่ต้องการ ซึ่งคำถามหลักจะใช้เวลาประมาณครึ่งหนึ่ง หรือหนึ่งในสาม ของการสนทนา

5) คำถามจบการสนทนา (Ending Questions) คำถามเหล่านี้ จะช่วยปิดการอภิปราย และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับ ประเด็นที่สนทนากันมาอีกครั้ง คำถามจบการสนทนามี 3 ชนิด คือ

5.1) คำถามที่ช่วยกันพิจารณาทั้งหมดอีกครั้ง (All-things-considered questions) จะช่วยกันอภิปรายว่าสิ่งที่พูดมาอะไรที่สำคัญที่สุด ต้องการให้

ทำอะไรมากที่สุด และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความกระจ่างในเรื่องดังกล่าว จะมีประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการแปลความ หรือให้น้ำหนักข้อมูล

5.2) คำถามสรุป (The summary questions) เป็นคำถามที่ถามหลังจากผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มได้สรุปสิ่งที่ได้ในการสนทนากลุ่มใช้เวลา 2-3 นาที และถามผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มว่าข้อสรุปที่ได้เพียงพอหรือไม่

5.3) คำถามสุดท้าย (The final questions) มีวัตถุประสงค์เพื่อประกันว่าได้วิเคราะห์ สรุปผลการสนทนากลุ่มเรียบร้อยแล้ว เช่น ถามว่าเราได้ลืมอะไรไปหรือไม่ หรือมีอะไรที่เราควรจะคุยกัน แต่ไม่ได้คุยหรือไม่ หรือเป็นคำถามที่ถามถึงทักษะการเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มว่าเป็นอย่างไร โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องถามด้วยความจริงใจ ด้วยรอยยิ้ม และบอกจุดประสงค์ว่าต้องการที่จะปรับปรุงในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป รวมแล้วจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที

เมื่อสร้างแนวทางการสนทนากลุ่มตามขั้นตอนแล้ว ควรมีการนำแนวทางการสนทนากลุ่มไปทดลองใช้ตามเป็นระเบียบวิธีวิจัย แต่จะเป็นสิ่งที่ยาก เพราะการสนทนากลุ่มจะประสบความสำเร็จ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างซึ่งจะแยกออกจากแนวทางสนทนาได้ยาก เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้นำสนทนากลุ่ม ห้องที่ทำการสนทนา การจัดหาผู้เข้าร่วมสนทนา หรือปัจจัยอื่นๆ มีผู้เชี่ยวชาญในการทำสนทนากลุ่มกล่าวว่า "การสนทนากลุ่มแรกถ้าประสบความสำเร็จก็จะนับเป็นกลุ่มแรก แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จก็จะเป็นการทดลองใช้แนวทางสนทนากลุ่ม" อย่างไรก็ตามมีวิธีการทดลองการใช้แนวทางสนทนากลุ่ม 3 อย่าง (Krueger, 1998: 57 – 60) ได้แก่

1) การทดลองใช้กับทีมวิจัย (With research team member) ถามกันเองในทีมวิจัย และให้สมาชิกในทีมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ ใช้คำถามที่เหมือนกับการสนทนากลุ่มจริง ไม่ใช้การอ่าน พยายามทำให้เป็นธรรมชาติมากที่สุด

2) การทดลองกับผู้เชี่ยวชาญ (With expert) คือให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการสนทนากลุ่มพิจารณา ซึ่งจะช่วยให้บ้าง แต่จะเป็นการยากสำหรับผู้เชี่ยวชาญเพราะคำถามในระหว่างการสนทนากลุ่มจะปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของการสนทนา แต่ผู้เชี่ยวชาญจะใช้ประสบการณ์ และการมองอย่างลึกซึ้ง (Insight) ในการพิจารณา และการให้ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการเขียนคำถาม เช่น การใช้ภาษาของผู้วิจัยคำถามมีความซับซ้อนมากเกินไป และข้อสรุปไม่ถูกต้องในเชิงเหตุและผล เป็นต้น

3) การทดลองใช้กับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีศักยภาพ และไม่ใช่ผู้วิจัย (With Potential Participants and Nonresearchers) เป็นการขอความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการทำกลุ่ม เพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติมในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

**ขั้นที่ 2 การหาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Recruiting)** เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญพอๆ กับการถามคำถามที่ดี และทักษะที่ดีของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ขณะที่ทำการหาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มต้องระบุประชากรเป้าหมาย ตั้งคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเลือกผู้เข้าร่วมสนทนาต้องเป็นผู้ที่มีศักยภาพในหัวข้อที่ต้องการศึกษา ควรมีการติดตามยืนยันในการนัดหมายเพื่อสนทนากลุ่มอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนที่จะทำการสนทนา ในการหาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีวิธีการหาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 7 วิธี ได้แก่ (Krueger and Casey, 2000: 76 – 78)

1) การเลือกจากรายชื่อ (The List) เป็นวิธีการคัดเลือกที่รวดเร็วและประหยัด เนื่องจากสามารถได้รายละเอียด หรือข้อมูลพื้นฐานได้เลย เนื่องจากแต่ละองค์กรจะมีบันทึกไว้ แต่รายชื่อ และรายละเอียดที่มีอยู่ต้องเป็นข้อมูลที่มีความทันสมัย โดยผู้วิจัยต้องอธิบายการวิจัย การเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ให้องค์กรที่เราต้องการความร่วมมือในการจัดหาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรับทราบ

2) การคัดเลือกแบบ “Piggyback” (Piggyback Focus Group) เป็นการสนทนากลุ่มที่จัดขึ้นระหว่างเหตุการณ์หนึ่งที่ไม่ทำให้รบกวนจุดประสงค์หลักของเหตุการณ์นั้น เช่น จัดระหว่างว่างจากการประชุม ว่างมื้ออาหาร เป็นต้น

3) คัดเลือกโดยใช้สถานที่ (On Location) เป็นการจัดสนทนากลุ่มตามสถานที่ที่ผู้มีคุณลักษณะตามที่ต้องการ ที่มารวมตัวอยู่ในบริเวณนั้น เช่น ศูนย์การค้า สวนสาธารณะ สวนสัตว์ เป็นต้น มีการประสานงานกับเจ้าของสถานที่ในการประกาศหาผู้ที่สนใจจะเข้าสนทนากลุ่ม รวมทั้งบอกหัวข้อการสนทนาเวลาที่ใช้ สิ่งตอบแทน โดยการประกาศเชิญผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มบริเวณประตูเข้า-ออก ระเบียง ทางเดิน ซึ่งเรื่องที่จะทำการสนทนาต้องเป็นเรื่องที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความสนใจด้วย สิ่งตอบแทนอาจเป็นบัตรเข้าชมการแสดง หรือบัตรผ่านประตูที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มกำลังจะเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ถ้าจะกำลังจะเข้าสวนสัตว์ อาจให้บัตรผ่านประตูเป็นสิ่งตอบแทน เป็นต้น

4) คัดเลือกจากการเสนอชื่อ (Nominations) เป็นการคัดเลือกที่เหมาะสมจะทำการสนทนากลุ่มในชุมชน ผู้วิจัยจะมีคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มอยู่แล้ว จึงสอบถามบุคคลที่เป็นกลาง ที่จะให้รายชื่อได้บุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยต้องการ ได้แก่ พ่อค้า นักบวชที่อยู่ในชุมชนนั้นๆ เป็นต้น ซึ่งการคัดเลือกจากการเสนอชื่อจะมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปคล้ายกับ Snowball Sample โดยที่เราทำการสนทนากลุ่มแล้วจะถามผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มว่ามีบุคคลกลุ่มไหนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตน และให้นำเสนอผู้วิจัย เพื่อทำการสนทนากลุ่มเป็นกลุ่มต่อไป

