



การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหนองพยาธิใน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ

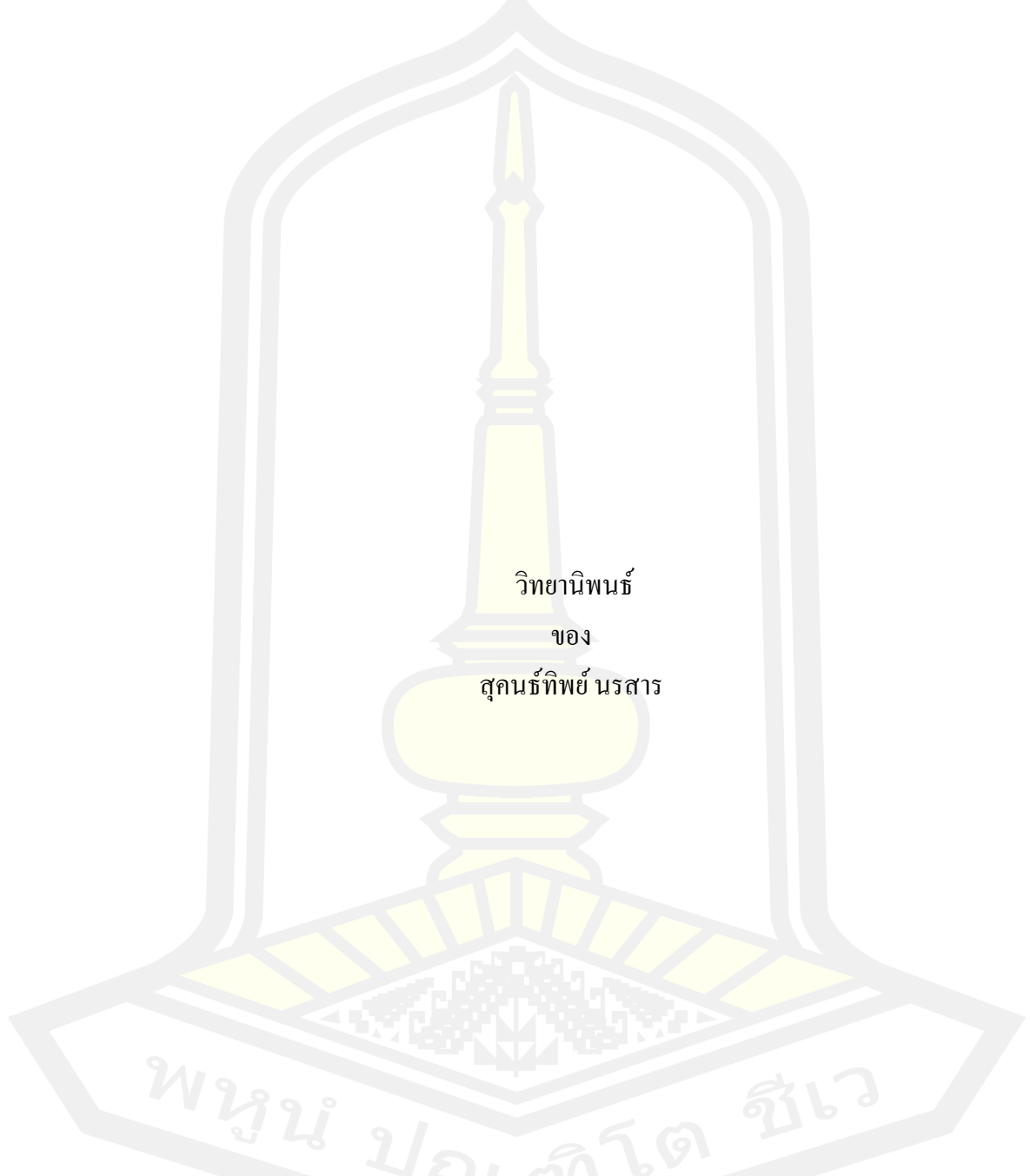
วิทยานิพนธ์
ของ
สุคนธ์ทิพย์ นรสาร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ธันวาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหนองพยาธิใน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ



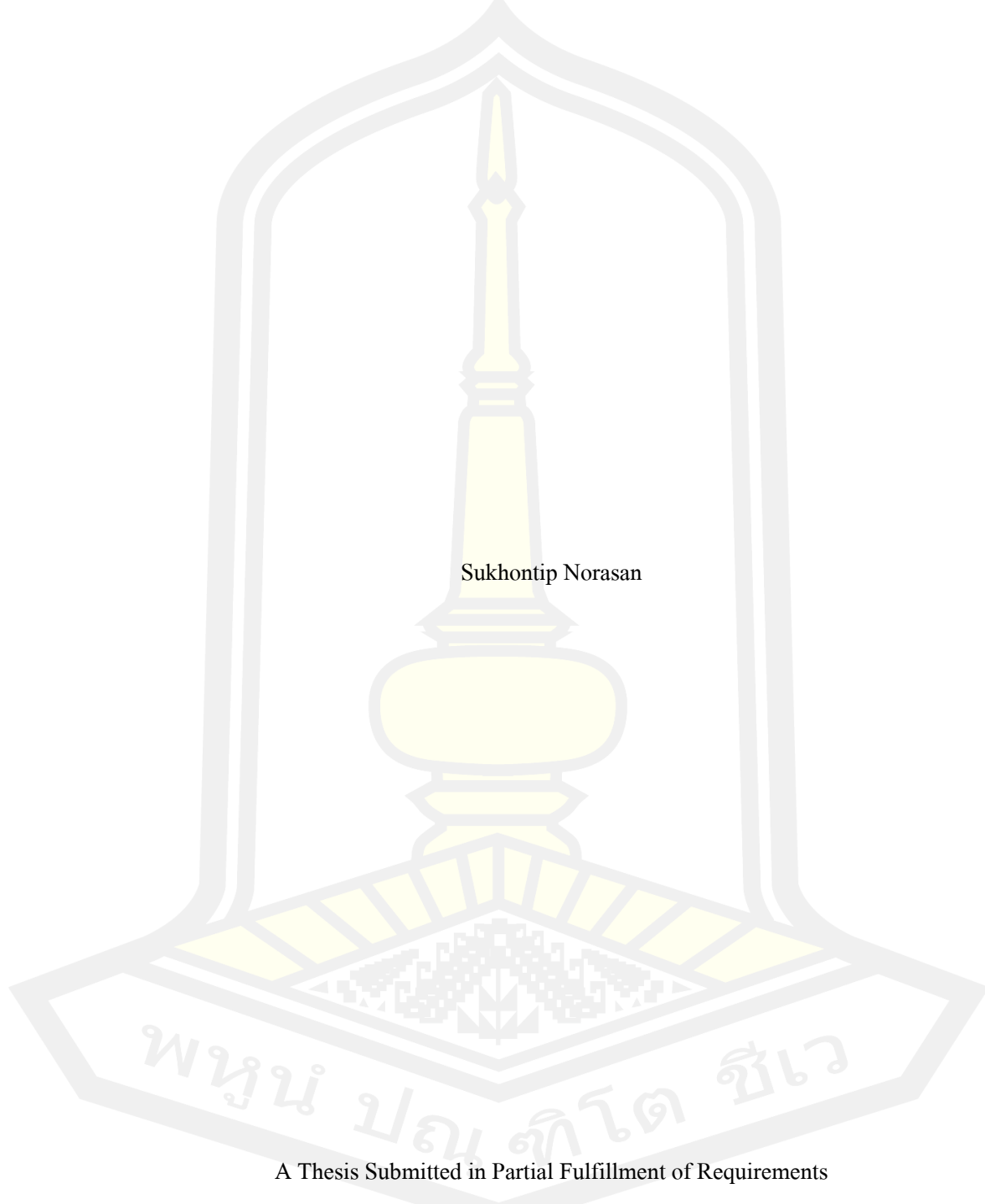
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ธันวาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of a long-term care model for the prevention and control of helminth infections in
the elderly with dependency in Sisaket Province

Sukhontip Norasan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Philosophy (Health Sciences)

December 2021

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสุคนธ์ทิพย์ นรสาร
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. จุฬารัตน์ โสตะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล)

กรรมการ

(ผศ. ดร. รติกร ชาติชนะยืนยง)

กรรมการ

(รศ. ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย)

กรรมการ

(ดร. จงกลณี ธนาไสย์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. นพ. เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรค หนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ		
ผู้วิจัย	สุคนธ์ทิพย์ นรสาร		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล		
ปริญญา	ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2564

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อพัฒนาแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ มีขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความชุกและปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด จำนวน 293 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 36 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้แทนองค์กร หน่วยงาน ประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ รวมทั้งสิ้น 70 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มทดลองในเขตอำเภอศีลาลาดจำนวน 69 และกลุ่มเปรียบเทียบในเขตอำเภอรามิไสลจำนวน 79 คน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ มี 4 ตัวแปร คือ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 16.23 ($R^2=0.1623$) รูปแบบการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ คือ SISAKET model _6s ประกอบด้วย 1) ด้านสังคมและคุณค่า (Social & Value) 2) ด้านการจัดบริการ (Service System) 3) ด้านโครงสร้างและแนวนโยบาย (Structure and Policy) 4) การดูแลสนับสนุน (Social Support) 5) การจัดการสิ่งแวดล้อม อาหาร และสุขวิทยาส่วนบุคคล (Sanitation) และ 6) ความยั่งยืนในการดำเนินงาน (Sustainable) และหลังจากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ การสนับสนุนสังคม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล และพฤติกรรมป้องกันโรคหนองพยาธิ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตามวัตถุประสงค์

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การดูแลระยะยาว, โรคหนองพยาธิ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



TITLE	Development of a long-term care model for the prevention and control of helminth infections in the elderly with dependency in Sisaket Province		
AUTHOR	Sukhontip Norasan		
ADVISORS	Assistant Professor Choosak Nithikathkul , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Philosophy	MAJOR	Health Sciences
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2021