5) คัดเลือกจาก Services (Screening / Selection Services) การให้บริการนี้จะอยู่ตามเมืองใหญ่ ทั่วประเทศ ใช้ในการวิจัยด้านธุรกิจการตลาด มีการแบ่งตามลักษณะทางสังคมประชากร แต่จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการคัดเลือกกลุ่มทางโทรศัพท์

6) คัดเลือกจากการสุ่มทางโทรศัพท์ (Random Telephone Screening) นิยมใช้ในการวิจัยทางการตลาด โดยการเลือกเบอร์โทรศัพท์จากสมุดโทรศัพท์ และโทรศัพท์ตามถึงคุณสมบัติที่ต้องการ ซึ่งประสิทธิภาพของการสุ่มทางโทรศัพท์จะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถ ทักษะในการสัมภาษณ์ของผู้โทรศัพท์ คือต้องมีความเป็นมิตร มีความจริงใจที่จะสื่อสารกับผู้รับโทรศัพท์ ผู้ที่มีประสบการณ์มากจะประสบความสำเร็จได้การตอบรับมากกว่า ผู้ที่ไม่มีประสบการณ์เนื่องจากให้ความมั่นใจ เป็นมิตรได้มากกว่า และไม่ก่อให้เกิดความสงสัยในการเชิญเป็นผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

7) ประกาศในหนังสือพิมพ์ หรือบอร์ดประกาศ (Ads or Announcements in Newspaper and Bulletin Boards) นิยมใช้ในการวิจัยทางการตลาด และจะมีค่าตอบแทนเป็นเครื่องกระตุ้นการติดต่อกลับเพื่อเป็นผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

เมื่อเลือกวิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้แล้ว สำหรับจำนวนของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มควรมีประมาณกลุ่มละ 8 – 12 คน (Stewart and Shamdasani, 1990: 10) หรือ 6 – 10 คน (Morgan, 1998: 71) ซึ่ง Krueger และ Casey (2000: 73-74) กล่าวว่าจำนวนของผู้เข้าร่วมสนทนาไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน แต่ถ้าเป็นการสนทนากลุ่มด้านการตลาด จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มควรจะเป็น 10-12 คน หรือถ้าไม่ใช่กลุ่มทางการตลาดจะใช้ประมาณ 6-8 คนก็ได้ แต่ไม่ควรเกิน 10 คน เพราะหากผู้เข้าร่วมสนทนามีต่ำกว่า 6 คน จะทำให้การสนทนาดำเนินไปอย่างจืดชืด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมสนทมนั้นน้อย และหากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีมากกว่า 10 - 12 คนแล้ว ผู้เข้าร่วมสนทนาจะไม่มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ทั่วถึง นอกจากนี้ยังยากต่อการควบคุมการสนทนาของผู้ดำเนินการอีกด้วย บางคนอาจจะคุยกันภายในกลุ่ม หรือถ้าน้อยกว่า 4 หรือ 6 คนจะทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์กันน้อย (Stewart and Shamdasani, 1990, Morgan, 1998) สำหรับคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมสนทนาโดยทั่วไปแล้วการเลือกผู้เข้าร่วมสนทนาจะเป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อให้แน่ใจว่าภายในกลุ่มแต่ละกลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนาจะมีลักษณะภูมิหลัง เช่น เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา ระดับรายได้ และสถานภาพทางสังคมใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีความเกี่ยวข้อง หรือมีประสบการณ์กับหัวข้อที่ศึกษา และมีทัศนคติที่ไม่ขัดแย้งกันอย่างรุนแรงในเรื่องที่ศึกษา (Krueger, 1994) การจัดหาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มต้องมีการเชิญเกินไว้เพื่อป้องกันการปฏิเสธภายหลัง และควรมีการยืนยันเวลาและสถานที่ก่อนที่จะมีการจัดสนทนา (Stewart and Shamdasani, 1990: 21) สำหรับจำนวนกลุ่มที่จะทำการสนทนาอย่างน้อย 3 กลุ่ม อย่างมาก 5 กลุ่ม หรือจนกว่าจะไม่มีข้อมูลเพิ่ม

หรือข้อมูลมีความอิ่มตัว (Theoretical saturation) (Glaser and Strauss, 1967 cited in Morgan, 1998: 78)

ขั้นที่ 3 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderating) กระบวนการวางแผนบทบาทของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มจะแตกต่างกันไป ส่วนมากผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มจะเป็นผู้วิจัย หรือผู้ที่ทำงานกับผู้สนับสนุนในโครงการ หรือควรเป็นผู้ที่รู้ความเป็นมา ความต้องการ และวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ทำวิจัยเป็นอย่างดี (Morgan, 1998) อย่างไรก็ตามการดำเนินการสนทนากลุ่มควรมีขั้นตอนคือ ระบุบทบาท และผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ต้องเป็นผู้ได้รับการอบรม หรือมีทักษะในการเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางสนทนากลุ่ม การเตรียมสถานที่ เวลา เครื่องบันทึกเสียง หรือผู้บันทึกการสนทนา ซึ่งการดำเนินการสนทนากลุ่มจะใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ผู้ดำเนินการสนทนาจะเป็นบุคคลที่เป็นผู้นำ และกำกับการสนทนาให้ดำเนินไปตามหัวข้อการวิจัย และตามแนวทางสนทนา แต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ของกลุ่ม พิจารณาถึงความเหมาะสม และต้องเป็นผู้ที่สามารถกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง ไม่ปล่อยให้คนใดคนหนึ่งเป็นคนสนทนา หรือคนใดคนหนึ่งไม่ได้สนทนาเลย และต้องควบคุมการสนทนาให้ได้ตามวัตถุประสงค์ ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ (Denzin and Lincoln, 1994: 365) ภายในเวลาที่กำหนดและสุดท้ายมอบของที่ระลึก เพื่อเป็นการขอบคุณ

Krueger (1998: 41-44) กล่าวว่า การเลือกผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม บุคลิกลักษณะเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากจะมีผลกระทบกับปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม และคุณภาพของการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มควรมีลักษณะ ดังนี้

1) มีความเข้าใจในกระบวนการกลุ่ม (Understanding of Group Process) ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องมีความรู้ มีทักษะด้านกระบวนการกลุ่ม หรือได้รับการอบรม เพื่อใช้ในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม หรือควบคุมกลุ่มเมื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มพูดคุยก่อนนอกประเด็นหรือพยายามให้เข้าสู่ประเด็นเดิมโดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มไม่รู้ตัว รู้ว่าเมื่อไรควรที่จะเปลี่ยนหัวข้อการสนทนา และต้องเป็นบุคคลที่รักษาเวลาในการสนทนาด้วย

2) มีความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity) เกี่ยวกับหัวข้อที่ทำการสนทนา และอยากรู้อยากเห็นความคิด ความเห็นของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ไม่เป็นผู้ที่เฉยเมย ไม่ใช้คำพูดที่เยาะเย้ยถากถาง สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่คับขันขณะสนทนาได้ สามารถติดตามคำถาม และเจาะลึกเมื่อต้องการข้อมูลในประเด็นนั้นได้ตลอดการสนทนา รวมถึงต้องเป็นคนที่มีความไว้ใจได้ (Naivete) ในสถานการณ์ที่เหมาะสม

3) มีทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการสื่อสารที่กระจ่างชัด ทั้งการพูด และการเขียน เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการถามข้อคำถามในการสนทนา

4) มีความเป็นมิตร และมีอารมณ์ขัน (Friendliness and a Sense of Humor) ผู้ดำเนินการสนทนาที่มีความเป็นมิตรจะมีการยิ้มอยู่เสมอ ซึ่งการยิ้มเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดำเนินการ และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม การยิ้มยังมีความหมายถึงความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น และยังเป็นประโยชน์ในการสนทนาด้วย ส่วนอารมณ์ขันที่พอเหมาะจะเป็นส่วนในการสร้างสัมพันธ์ภาพ แต่อารมณ์ขันที่มากเกินไป หรือ พุ่มพวยจะเป็นอุปสรรคในการได้ข้อมูล

5) สนใจในคน (Interest in People) ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มที่มีความสนใจในคนจะมีความชอบที่จะอยู่กับผู้คน มีความเป็นมิตรให้กับทุกคน ซึ่งความสนใจในคนเกิดขึ้นจากให้เกียรติคนด้วยกัน ผู้ดำเนินการสนทนาควรเป็นคนมีสามัญสำนึก เพื่อจะช่วยให้การสนทนากลุ่มมีความราบรื่น

6) ใจกว้างที่จะยอมรับความคิดเห็นใหม่ (Openness to New Idea) ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องเป็นบุคคลยอมรับความคิดเห็นใหม่ๆ แม้ว่าบางครั้งจะมีบางอย่างที่เห็นด้วยมากกว่า แต่ต้องรู้เปิดใจยอมรับวิธี หนทาง หรือความคิดใหม่ เมื่อได้ยินว่าสามารถแก้ปัญหาได้ ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มก็ไม่ควรที่จะปิดรับคำแนะนำ หรือกลยุทธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

7) มีทักษะในการฟัง ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องเป็นบุคคลที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ให้ความสนใจในการฟัง ไม่ยั่วเย้าผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มพูดอย่างอิสระ

**ขั้นที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing)** การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด หรือถูกต้องเหมาะสมที่สุดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การวิจัย และข้อมูลที่ได้มา (Stewart and Shamdasani, 1990: 102 ; Morgan, 1998: 65 ; Krueger and Casey, 2000: 127) ควรมีการจัดประเภทข้อมูล ตามความเข้าใจ มีการแปลความ และสรุปผลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีการวางแผนพิจารณาอย่างรอบคอบเป็นระบบ มีการกำหนดเวลาวิเคราะห์ข้อมูล จัดการกับข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด บทสนทนา การจดบันทึกภาคปฏิบัติ และข้อมูลอื่นที่ได้มา ทำความเข้าใจเพื่อหาข้อสรุปที่สำคัญ และรายงานผล ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะแตกต่างกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือการวิจัยเชิงปริมาณจะทำการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วจึงเริ่มวิเคราะห์ข้อมูล (Data collection stops, and data analysis begins) ในทางตรงกันข้ามการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำการวิเคราะห์ให้เร็วที่สุดในกลุ่มแรก (Focus group analysis begins earlier-in first focus group) และมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบความหลากหลาย



ของข้อมูล เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้วิจัยทำการถอดเทป เขียนข้อสรุปสั้นๆ ของการสนทนากลุ่มนั้นๆ ตามแนวคำถาม ดูว่าข้อคำตอบที่ได้สมบูรณ์หรือไม่ เพื่อที่จะปรับข้อคำถาม หรือใช้คำถามเจาะลึกมากขึ้นในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถวิเคราะห์ได้ตามข้อมูลที่ได้มาได้แก่ (Morgan, 1998: 70 ; Krueger and Casey, 2000: 130-132)

1) วิเคราะห์ข้อมูลจากบทสนทนาที่ถอดออกมาเป็นตัวอักษร (Transcript based) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบนี้จะกระทำโดยการถอดเทปทั้งหมด ควบคู่กับบันทึกการสนทนา และบันทึกภาคสนาม โดยการพิมพ์ทุกคำพูดในการสนทนาที่ละคนที่สลับกัน เมื่อผู้ดำเนินการสนทนาพูดจะพิมพ์เป็นตัวหนา และเว้นที่ด้านขอบไว้จดบันทึก ลมรหัส หรือจัดกลุ่ม รวมแล้วจะได้บทสนทนาจากการถอดเทปประมาณ 30-50 หน้า ในการสนทนากลุ่มที่ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงจะใช้เวลาในการถอดเทป 8-12 ชั่วโมง หลังจากนั้นใช้ปากกาสีต่างๆ (Marking pen) ทำเครื่องหมายสิ่งที่ได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย หรือใช้กรรไกรตัดเพื่อแบ่งเป็นหมวดหมู่ก็ได้ และวิเคราะห์เปรียบเทียบสิ่งที่เหมือน และแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม

2) วิเคราะห์ตามการบันทึกเสียงในเทป (Tape based-Abridged transcript) การวิเคราะห์ตามเทปจะใช้เวลาน้อยกว่าการวิเคราะห์จากบทสนทนาที่ถอดออกมาเป็นตัวอักษร แต่จะได้จำนวนหน้าประมาณ 15-30 หน้าเท่านั้น และความน่าเชื่อถือของข้อมูลขึ้นอยู่กับกรฟังของผู้ที่ถอดเทป โดยจะใช้ข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ส่วนอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์หรือข้อมูลที่ซ้ำๆ จะตัดออก ซึ่งผู้ที่จะใช้การวิเคราะห์แบบนี้ได้ จำเป็นต้องอยู่ในทีมวิจัยด้วย

3) วิเคราะห์ตามการจดบทสนทนา (Note based) ข้อดีของการวิเคราะห์แบบนี้คือจะมีความไวมากกว่าวิธีอื่น แต่ความน่าเชื่อถือขึ้นอยู่กับความสามารถในการจดของผู้บันทึกการสนทนา เพราะฉะนั้นผู้บันทึกการสนทนาต้องมีความตั้งใจ และจดจ่ออยู่กับการสนทนากลุ่มตลอดเวลา เนื่องจากผู้วิจัยต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามบันทึกการสนทนา อาจมีองค์ประกอบอื่นช่วยในการจดได้ เช่น การอัดเสียง หรือการบันทึกวิดีโอทัศน์ เพื่อให้การบันทึกการสนทนากระจำขึ้น

4) วิเคราะห์ตามความทรงจำ (Memory based) การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้เชี่ยวชาญ หรือมืออาชีพเท่านั้น เพราะต้องอาศัยทักษะ ศักยภาพ และประสบการณ์อย่างมากในการเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องหาที่สงบเพื่อที่จะร่างโครงร่างการสนทนากลุ่มอย่างคร่าวๆ และสรุปข้อมูลทั้งหมดออกมาจากความทรงจำในภายหลัง

หลังจากเลือกข้อมูลที่จะใช้ในการวิเคราะห์แล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต่อไปที่นิยมใช้กันมากคือ เทคนิคการตัดปะ (Scissors and sort technique หรือ cut and paste technique) (Stewart and Shamdasani, 1990: 104) เป็นการทำให้เครื่องหมาย หรือใช้สัญลักษณ์ในข้อมูลของผู้เข้าร่วมสนทนาแต่ละคนแต่ละกลุ่ม จัดหมวดหมู่โดยพิจารณาความเหมือน ความแตกต่างของข้อมูลที่ได้ และวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่ต้องการ ซึ่งการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับการสนทนาดังกล่าว เนื่องจาก การวิเคราะห์เนื้อหาที่ดีคือ สิ่งที่เกิดขึ้นได้มีความเหมือน หรือเกิดขึ้นซ้ำๆ นำไปสู่การตีความ สรุปได้ ในที่สุด ซึ่ง Janis (1965, cited in Stewart and Shamdasani, 1990: 106) ได้แบ่งชนิดของการวิเคราะห์เนื้อหาเป็น 3 ชนิด คือ