ABSTRACT

This research and development used an integrated research model to develop a long-term care model for the prevention and control of helminth infections in the elderly with dependency in Sisaket Province. There were three research phases. Phase I was an analytical research to determine the prevalence and factors associated with helminth infection in the elderly with dependency. The sample consisted of 293 dependent elderly people in Sisaket Province. The data were collected using a questionnaire created by the researcher between January 2020 and February 2020. The data were analyzed using stepwise multiple regression analysis. Phase II was the development of a long-term care model for the prevention and control of helminth infections in dependent elderly, Silalad District, Sisaket Province through three cycles of Quality Management Process (PAOR), each cycle consisting of four steps: planning, action, observation, and reflection. The duration of the process was 36 weeks. The samples were 70 representatives from organizations, agencies, local people, and other stakeholders in Silalad District Sisaket Province. The data were analyzed by collecting, categorizing, and analyzing the content. Phase III was a quasi-experimental research studying the effects of the developed model. The sample groups consisted of 69 persons for the experimental group in Silalad district and 79 persons for the comparison group in Rasi Salai district. The data were analyzed to compare the mean difference of scores within the group using paired t-test statistics and the mean difference of scores between groups using independent t-test at significance level of 0.05. - The results showed four variables related to helminth prevention behaviors among dependent elderly in Sisaket Province: knowledge factors, perception of benefit, social support, and self-efficacy with the variation of 16.23% ($R^2=0.1623$) in helminth prevention behaviors. The behavior modification model for helminth disease prevention and control among

dependent elderly in Sisaket province was SISAKET model _6s consisting of 1) social & value 2) service system 3) structure and policy 4) social support 5) sanitation and 6) sustainable. After using the developed model, it was found that average knowledge score, social support, recognizing the benefits of the practice, perception of self-efficacy, satisfaction in being care, and preventive behaviors of helminths were statistically significantly higher than before the experiment at 0.05 level. Therefore, the developed model can be used to modify health behaviors to prevent helminthiasis in the elderly with dependency conditions.

Keyword : model development, long-term care, helminth disease, dependency elderly



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและคณาจารย์ทุก ๆ ท่านที่ได้เป็นประธานการสอบวิทยานิพนธ์และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่ง

ขอขอบพระคุณคณบดีและอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพันธกิจสังคม วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ดร.ปภพ วงศ์ขัน สาธารณสุขอำเภอภูสิงห์ ดร.สมัย ลาประวัตติ หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นายแพทย์ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด อาจารย์ ดร.พัชรวรรณ สุจยานนท์ อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้อง ความตรงด้านเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกระดับที่สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาและการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนพี่น้องบุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูสิงห์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรามันไพร่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีรัตนะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยุห์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศิลาลาด โรงพยาบาลศิลาลาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอศิลาลาด ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุอำเภอศิลาลาด ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณพ่อแม่ครูอาจารย์ ครอบครัวและผู้ประสานงานระดับอำเภอที่ได้กรุณาติดตามข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอศิลาลาด ขอขอบคุณ ญาติเพื่อน พี่น้องและนิสิตปริญญาเอกคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตลอดจนผู้มีส่วนร่วมท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ได้กรุณาให้ความสะดวก ความร่วมมือ ข้อเสนอแนะและอื่น ๆ ในการทำวิจัยในครั้งนี้



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ญ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	8
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	12
2.2 การดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	16
2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคหอนอนพยาธิและปัจจัยซึ่งส่งผลต่อการติดเชื้อพยาธิ.....	37
2.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย	53
2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	70
2.6 บริบทพื้นที่ของการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ	73
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	83

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	91
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	92
3.1 รูปแบบการวิจัย	92
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	107
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	111
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	114
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	115
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	115
3.7 ปฏิทินการดำเนินงานวิจัย	116
3.8 จริยธรรมการวิจัย.....	117
บทที่ 4 ผลการวิจัย	118
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	118
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป.....	120
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล.....	188
5.1 สรุป	188
5.2 อภิปรายผล.....	192
5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	203
บรรณานุกรม	204
ภาคผนวก	221
ประวัติผู้เขียน	253

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ผลการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index).....	18
ตารางที่ 2 PRECEDE-PROCEED model.....	58
ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลตำบล LTCจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวนผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข (CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จังหวัดศรีสะเกษ	78
ตารางที่ 4 แสดงข้อมูล จำนวนผู้สูงอายุที่มีแผนการดูแลรายบุคคลและการซื้อบริการ Care plan..	79
ตารางที่ 5 แสดงข้อมูล ผลการดำเนินงานโครงการ LTC ปี พ.ศ. 2561	80
ตารางที่ 6 ผลการประเมินตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ปี 2561 จ.ศรีสะเกษ	82
ตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง	94
ตารางที่ 8 ปฏิทินการดำเนินงานการวิจัยการบูรณาการระยะยาวเพื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ จังหวัดศรีสะเกษ.....	116
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุฯ (n=293 คน)	121
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุฯ.....	123
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุฯ.....	124
ตารางที่ 12 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุฯ.....	126
ตารางที่ 13 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุฯ.....	127
ตารางที่ 14 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุฯ.....	128
ตารางที่ 15 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุฯ.....	129
ตารางที่ 16 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุฯ.....	130
ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของ	131