1) การวิเคราะห์เนื้อหาตามความเป็นจริง (Pragmatical content analysis) เป็นการวิเคราะห์ตามสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และเน้นว่าทำไมจึงพูดเช่นนั้น (Why something is said?) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความพอใจในผลผลิตของผู้บริโภค ความเชื่อในกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นที่มีผลกระทบต่อการใช้ยาเสพติด เป็นต้น

2) การวิเคราะห์โดยให้ความหมายของคำ (Semantical content analysis) เป็นการวิเคราะห์ค้นหาความหมาย เช่น ใช้ในการวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุน พรรคประชาธิปัตย์ หรือเดโมแครตในสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่

2.1 Designation analysis เป็นการวิเคราะห์โดยการดูความถี่ที่แน่นอน เช่น บุคคล สถาบัน แนวคิด เป็นต้น โดยการนับอย่างง่าย

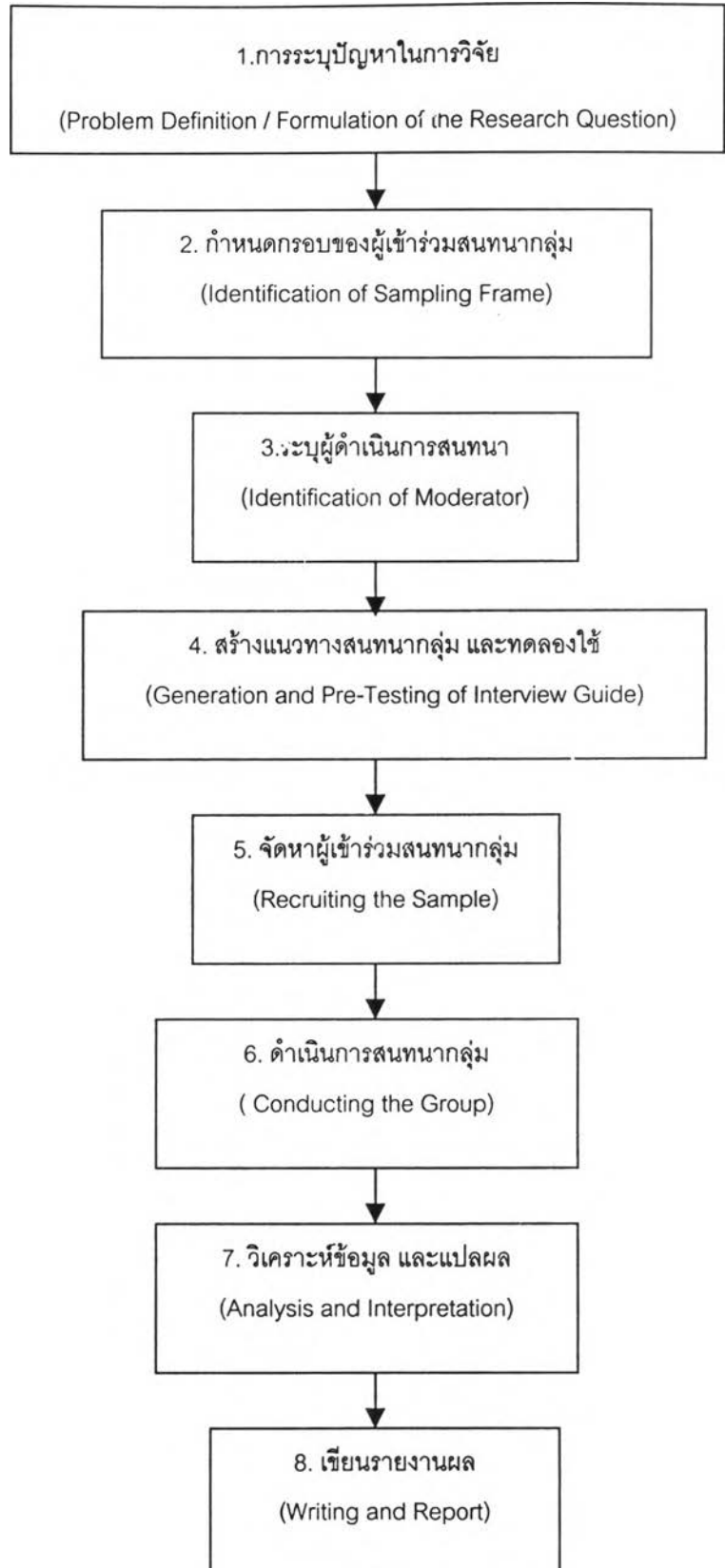
2.2 Attribution analysis เป็นการวิเคราะห์โดยการนับตามลักษณะเฉพาะ หรือตามคำบรรยาย เป็นการนับอย่างง่ายเช่นเดียวกัน แต่เน้นที่คำคุณศัพท์ คำกริยาวิเศษณ์ คำอธิบายวลี มากกว่าคำพูดทั้งหมด

2.3 Assertions analysis เป็นการวิเคราะห์เจาะจงในบางสิ่ง เป็นการรวมการวิเคราะห์สองชนิดข้างต้นไว้ด้วยกัน เช่น การวิเคราะห์โดยใช้สิ่งที่ต้องการรู้เป็นหลัก (Matrix) โดยสิ่งที่เราต้องการอยู่ในแนวนอน คำบรรยายอยู่ในแนวตั้ง เป็นต้น

3) การวิเคราะห์โดยใช้เครื่องหมาย (Sign-vehicle analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย (Psychophysical) เช่น หาความกดดันของนายจ้างที่มีผลกระทบต่อร่างกายของพนักงาน เป็นต้น

การยืนยันการวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis is verifiable) ต้องมีข้อมูลที่เพียงพอ ประกอบการอธิบายเหตุการณ์ต่อเนื่องตั้งแต่การจดบันทึกภาคสนาม บันทึกการสนทนา ไปจนถึงการสรุปด้วยข้อคำตอบที่ได้จากคำถามหลัก (Key point) ขณะทำการสนทนาดังกล่าว และสรุปกับที่วิจัยให้เร็วที่สุดที่จะเป็นไปได้ (Krueger and Casey, 2000: 187)

ขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม 4 ขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้ว ได้แก่ การวางแผน การหาผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม การดำเนินการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์และรายงานผล (Morgan, 1998: 65-69) ยังมีผู้กล่าวถึงขั้นตอนการสนทนากลุ่มมีผู้กล่าวไว้หลายกระบวนการ โดย Stewart and Shamdasani (1990: 18) กล่าวว่าขั้นตอนการสนทนากลุ่มจะคล้ายกับกระบวนการวิจัยโดยทั่วไป แบ่งเป็น 8 ขั้นตอน ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 : แสดงขั้นตอนการสนทนากลุ่ม (Shamdasani, 1990: 18)

#### 4.2 องค์ประกอบของการสนทนากลุ่ม

1. ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Participant) ผู้เข้าร่วมในการสนทนาคือผู้ที่ให้ข้อมูลคำตอบ และแสดงความคิดเห็นร่วมกันในช่วงของการสนทนากลุ่ม ซึ่งคัดเลือกมาจากประชากร เป้าหมาย

2. บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

ก) ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดำเนินการสนทนา จุดประเด็นคำถามเพื่อค้นหาคำตอบ และสร้างบรรยากาศในการสนทนา เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้แสดงออกซึ่งความรู้สึก และข้อคิดเห็นต่างๆ

ข) ผู้บันทึกการสนทนา (Notetaker) มีหน้าที่ในการจดบันทึกการสนทนา โดยย่อของกลุ่ม ผู้บันทึกต้องรู้วิธีการจดบันทึกอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะจะต้องบันทึกบรรยากาศที่เกิดขึ้นระหว่างการสนทนาด้วย เช่น อารมณ์ ลักษณะท่าทาง ฯลฯ ของผู้เข้าร่วมสนทนา ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์ภายหลัง นอกจากนี้แล้วควรมีคุณสมบัติเฉพาะตัว คือ ควรพูดและเข้าใจภาษาท้องถิ่นได้ดี และเข้าใจอย่างลึกซึ้งอีกด้วย

ค) ผู้ช่วย (Assistant) หรือผู้บริการทั่วไป (Provider) บุคคลนี้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทั่วไปในขั้นเตรียมการจัดสนทนากลุ่ม อำนวยความสะดวก เช่น เตรียมสถานที่ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ และเตรียมเครื่องดื่มหรือของว่าง เป็นต้น

3. อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถบันทึกเรื่องราว ทั้งคำพูด กิริยาอาการ และบุคลิกลักษณะท่าทางของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำเป็นต้องมีอุปกรณ์เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (โยธิน แสงดี, 2530)

ก) เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า ถ่านวิทยุ สำหรับบันทึกเสียงขณะทำการสนทนากลุ่มกำลังดำเนินการอยู่ ซึ่งสามารถเก็บเหตุผล รายละเอียด และข้อคำตอบได้ละเอียดที่สุด ทั้งนี้เพื่อนำมาถอดเทปในภายหลัง เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย

ข) สมุดบันทึกและปากกาหรือดินสอสำหรับผู้จดบันทึก เพื่อเป็นแนวทางในการถอดเทปได้ง่าย และผู้วิจัยจะได้ทราบบรรยากาศของการสนทนากลุ่มจากการจดบันทึก

4. แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Screening form) แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส สถานที่อยู่ อาชีพ จำนวน เป็นต้น ตัวแปรเหล่านี้จะเป็นเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกตามลักษณะของงานวิจัย

5. สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ (Refreshment / Snack) สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ เช่น เครื่องดื่ม ของขบเคี้ยว ฯลฯ สิ่งของดังกล่าวจะเป็นสิ่งเสริมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองระหว่างผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยให้การสนทนากลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น สร้างบรรยากาศไม่ให้เกิดความเครียด

6. ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วมสนทนา (Remuneration) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม แม้จะเป็นสิ่งเล็กน้อย แต่ในทางจิตวิทยาแล้วเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อแสดงออกซึ่งความมีน้ำใจของผู้วิจัย เป็นการขอบคุณผู้เข้าร่วมสนทนาที่ได้สละเวลาในการสนทนากลุ่ม

7. สถานที่และระยะเวลา (Location and time) การจัดสถานที่ในการสนทนากลุ่มควรมีการกำหนดให้แน่นอน สะดวกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนาทั้งทางด้านการเดินทาง การจัดสถานที่ในการสนทนา อากาศควรถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีเสียงรบกวน ห่างไกลจากความพลุกพล่าน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีสมาธิในเรื่องที่จะสนทนา เวลาที่ใช้ในการสนทนาแต่ละเรื่องส่วนใหญ่ใช้เวลา ระหว่าง 1 – 2 ชั่วโมง (Krueger, 1998: 49) หรือ 1.30 – 2.30 ชั่วโมง (Morgan, 1998) ซึ่งสามารถยืดหยุ่นได้ตามกระบวนการกลุ่ม และข้อมูลที่ต้องการได้รับ

#### 4.3 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

ความน่าเชื่อถือของการสนทนากลุ่มจะคล้ายกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Arsenault and Morrison-Beedy, 1999: 280) ซึ่งวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาหาปรากฏการณ์ของมนุษย์ อธิบายประสบการณ์ของมนุษย์ หรือการรับรู้ของบุคคลนั้น ในสถานการณ์ต่างๆ (Sandelowski, 1986) ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพสามารถเปรียบได้กับความเที่ยง และความตรง (Reliability and Validity) ในงานวิจัยเชิงปริมาณ แต่มีการเปลี่ยนชื่อใหม่ให้มีความมีความเฉพาะ และเหมาะสมกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Guba and Lincoln, 1981 cited in Beck, 1993: 265) อย่างไรก็ตามมีวิธีการประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้อ้างอิงในงานเขียนหรืองานวิจัยต่างๆ (Sandelowski, 1986; 1993 ; Beck, 1993 ; Juethong, 1998; Polit and Hungler, 1999) ได้แก่ ความน่าเชื่อถือในงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Guba and Lincoln (1985) ดังต่อไปนี้

4.3.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง ความถูกต้อง และเชื่อถือได้ของข้อมูลตั้งแต่การออกแบบการวิจัย โดยการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอนและกระบวนการ มีการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก และบริบทต่างๆ ประกอบด้วย

ก) การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบทุกขั้นตอนของงานวิจัย (Member checking) คือการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลที่ค้นพบ เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลหรือสรุปผลมาแล้ว วิธีใดวิธีหนึ่ง

ข) การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลาานาน (Prolong engagement) การสร้างความคุ้นเคยเป็นการศึกษาวัฒนธรรม ภาษา สร้างความเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ และค้นหาข้อมูลที่ขาดหาย หรือบิดเบือนจากผู้วิจัย หรือผู้ให้ข้อมูล

ค) การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) อาจเป็นการยืนยันด้วยข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data Triangulation) สามารถตรวจสอบได้ทั้งเวลา สถานที่ และบุคคล หรือการใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี (Method Triangulation) หรือการใช้วิธีตั้งสมมติฐานชั่วคราวแล้วอธิบายด้วยแนวคิด หรือทฤษฎีที่ต่างกัน (Theory Triangulation) หรือการตรวจสอบแบบผสมผสาน (Multiple Triangulation)

ง) การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) คือการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทำการวิเคราะห์คู่กันไปกับผู้วิจัย เพื่อค้นหาข้อมูลในลักษณะต่างๆ โดยผู้เชี่ยวชาญควรจะเป็นผู้ที่รู้วัตถุประสงค์การวิจัย และระเบียบวิธีวิจัย

4.3.2 การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) หมายถึง ความสามารถอ้างผลการวิจัย (Generalize) ไปยังบริบทอื่น อย่างไรก็ตามการอ้างอิงของการวิจัยเชิงคุณภาพมีข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย มีข้อมูลที่เป็นตัวอักษรที่ใช้ในการวิเคราะห์มาก และใช้เวลาปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลาานาน (Sandelowski, 1986) และเป็นการค้นหาปรากฏการณ์ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ มีความเป็นธรรมชาติ จึงไม่มีข้อจำกัดเรื่องชนิด หรือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Krueger and Casey, 2000: 206) ผู้วิจัยจึงมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลเชิงบรรยายโดยละเอียด ครบถ้วน และครอบคลุม ผู้อ่านการวิจัยจะสามารถประเมิน และนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้เอง

4.3.3 การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) หมายถึง การใช้วิธีอื่นๆ ร่วมกันหลายวิธีเพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มีความคงที่ ถูกต้องไม่ผิดพลาดในช่วงเวลานั้น และในสถานการณ์นั้นหรือไม่ สามารถติดตามความผิดพลาดได้ตลอดกระบวนการ คล้ายกับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณ และเหมือนกับ การตรวจสอบสามเส้าด้านเวลา (Time Triangulation) ทำโดยวิธี Stepwise replication คือการแบ่งผู้วิจัยเป็นสองกลุ่ม แยกกันทำการวิเคราะห์โดยอิสระ และมาเปรียบเทียบกัน และอีกวิธีหนึ่งคือ การตรวจสอบสืบสวน (Inquiry audit) โดยการพินิจพิจารณาข้อมูล และบันทึกข้อมูลสนับสนุนโดยบุคคลภายนอก มีการแสดงข้อมูลสนับสนุนการอภิปรายด้วย