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหนองพยาธิใน	132
.....	
ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม	134
.....	
ตารางที่ 20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยด้านด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้	135
.....	
ตารางที่ 21 สถานบริการสาธารณสุขและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอศีลาลาด	137
.....	
ตารางที่ 22 บุคลากรสาธารณสุขอำเภอศีลาลาด	138
.....	
ตารางที่ 23 ข้อมูลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด	138
.....	
ตารางที่ 24 ข้อมูลแสดงกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	138
.....	
ตารางที่ 25 ข้อมูลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver : CG)	139
.....	
ตารางที่ 26 ข้อมูลอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	139
.....	
ตารางที่ 27 ข้อมูลผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager : ผู้จัดการระบบ	140
.....	
ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามลักษณะประชากร	141
.....	
ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำแนกตามลักษณะประชากร	143
.....	
ตารางที่ 30 เปรียบเทียบการวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อป้องกัน	148
.....	
ตารางที่ 31 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การสนับสนุนสังคม การรับรู้	163
ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล	
และพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการ	
ทดลอง	163
.....	
ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	168
.....	
ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	168
.....	

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ).....	169
ตารางที่ 35 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการ	170
ตารางที่ 36 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการ ป้องกันโรคหนองพยาธิ ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ.....	171
ตารางที่ 37 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการ ...	172
ตารางที่ 38 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัว	172
ตารางที่ 39 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อ	173
ตารางที่ 40 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อ.	174
ตารางที่ 41 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกัน	175
ตารางที่ 42 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกัน	175
ตารางที่ 43 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรค	176
ตารางที่ 44 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการ	177
ตารางที่ 45 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการ	177
ตารางที่ 46 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของของการการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวใน การป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ..	178
ตารางที่ 47 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	179
ตารางที่ 48 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล ภายใน กลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ	179

ตารางที่ 49 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง.....	180
ตารางที่ 50 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	180
ตารางที่ 51 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ	181
ตารางที่ 52 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง	182



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพประกอบที่ 1 แสดงการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับ	25
ภาพประกอบที่ 2 แสดงการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับ....	26
ภาพประกอบที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดการบริหารจัดการ Long term care.....	27
ภาพประกอบที่ 4 แสดง การดำเนินงาน Long term care	27
ภาพประกอบที่ 5 แสดงขั้นตอนการโอนงบประมาณ LTC ให้กับกองทุนฯท้องถิ่น.....	28
ภาพประกอบที่ 6 แสดงการปฏิบัติงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC).....	37
ภาพประกอบที่ 7 PRECEDE-PROCEED model ที่มา: Andrea Carlson, Gielen, Eileen M.2008. PRECEDE-PROCEED model ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้.....	55
ภาพประกอบที่ 8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	61
ภาพประกอบที่ 9 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	62
ภาพประกอบที่ 10 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและ	65
ภาพประกอบที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ Bandura (1986)	66
ภาพประกอบที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น Bandura (1977).....	68
ภาพประกอบที่ 13 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggar.....	71
ภาพประกอบที่ 14 แสดงปิรามิดประชากร จังหวัดศรีสะเกษ ณ31 ธันวาคม 2561.....	76
ภาพประกอบที่ 15 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	91
ภาพประกอบที่ 16 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	92
ภาพประกอบที่ 17 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ.....	166

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ในช่วง 5 ทศวรรษที่ผ่านมา โครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีและมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.21 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 เป็น 10 ล้านคนในปี พ.ศ.2557 หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ผลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุจะยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ.2583 ในขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) และวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) มีแนวโน้มลดลง และในปี พ.ศ.2560 จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรวัยเด็กเท่ากับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2562) ผลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ยังแสดงให้เห็นว่า ในอีก 30 ปีข้างหน้าอัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทยโดยรวมมีแนวโน้มลดลงจนถึงติดลบ โดยจะเริ่มติดลบในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2568-2573 เป็นต้นไปจากร้อยละ -0.1 ต่อปี เป็นร้อยละ -0.5 ต่อปี ในช่วงปี พ.ศ.2578-2583 ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุ แม้ว่าจะเพิ่มในอัตราที่ลดลงคือ ลดลงจากร้อยละ 4.2 ในช่วงปี พ.ศ.2553-2558 เป็นร้อยละ 3.0 ในช่วงปี พ.ศ.2568-2573 จนลดลง เหลือร้อยละ 1.2 ในช่วงปี พ.ศ.2578-2583 แต่อัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุก็ยังอยู่ในระดับที่สูงกว่า อัตราการเพิ่มประชากรรวมค่อนข้างมาก (วิราภรณ์ โพธิ์สิริ และ คณะ, 2556)

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.0 และร้อยละ 18.0 โรคเบาหวาน (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556)ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง ทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาว (Lafortune & Balestat, 2007) จากการคาดประมาณในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุไทยมีความต้องการการดูแลระยะยาวในเพศชาย และ เพศหญิงเป็น 100,000 คน และ 140,000 คน ตามลำดับ และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเพิ่มขึ้นจาก 90 – 113.54 ล้านบาท. พ.ศ.2552 จะเพิ่มเป็น 27.66 34,573 ล้านบาท ในพ.ศ.2567) (สัมฤทธิ์ศรี อารังสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2010)

แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 เพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2557-2560 เท่ากับ 556,794, 567,311, 588,870 และ 628,611 คน ตามลำดับ คิดเป็น

ร้อยละ 12.21, 12.41, 12.82 และ 13.66 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) โดยในปี 2561 และมีตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาว รวม 594 ตำบล จากตำบลทั้งหมด 612 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 97.06 และในปีเดียวกันจังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 190,610 คน และมีการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์ ADL พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 8,691 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55 อำเภอศีลาลาดเป็นอำเภอหนึ่ง ซึ่งตั้งอยู่ชายขอบของจังหวัดศรีสะเกษ มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 3,092 คนโดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 404 คน คิดเป็นร้อยละ 13.06 โดยมีกองทุนเข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวร้อยละ 100 ซึ่งการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเป็นการจัดบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ตั้งขึ้น ในรูปแบบของคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคณะกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีผลการดำเนินงานจนเป็นต้นแบบของการดูแลในระดับอำเภอ เรียกว่า “กุงโมเดล” ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา โดยมีรูปแบบการดูแลในลักษณะ 3 ร่วม ได้แก่ เจ้าภาพ เจ้ามือ และเจ้าของ ประกอบด้วย หน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบริหารจัดการงบประมาณอย่างเป็นระบบ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม การประเมินผลการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์การบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมร้อยละ 100 ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพของผู้สูงอายุได้แก่ แผลกดทับ ภาวะข้อติด ลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ $P \text{ value} < 0.05$ ส่วนผลการประเมินด้านระดับการพึ่งพิงในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาพบว่าระดับการพึ่งพิงโดยใช้เกณฑ์ ADL คะแนนระดับการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.70 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิราณี ศรีหาคาศและคณะได้มีประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนภาคอีสาน จำนวน 777 คน พบว่ามีผู้สูงอายุเสียชีวิตร้อยละ 8 และ มีอาการดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ $P \text{ value}$ (ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2561) ซึ่งอัญชิษฐา ศิริคำเพ็งและคณะ ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยซึ่งส่งผลต่อภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่าสาเหตุมาจากภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาธิสภาพของร่างกายที่เสื่อมถอย ความพิการต่าง ๆ ส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภัคดี โพธิ์สิงห์, 2560) ซึ่ง (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้กล่าวไว้ว่าสาเหตุหนึ่งซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความเหนื่อยล้า การเคลื่อนไหวลำบาก เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม มีจิตใจหดหู่และซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นจนทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Centers for Disease Control and Prevention, 2019)

องค์การอนามัยโลกได้อ้างว่าโรคติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้เป็นหนึ่งในสิ่งที่สำคัญที่สุดที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลกและโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาคือติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้ เช่น *Necator duodenale*, *Ascaris lumbricoides* *Trichuris trichiura* (whipworm) และพยาธิตัวแบน เกือบ 3.7 พันล้านคน ในทางกลับกันพยาธิลำไส้โปรโตซัว *Cryptosporidium parvum* และ *Entamoeba histolytica* มีความชุกสูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เด็กและผู้สูงอายุ โดยการติดเชื้อเหล่านี้พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุโดยเฉพาะแหล่งที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่รวมกันเช่นบ้านพักคนชรา ด้วยสุขอนามัยที่ไม่ดีและความหนาแน่นของประชากร ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้มากขึ้น โดยการติดเชื้อหนอนพยาธิที่เกิดจากน้ำหรือโดยตรงการส่งผ่าน (คนสู่คน) ซึ่งสาเหตุจากการดูแลขั้นพื้นฐานที่ไม่เพียงพอ สุขอนามัยที่ไม่ดี การพยาบาลที่ไม่ได้ประสิทธิภาพด้านการควบคุมและป้องกันโรค ห้องน้ำรวมถึงอุปกรณ์ในบ้านเป็นหนึ่งในแหล่งสำคัญที่สุดของการติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้ ดังนั้นการติดเชื้อหนอนพยาธิจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเหนียวลำไส้ มีความเสี่ยงต่อการหกล้มซึ่งจะส่งผลให้ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (WHO, 2017)

ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานในการป้องกันโรคหนอนพยาธิตั้งแต่ปี 2524 เป็นต้นมาการตรวจหาความชุกของการติดเชื้อหนอนพยาธิส่วนมากจะดำเนินการเฉพาะในบางพื้นที่ เช่น การศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิในประชาชนอายุระหว่าง 15-50 ปี ของจังหวัดฉะเชิงเทรา พบการติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้ ร้อยละ 16.1 การติดเชื้อหนอนพยาธิทางดินร้อยละ 14.3% การติดเชื้อโปรโตซัวร์้อยละ 1.8% พยาธิลำไส้ที่พบมากที่สุดคือพยาธิปากขอร้อยละ 6.7% รองลงมาคือ *Strongyloides stercoralis* ร้อยละ 5.0%, *Ascaris lumbricoides* ร้อยละ 1.3% และ *Trichuris trichiura* ร้อยละ 1.3% *Entamoeba histolytica / dispar* ร้อยละ 1.0%, *Giardia intestinalis* ร้อยละ 0.4% และ *Blastocystis hominis* ร้อยละ 0.4% (พิสิษฐ์ สุนทรวิฑูรย์ และคณะ, 2561) และการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยทำงานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 6,540 คน พบความชุกของการติดเชื้อหนอนพยาธิ ได้แก่พยาธิตัวกลม สตรองจีลอยด์ (*Strongyloides stercoralis*) พยาธิตัวดีด (*Taenia spp.*) พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) สูงสุด 3 อันดับแรก ร้อยละ 1.25, 0.37 และ 0.15 ตามลำดับ โดยพบการติดเชื้อสูงสุดในช่วงอายุ 41-50 ปี (กฤษฎา ศิริสภามรณ์ และพลากร พุทธิรักษ์, 2552) ซึ่งอัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Khieu V, et al., 2014)) สาเหตุของการติดเชื้อ เนื่องจากการไม่สวมรองเท้า รับประทานอาหารปนเปื้อน (สุภามรณ์ วรรณภิญโญชีพ และคณะ, 2560) การไม่ล้างผักก่อนรับประทาน และการไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย (สุภามรณ์ วรรณภิญโญชีพ และคณะ, 2560; จำลองแก้ว พิทยานนท์, 2015 ; (พิสิษฐ์ สุนทรวิฑูรย์ และคณะ, 2561)