4.3.4 การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัยที่เกิดจากข้อมูลและการตรวจซ้ำด้วยความเป็นกลาง โดยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป และการจดบันทึก ซึ่ง

การบันทึกที่สามารถตรวจสอบได้มี 6 อย่างได้แก่ (Halpern, 1983 cited in Lincoln and Guba, 1985: 319-320; Polit and Hungler, 1999: 430) 1) ข้อมูลดิบ (Raw data) ได้แก่ การจดบันทึกข้อมูล บทสนทนา 2) การลดข้อมูล และผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Data reduction and analysis products) 3) การจดขั้นตอนการทำงาน (Process note) 4) สิ่งที่แสดงถึงความสนใจ และการวางแผน (Material relating to intention and dispositions) เช่น บันทึกส่วนตัวที่แสดงถึงความสนใจ 5) การพัฒนาเครื่องมือ (Instrument development information) 6) ข้อมูลที่ค้นพบ (Data reconstruction product) เช่น ร่างที่รายงานเป็นครั้งสุดท้าย

และสำหรับการสนทนากลุ่มความน่าเชื่อถือยังขึ้นอยู่กับคุณภาพของข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีความยินดี และเต็มใจที่จะเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม มีบรรยากาศของความเป็นกันเอง ต้องการพูด ต้องการร่วมแสดงความคิดเห็น ไม่มีการผูกขาดการพูด และกลุ่มสามารถดำเนินไปอย่างอิสระ (นิตา ชูโต, 2540; Berg, 1998) ซึ่งถ้าผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มไม่เต็มใจแล้ว จะสร้างความลำบากให้แก่ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเป็นอย่างมาก ฉะนั้นในการสนทนากลุ่มหัวข้อในการสนทนากลุ่มและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ต้องดำเนินไปราบรื่นไปด้วยกันได้ และมีความประนีประนอมกันในกลุ่ม (Berg, 1998: 114-116) และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มต้องมีความเหมือนกัน (Homogenous) มีความสัมพันธ์กับปัญหาการวิจัย หรือหัวข้อการสนทนาที่ต้องการ (Yoddumnern-Attig et al., 1993: 55)

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม จะเป็นผู้ที่ทำให้การสนทนากลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่น สนุกสนาน ทุกคนกระตือรือร้น ฉะนั้นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มควรเป็นผู้ที่มีทักษะ มีประสบการณ์ มีความสามารถในการสื่อสาร สามารถกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนทนาที่มีความลังเล หรือควบคุมผู้เข้าร่วมสนทนาที่ยึดการสนทนาไว้คนเดียวได้ (นิตา ชูโต, 2540 ; Denzin and Lincoln, 1994: 365) รวมถึงผู้บันทึกการสนทนากลุ่มที่มีความสามารถในการจดที่รวดเร็ว ไม่ผิดพลาด และในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิเคราะห์ข้อมูลควรเป็นบุคคลที่อยู่ในทีมการวิจัย เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดในการสนทนา รู้กระบวนการ บรรยากาศภายในกลุ่ม ฉะนั้นผู้วิเคราะห์ข้อมูลควรจะเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มนั่นเอง (Yoddumnern-Attig et al., 1993: 55)



## 4.4 จุดเด่น และจุดด้อยของการสนทนากลุ่ม

### 4.4.1 จุดเด่นของการสนทนากลุ่ม

Morgan (1998: 11-13) กล่าวว่า การสนทนากลุ่มเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำให้สามารถเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ซึ่งมีจุดแข็ง (Strengths) ที่เป็นพื้นฐานเช่นเดียวกับวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ดังนี้

1) การวิจัยเชิงคุณภาพใช้ในการค้นหา หรือค้นพบ (Exploration and Discovery) สิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นพิเศษ การสนทนากลุ่มสามารถทำได้ทั้งสองอย่าง ถ้าผู้วิจัยต้องการรู้ในสิ่งที่ไม่รู้ ให้ทำการสนทนากลุ่มกับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีประสบการณ์ด้านที่เราต้องการ โดยการถามคำถามที่เราต้องการถามกับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มๆ ก็จะถูกในสิ่งที่ตนเองมีประสบการณ์หรือสิ่งที่สนใจ ทำให้สามารถหาข้อค้นพบใหม่ได้

2) บริบท และความลุ่มลึก (Context and Depth) ในการสนทนากลุ่ม จะช่วยให้เข้าใจเบื้องหลังของความคิด และประสบการณ์ทั้งที่เหมือนกัน และแตกต่างกันในกลุ่ม เช่น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจะสรุปความคิดของตนเอง แต่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนอื่นจะให้การตอบสนองที่แตกต่างกันไป เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนา

3) การวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นวิธีที่ให้การตีความ (Interpretation) ที่ดีกว่าโดยให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำว่าทำไมถึงทำสิ่งนั้น และจะทำได้อย่างไร การสนทนากลุ่มจะช่วยให้เข้าใจซึ่งกันและกันในกลุ่มว่า ทำไมคนจึงมีความคิดที่เหมือนกันทั้งที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน ทำไมคนที่ดูว่าแตกต่างกันจึงมีความเชื่อที่เหมือนกัน

การสนทนากลุ่มเป็นเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีประโยชน์ในการใช้เป็นเครื่องมือประเมินความต้องการจำเป็น เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกจากสภาพที่เป็นอยู่ในขณะนั้นได้อย่างเต็มที่ (Mac Dougall and Baum, 1997) และสามารถแสดงความรู้สึกออกมาทั้งในด้านคำพูด ท่าทาง สีหน้าได้โดยตรง ผลจากการสนทนากลุ่มทำให้รับทราบข้อคิดเห็น ปฏิกริยาโต้ตอบ และความต้องการจำเป็นของกลุ่มทันที ทำให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน การมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทำให้เกิดพลวัตในการกระตุ้น และส่งเสริมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสนทนา ข้อมูลที่ได้จึงมีความหลากหลาย และลึกซึ้ง นอกจากนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลาสั้น ไม่ต้องยุ่งยากในการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ประกอบการสนทนา ในขณะที่ผู้เข้าร่วมสนทนาเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ของตน ผู้เข้าร่วมสนทนาคนอื่นจะฟัง ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของการทำสนทนากลุ่ม (Krueger, 1998: 37 –38) รวมถึงการสนทนากลุ่มเป็นวิธีการที่ได้ข้อมูลมากมาย รวดเร็ว ราคาถูก มีความยืดหยุ่น และสามารถอธิบายรายละเอียดของ

แนวคิดที่มีความซับซ้อนได้ (Fortana and Frey, 1994 cited in Mac Dougall and Baum, 1997: 533)

#### 4.4.2 จุดด้อยในการสนทนากลุ่ม

เทคนิคการสนทนากลุ่มมีข้อจำกัดหลายประการ กล่าวคือการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความเป็นเอกพันธ์ และเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเพื่อการสรุปอ้างอิงนั้นดำเนินการได้ยาก แต่ Guba and Lincoln (cited in Krueger, 1998) กล่าวว่าผู้ที่อ่านบททวนวรรณกรรมจะเป็นผู้พิจารณา และตัดสินใจเกี่ยวกับความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์ของตน และในการที่จะได้ข้อมูลต้องอาศัยทักษะ ความรู้ความเข้าใจ และประสบการณ์จากผู้ดำเนินการสนทนา จึงจะทำให้การสนทนากลุ่มประสบความสำเร็จ บางครั้งผู้ดำเนินการสนทนาอาจมีความลำเอียงในการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นคำตอบที่ต้องการ หรือมีความคิดว่าการสนทนากลุ่มเป็นเพียงวิธีการที่จะสนับสนุนแนวคิดเบื้องต้น (Preconceptions) ที่ต้องการเท่านั้น (Kingry et al., 1990: 135) รวมทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มีความยากในการวิเคราะห์ และสรุปผล (Stewart and Shamdasani, 1990; Krueger, 1998)

### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับสถานดูแลผู้สูงอายุ

อุตตราพร นูนาค (2518) ศึกษาปัญหาและความต้องการของคนชราในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชราคือ 1) ไม่มีที่อยู่อาศัย 2) ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู และ 3) ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ คือ อยู่กับครอบครัวแล้วไม่มีความสุข ส่วนปัญหาและความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุคือ 1) เมื่อเจ็บป่วยต้องการการรักษาพยาบาล 2) โภชนาการ และ 3) การออกกำลังกาย

สิริสมร สุขสวัสดิ์ (2534) ศึกษาความคาดหวังในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ประเภทเสียค่าบริการ พบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการคือ ต้องการหาที่สงบสำหรับพักอาศัย อยู่ในบ้านรู้สึกไม่ปลอดภัย ขาดผู้ดูแล และมีสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ส่วนความคาดหวังที่ผู้สูงอายุต้องการจากสถานสงเคราะห์คือ สถานที่สงบมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีคนช่วยเหลือดูแล เป็นอิสระในด้านต่างๆ ไม่ต้องรับภาระเกี่ยวกับครอบครัว มีเพื่อนในวัยเดียวกัน และมีความสะดวกสบายในเรื่องที่อยู่อาศัย

กนกวรรณ คุ่มวงศ์ (2536) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพี่เลี้ยงต่อการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์ จำนวนพี่เลี้ยงจำนวน 97 คน พบว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาวะในการเลี้ยงดูคนในครอบครัว การฝึกอบรม และความผูกพันต่อองค์กรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ชุตีวรรณ ฟองสุวรรณ (2539) ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับการดูแลของภาครัฐและเอกชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต พบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐและเอกชนเรียงตามลำดับคือ การขาดผู้ดูแล มีปัญหาครอบครัวฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย เหนงขาดเพื่อน และไม่ต้องการเป็นภาระผู้อื่น และบ้านพักคนชราที่ศึกษาได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแค บ้านพักคนชราร้านวิญทอง และสถานพักฟื้นคนชราร้านบางเขนอยู่ในพื้นที่ที่พัฒนาแล้ว จึงมีสาธารณูปโภคครบครัน การคมนาคมสะดวก และมีพื้นที่ใช้สอยตามขนาดของพื้นที่ตั้ง

ประนอม โททกานนท์ และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2541) ศึกษาสภาพแวดล้อมทรัพยากรที่จำเป็นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุไทย พบว่าสภาพแวดล้อมทรัพยากรในสถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาล สถานพักฟื้น มีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ 1) องค์ประกอบด้านกายภาพ ได้แก่ ที่พักอาศัยไม่แออัด เป็นสัดส่วน มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีกลิ่นหรือเสียงดังรบกวน สถานที่จัดได้เหมือนบ้าน มีของใช้ส่วนตัวครบถ้วน มีสถานที่ปฏิบัติการนวด/กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ/กิจกรรมนันทนาการ มีหน่วยงานบริการเยี่ยมบ้าน มีหน่วยงานรับผิดชอบมาปนกิจศพ มียานพาหนะสำหรับผู้สูงอายุ 2) องค์ประกอบด้านบุคคล ได้แก่ มีเจ้าหน้าที่ที่มีสัมพันธภาพดี ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง มีแพทย์เฉพาะทาง นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ดูแลเรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด และทันตแพทย์ สำหรับดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ

Burgener และ Shimer (1993) ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแล กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในสถานพยาบาล โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ 29 คู่ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ในเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สมองเสื่อม ประสบการณ์การทำงานกับผู้สูงอายุ และการศึกษา สำหรับปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษา จำนวนโรคที่เป็น ระยะเวลาในการอยู่ในสถานพยาบาล อายุ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

Houde (1998) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายผู้สูงอายุ และครอบครัวที่ใช้บริการสถานพยาบาล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจชุมชนปี ค.ศ. 1989 วิเคราะห์ข้อมูลโดย Logistic regression ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานพยาบาล ได้แก่

ผู้สูงอายุหลังกลับจากโรงพยาบาล เคยอยู่สถานพยาบาลมาก่อน เพศ อายุ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และขาดผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ การที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้ การจัดการทำงานใหม่ การให้การดูแลในการขับถ่ายเนื่องจากขาดทักษะ และความมั่นใจในการให้การดูแล

Barbara (1999) ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยการวิจัยเชิงบรรยาย ให้ทฤษฎีการดูแลของวัตสันเป็นกรอบแนวคิด ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 21 คน พบว่าผู้สูงอายุต้องการพยาบาลที่มีความรู้ที่จะให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ การให้การดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี ยอมรับและเคารพในความเป็นมนุษย์ มีการติดต่อสื่อสารที่ดีต่อกัน

## 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพ

Taylor และคณะ (1991) ศึกษาคุณภาพการพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ ใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 140 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ของผู้รับบริการในการให้การดูแลของพยาบาลที่มีคุณภาพมี 2 ประเด็นหลักคือ 1) ผลจากการปฏิบัติ การให้การดูแลแบบองค์รวม เช่น ให้การดูแลแบบเฉพาะเจาะจง ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) ผลจากการพยาบาล ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ

Williams (1998) ได้ทำการสำรวจคุณภาพการดูแลในมุมมองของผู้รับบริการ 94 คน พบว่า คุณภาพการดูแลของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมีความแตกต่างกัน โดยผู้รับบริการจะมองคุณภาพการดูแลคือการดูแลที่ได้รับ การมีปฏิสัมพันธ์/ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการ แต่ผู้ให้บริการจะรับรู้ถึงคุณภาพการดูแลที่ดีว่าคือความสามารถในการให้การดูแล

Radwin (2000) ใช้วิจัยเชิงคุณภาพโดยการวิจัยเชิงทฤษฎี (Grounded theory) เพื่อศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วย 22 คน พบคุณภาพการดูแลที่สำคัญ 8 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ (Knowledge) การที่จะให้การรักษาต้องมี ความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถเชิงเทคนิค 2) ความต่อเนื่อง (Continuity) จะทำให้ความสัมพันธ์เป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีความเชื่อใจ 3) ความเอาใจใส่ (Attentiveness) สนใจ หรือไม่ละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ 4) การมีส่วนร่วม (Partnership) โดยพยาบาลให้ความรู้ในเรื่องโรค และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือก/ตัดสินใจที่จะรักษา 5) ความร่วมมือ (Coordination) คือ การสื่อสารกันเป็นทีม และมีการทำงานเป็นทีม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น และไม่ต้องตอบ คำถามซ้ำๆ 6) ความเป็นส่วนบุคคล (Individualization) คือการที่รู้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนรู้สึกอย่างไร มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคอย่างไร มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยแค่ไหน และมีการวางแผนให้

เหมาะสม ไม่รบกวนผู้ป่วย 7) สัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความเชื่อใจ และความกลมเกลียว (Rapport) มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรับรู้ประวัติของพยาบาลเพื่อความเชื่อใจ และสนิทกันมากขึ้น เพื่อความผาสุกของ ผู้ป่วย ไม่มีความรู้สึกว่ายู่ในโรงพยาบาล 9) การดูแล (Caring) การดูแลของพยาบาลต้องใส่ใจหัวใจในการดูแลที่เป็นธรรมชาติ และสามารถจำผู้ป่วยได้

### 5.3 งานวิจัยที่ใช้การสนทนากลุ่ม

The National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform (1982 cited in Barbara, 1995) ได้ศึกษาถึงคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาลในมุมมองของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระยะยาว โดยใช้การสนทนากลุ่ม พบว่าคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย การที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และบุคลากรทัศนคติที่ดี ถ้ามีสิ่งเหล่านี้จะสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาลได้