ส่วนในต่างประเทศก็มีรายงานการศึกษาความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุบ้าง เช่นในประเทศปากีสถานซึ่ง Bikash Shakya, Shiba Kumar Rai, Anjana Singh and Arina Shrestha ได้ศึกษาการติดเชื้อหนองพยาธิในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 237 คนพบว่าความชุกของการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 41.7 และร้อยละ 30.6 พบการติดเชื้อหนองพยาธิมากกว่า 2 ชนิดและผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ผู้สูงอายุที่รัฐบาลในเขตเมืองจัดให้มีอัตราการติดเชื้อหนองพยาธิมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทและที่บ้านของผู้สูงอายุ 50.8, 46.8 และ 21.2 ตามลำดับและพบว่าเพศหญิงมีอัตราการติดเชื้อหนองพยาธิมากกว่าเพศชายเนื่องด้วยเพศหญิงส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา มีหน้าที่ดูแลลูกทำงานด้านเกษตรทำให้มีโอกาสโอกาสสัมผัสผืนดินมากกว่าและการรับประทานผักสดที่ไม่ได้ล้างให้สะอาด (Shakya et al., 2006)

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของจังหวัดศรีสะเกษ ได้มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบอัตราการความชุกของการติดเชื้อพยาธิร้อยละ 7.01, 7.16 และ 8.37 ในปี 2559, 2560 และปี 2561 โดยพบอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับมากเป็นอันดับ 1 ในปี 2559, 2560 และ 2561 ร้อยละ 4.09, 4.44 และ 8.3 ตามลำดับและพบการติดเชื้อหนองพยาธิอื่น ๆ รองลงมาได้แก่ พยาธิตัวตืด พยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน พยาธิแส้มาและพยาธิเข็มหมุด ซึ่งการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคส่วนใหญ่จะเน้นไปที่พยาธิใบไม้ตับ(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2561) อำเภอกันทรารมย์ได้มีการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคหนองพยาธิลำไส้ในประชาชนในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเช่นเดียวกับจังหวัดศรีสะเกษ โดยผลการดำเนินงานพบว่าพบประชาชนติดเชื้อหนองพยาธิลำไส้คิดเป็นร้อยละ 1.70 และพบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับคิดเป็นร้อยละ 1.56 และพบการติดเชื้อหนองพยาธิอื่น ๆ ร้อยละ 0.14 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2561) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคหนองพยาธิจะมีการดำเนินการในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งจะพบว่ามีการตรวจคัดกรองค่อนข้างน้อยและถูกกำหนดเป็นโรคที่ถูกกลืนและไม่กล่าวถึงมาหลายปี (Centers for Disease Control and Prevention, 2019)ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้การควบคุมโรคไม่หมดไปและมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนของประชาชนในภาพรวมเช่น อาการเหนื่อยล้า ภาวะซีด โรคระบบทางเดินอาหารและบางครั้งอาจรุนแรงจนเสียชีวิต (Centers for Disease Control and Prevention, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่าปัญหาการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อย และจากการที่ผู้วิจัยเป็นผู้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนน ADL ต่ำขึ้นและเปลี่ยนกลุ่มในการพึ่งพิงอยู่ในระดับดีขึ้นในอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์ และปัญหาโรคหนองพยาธิยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องยังมีการแก้ไขและเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมีการติดเชื้อหนองพยาธิซ้ำซ้อนก็ยังคงเป็นสาเหตุหนึ่งซึ่งทำให้

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเสื่อมถอย (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง เพื่อลดปัญหาความเหนื่อยล้าของผู้สูงอายุและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาจากการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคหนองพยาธิ รวมถึงการพัฒนา รูปแบบการบูรณาการ การดูแลระยะยาว ในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง ร่วมกับระบบการดูแลที่มีอยู่เดิม ให้มีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มี ภาวะ ฟังฟัง มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการ การดูแลระยะยาว เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง จังหวัดศรีสะเกษ

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค หนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง จังหวัดศรีสะเกษ

1.2.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการ การพัฒนารูปแบบการบูรณาการ การดูแลระยะยาว ใน การป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง จังหวัดศรีสะเกษ

1.2.2.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในการป้องกัน และควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง จังหวัดศรีสะเกษ

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1.3.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พฤติกรรม การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การล้างมือ การขี้ถ่าย และการตรวจพบพยาธิ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง จังหวัดศรีสะเกษ

1.3.2 ปัจจัยทางด้านความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การ รับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตน สิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง จังหวัดศรีสะเกษ

1.3.3 หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง จังหวัดศรีสะเกษ มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ประโยชน์ แรง สนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสามารถของตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตด้านเนื้อหา (Content) ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยทางด้านความรู้ ทักษะคิด สังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำปัจจัยต่าง ๆ เข้าสู่การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาว ในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ จากนั้นประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.4.2.1 การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

- 1) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 10,723 คน
- 2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 293 คน

1.4.2.2 การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาว ในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนาระบบการ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลลิ้ม อำเภอลือเสาะ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนในเขตตำบลลิ้ม อำเภอลือเสาะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 20 คนและสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ รพ.สต.บ้านเตือจำนวน 43 คน รวมทั้งหมด 70 คน

1.4.2.3 การวิจัยระยะที่ 3 ผลของโปรแกรมการบูรณาการการดูแลระยะยาวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลลิ้ม อำเภอลือเสาะ จังหวัดศรีสะเกษและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบล อำเภอราชันย์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีระดับคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 9-11 คะแนน ที่อาศัยในพื้นที่จำนวน 2 อำเภอ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีข้อมูลด้านภูมิศาสตร์และประชากรผู้สูงอายุมีข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ สังคมใกล้เคียงกันคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990) จำนวน 148

คนโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ได้แก่ กลุ่มทดลองในพื้นที่ตำบลคึกกิ้ง อำเภอสีลาสาท จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 69 คน และกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในพื้นที่ ตำบลด่าน อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 79 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านตัวแปร

1.4.3.1 การวิจัยระยะที่ 1

1) ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การล้างมือ การขับถ่าย การใช้ปุ๋ยในการเกษตร และการตรวจพบพยาธิ ปัจจัยทางด้านความรู้ ทักษะคิด สังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตน

2) ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

1.4.3.2 การวิจัยระยะที่ 2

กระบวนการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ได้รูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษต่อไป

1.4.3.3 การวิจัยระยะที่ 3

1) ตัวแปรต้น (Independent Variables) ได้แก่ รูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

2) ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการดูแล การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.4.4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย 1 ปี โดยเริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม 2563- มกราคม 2564 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสำรวจความชุกของโรคหนองพยาธิและการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เดือนที่ 1-2) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมของอำเภอสีลาสาท จังหวัดศรีสะเกษ และทดลองใช้ในกลุ่มเล็กประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพ

ของรูปแบบ(เดือนที่ 3 ถึงเดือนที่ 6) และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (เดือนที่ 7 ถึง เดือนที่ 12)

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.5.1 ปัจจัย หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรค หนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยทางด้านความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตน ประกอบด้วย

1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร หมายถึง ลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างมีและข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การดื่มน้ำ การล้างมือ การใช้ห้องน้ำ การใช้ปุ๋ยและผลการตรวจพยาธิ

2) ความรู้ในการป้องกันโรคหนองพยาธิ หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือสั่งสมที่ได้มาจากการสังเกต ประสบการณ์ การได้ยิน การฟังเกี่ยวกับข้อเท็จจริง แนวปฏิบัติหรือกฎเกณฑ์ในแนวปฏิบัติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อหนองพยาธิ และวิธีการป้องกันโรคติดเชื้อหนองพยาธิ ได้แก่ความรู้เรื่องโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ การรักษา การทำความสะอาดมือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3) ทักษะ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อในการป้องกันโรคหนองพยาธิ ประกอบด้วย ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ และวิธีการป้องกันการติดเชื้อ ประเมินจากแบบสอบถามทัศนคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4) การรับรู้ หมายถึง การแปลความหมายจากการสัมผัส โดยเริ่มตั้งแต่การมีสิ่งเร้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสทั้งห้าและส่งกระแสประสาทไปยังสมอง เพื่อการแปลความหมาย ประกอบไปด้วย

(4.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้นๆ

(4.2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคล ประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนในด้านการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน

(4.3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits) เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่รับคำแนะนำ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ลดความเสี่ยง หรือความรุนแรงลงได้

(4.4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำ นั้นเป็นสิ่งยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายทำได้ยาก

5) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปัจจัยต่างๆที่ได้รับการสนับสนุนจากภายนอก ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งข้อมูลข่าวสาร วิชาการ การผลักดัน มาตรการของทางภาครัฐบาล

6) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึงการตัดสินใจ ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตความเชื่อในความสามารถตนเอง พิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม

1.5.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) อยู่ระหว่าง 9 -11 คะแนน หรือกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

1.5.3 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) หมายถึง เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559

1.5.4 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) หมายถึงบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ

1.5.5 การพัฒนารูปแบบหมายถึง ทิศทางที่ทำให้การดำเนินงานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการลดการติดเชื้อโรคหนองพยาธิ เพื่อสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