Janelli และคณะ (1995) ใช้การสนทนากลุ่มในการศึกษาประสบการณ์บุคลากรทางการแพทย์ในการผูกมัด เพื่อหาทัศนคติ ความเข้าใจ และการตัดสินใจในการผูกมัด พบว่าประสบการณ์การผูกมัดขึ้นอยู่กับ 7 ประการ คือ 1) เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) ความลึกลับใจในการผูกมัดเนื่องจากสิทธิของผู้ป่วย และการให้เกียรติแก่ผู้ป่วย 3) ลักษณะของผู้ป่วยที่ควรผูกมัด 4) เพื่อความสะดวกในการทำงานของพยาบาล เนื่องจากมีบุคลากรไม่เพียงพอ 5) ธรรมเนียม (Tradition) ในสถานที่ทำงานเกี่ยวกับการผูกมัด 6) พยาบาลหาทางเลือกอื่นในการผูกมัดขึ้นอยู่กับว่าทำงานในหน่วยงานใด และ 7) พยาบาลรู้สึกเคลือบแคลงใจในการผูกมัดระหว่างความปลอดภัยของผู้ป่วยกับธรรมเนียมปฏิบัติ

Rantz และคณะ (1998) ใช้การสนทนากลุ่มในการหารูปแบบสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคือผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลในสถานพยาบาล 4 กลุ่ม พบว่ารูปแบบของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้พักอาศัย บรรยากาศที่ดี การให้การดูแลอย่างเฉพาะบุคคล บุคลากร ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม

Rantz และคณะ (1999) ใช้การสนทนากลุ่มในการหารูปแบบสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ ในมุมมองของผู้รับบริการ 11 กลุ่ม รวมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 96 คน พบว่าสถานพยาบาลที่มีคุณภาพในมุมมองของผู้รับบริการประกอบด้วย บุคลากร การดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัว การสื่อสาร สิ่งแวดล้อม การให้ความรู้สึกเหมือนบ้าน และราคา

Schirm และคณะ (1999) ศึกษาคุณภาพของสถานพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยใช้สนทนากลุ่ม ใช้แนวคิดของ Donabedian ได้ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลของสถานพยาบาล 3 ประการ คือ 1) โครงสร้าง ได้แก่ การที่มีบุคลากรเพียงพอ มีความรู้

2) กระบวนการ ได้แก่ การยอมรับในตัวบุคคล เช่น การยิ้ม และ 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร และครอบครัว

Fongwa (2001: 27- 49) ได้ใช้วิธีการสนทนากลุ่มศึกษาคุณภาพการดูแลของคณาจารย์อเมริกัน-แอฟริกัน ใช้กรอบของ Donabedian เป็นแนวทาง มีกลุ่มสนทนา 7 กลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นชาวอเมริกัน-แอฟริกัน 35 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่าชาวอเมริกัน-แอฟริกันให้ความสำคัญที่กระบวนการมากที่สุด คือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย มีการสัมผัสหรือมีความรู้สึกว่าการดูแลมนุษย์ มีการให้การดูแลแก่ทุกคนโดยเท่าเทียม

Deutschman (2001) ศึกษาเกี่ยวกับความดีเยี่ยม (Excellence) ในสถานพยาบาลโดยการให้ความหมายของคำว่าคุณภาพในมุมมองของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 7 กลุ่มพบว่าทั้ง 7 กลุ่มให้ความหมายของคุณภาพแตกต่างกันออกไป คือ 1) ผู้บริหารสถานพยาบาล ให้ความหมายของคุณภาพว่าจะอะไรก็ได้ที่ผู้อำนวยการรัฐบอกว่านั้นคือคุณภาพ โดยเน้นที่การให้บริการขั้นพื้นฐานที่ขาดไป 2) ผู้อำนวยการพยาบาล ให้ความหมายว่า คุณภาพคือปรัชญาที่ว่าด้วยสิ่งที่ต้องปฏิบัติ หรือมีมาตรฐาน 3) ผู้ช่วยพยาบาล ให้ความหมายว่า การอุทิศตนในการทำงาน และการสื่อสารที่ดีภายในองค์กร 4) นักสังคมสงเคราะห์ ให้ความหมายของคุณภาพว่าการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในแก่ผู้พักอาศัย การเป็นฝ่ายเดียวกับผู้พักอาศัย การดูแลและการมีสิ่งแวดล้อมให้เหมือนที่บ้าน 5) สมาชิกครอบครัว ให้ความหมายของคุณภาพเกี่ยวข้องกับบุคลากรว่าต้องมีทัศนคติที่ดี ได้รับการอบรมที่ดีและเพียงพอ 6) ผู้ตรวจการณ์ ให้ความหมายของคุณภาพว่าเป็นความพึงพอใจของผู้พักอาศัย การให้ความเคารพ และให้เกียรติ และ 7) ผู้พักอาศัยในสถานพยาบาล ให้ความหมายของคุณภาพเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการของตนเอง ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลจากเจ้าหน้าที่ ที่มีทัศนคติที่ดี

## 6. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพการดูแลมีความหมายที่กว้าง ขึ้นอยู่กับมุมมอง ความคาดหวัง ความต้องการ การตัดสินใจของแต่ละบุคคล และสังคมในเวลานั้นๆ มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะประชากร เชื้อชาติ และวัฒนธรรม แต่โดยรวมแล้วคุณภาพการดูแลจะเป็นการจัดการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หรือการจัดบริการที่เกินความคาดหวังของผู้รับบริการจึงจะถือว่าเป็นการดูแลที่มีคุณภาพ

การจัดการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งมีผู้สูงอายุเป็นผู้รับบริการก็เช่นกัน ควรมีการจัดการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ

ที่หวังให้สถานสงเคราะห์เป็นแหล่งพักพิงสุดท้าย และนอกจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุแล้ว ผู้สูงอายวยังมีการเปลี่ยนจากสิ่งแวดล้อมเดิม มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน ขาดการติดต่อกับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง จึงเป็นสาเหตุของความเครียด และการเกิดภาวะซึมเศร้า การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรานอกจากต้องให้การดูแลตามความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิตแล้ว ควรรู้ถึงรายละเอียดความต้องการที่ผู้สูงอายุต้องการอีกด้วย ซึ่งการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จะเป็นเทคนิคที่ใช้ในการหาข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิด หรือปัญหาที่มีความซับซ้อนได้เป็นอย่างดี เพื่อหาคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา และบริการที่มีคุณภาพการดูแลที่ดี โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง และความต้องการของผู้สูงอายุ ตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของ Maslow 5 ขั้นตอน ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการด้านความมั่นคงและปลอดภัย ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ ความต้องการการยอมรับนับถือ และความต้องการที่จะสมหวังในชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สถานพยาบาล โรงพยาบาล และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยเฉพาะองค์ประกอบคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาลของ Rantz และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการโดยการสนทนากลุ่ม พบว่าคุณภาพการดูแลมีองค์ประกอบ 7 มิติ ได้แก่ บุคลากร (Staff) การดูแล (Care) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family involvement) การสื่อสาร (Communication) สิ่งแวดล้อม (Environment) การให้ความรู้สึกเหมือนบ้าน (Home) และราคา (Cost) เพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัยครั้งนี้

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จะเป็นเทคนิคที่ใช้ในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้อย่างลุ่มลึก จึงเหมาะที่จะใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการรับบริการ หรือการตอบสนองการบริการของผู้รับบริการ เพื่อหาคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยเข้าใจแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ในครั้งนี้