1.5.6 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ หมายถึง การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดื่มน้ำที่ผ่านการทำลายเชื้อได้แก่ น้ำต้มสุก น้ำกรอง น้ำดื่มบรรจุขวด การรับประทานอาหารที่สุก การล้างผักสดก่อนรับประทาน การขับถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือหลังจากใช้ห้องน้ำและสัมผัสสัตว์เลี้ยง การสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้านหรือสัมผัสดิน

1.5.7 ภาศิเครือข่าย หมายถึง ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านเตื่อ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศิลาลาด ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและผู้รับผิดชอบในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตำบลคลีกลิ่ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศิลาลาด

1.5.8 การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจเป็นการดูแลที่บ้าน หรือในสถานบริการโดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านสังคม และไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติ พี่ น้อง คนอื่นๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบททางสังคมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1.5.9 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ หมายถึงกระบวนการสร้างรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ จำนวน 4 ขั้นตอนของกิบสัน (1991) ได้แก่ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ โดยประยุกต์ร่วมกับการวิจัยและพัฒนา (Research and Development :R&D) ประกอบด้วยการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research:R1) เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development:D1) เป็นการออกแบบและพัฒนา(Design and Development D and D) เพื่อการพัฒนาและหาประสิทธิภาพรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิ

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research :R2) เป็นการนำไปใช้ (Implement1) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา(Development:D2) รับรองและประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิ

1.5.10 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อให้เกิดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งประเมินจากองค์ประกอบการมีส่วนร่วม 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินความ

ต้องการ (Need assessment) การจัดการ (Management) ภาวะผู้นำ (Leadership) การจัดองค์กร (Organization) การใช้ทรัพยากรในชุมชน (Resource Mobilization)

1.5.11 แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL: Barthel Activities of Daily Living) หมายถึง แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ ตามความสามารถในการผู้สูงอายุ เช่นการขับถ่าย การกิน และการอาบน้ำ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคะแนนการประเมินน้อยกว่า 12 คะแนน

1.6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อสนเทศ องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบูรณาการดูแลระยะยาวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เหมาะสมในจังหวัดศรีสะเกษ ที่เป็นประโยชน์ทั้งทางวิชาการและทางปฏิบัติ ซึ่งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยนี้ มีดังนี้

1.6.1 สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อวางแผนในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

1.6.2 ได้รูปแบบการบูรณาการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม และสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดโครงการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ได้อย่างเหมาะสม

1.6.3 ประโยชน์ทางด้านวิชาการ ได้ข้อค้นพบใหม่ของการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ในการติดเชื้อโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้งได้รูปแบบใหม่ของการบูรณาการการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีสุขภาพดีต่อไป

1.6.4 ประโยชน์ด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกัน หรือนำไปปรับและประยุกต์ใช้ในระดับประเทศได้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ดีต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรค
หนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และ
งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการนำเอาการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการ
กำหนดตัวแปร กรอบแนวคิดในการวิจัย ตลอดจนกำหนดแนวทางในการดำเนินงานวิจัย พัฒนา
รูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิใน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ รายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 2.3 ความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดโรคหนองพยาธิ
- 2.4 แนวคิด และ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัย
 - 2.4.1 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ แนวคิด PRECEDE Framework
 - 2.4.2 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health belief model
 - 2.4.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy)
 - 2.4.4 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson.1991)
- 2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 บริบทพื้นที่การดำเนินงานดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2557) องค์การอนามัยโลก
(The World Health Organization: WHO) ใช้คำว่า “elderly” สำหรับเรียกผู้สูงอายุและให้
ความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และองค์การสหประชาชาติได้แบ่งช่วงของผู้สูงอายุ
ออกเป็น 3 ช่วงด้วยกัน คือ ช่วงที่หนึ่ง เรียกว่า “ The elderly” เป็นช่วงอายุระหว่าง 60 - 75 ปี
ช่วงที่สอง เรียกว่า “The old” หมายถึง ช่วงอายุระหว่าง 76 - 90 ปี และช่วงสุดท้าย เรียกว่า “The
very old” หมายถึง ช่วงอายุตั้งแต่ 90 ปี ขึ้นไป

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2561) ผู้สูงอายุ หมายถึง
บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) วัยสูงอายุหรือวัยชราหมายถึงวัยที่ต่อจากวัยกลางคนอายุ
เกิน60 ปี

วัยสูงอายุ หรือวัยชรา หมายถึง มนุษย์ที่มีอายุอยู่ในช่วงปลายของชีวิต นิยามของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่าง ๆ อาทิ ทางชีววิทยาประชากรศาสตร์การจ้างงาน ทางสังคมวิทยา ในทางสถิติถือว่า ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 - 65 ปีขึ้นไปสำหรับประเทศไทยกำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ 2 (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560)

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

2.1.2 นโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติและระบบการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

ศูนย์ศตวรรษวิภคชนไทย (2559) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ระบุไว้ในมาตรา 54 และมาตรา 80 ถึงภารกิจที่ต้องมีต่อประชากรสูงอายุและปี พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น อันเป็นภารกิจที่สังคมและรัฐต้องมีต่อผู้สูงอายุ การดำเนินการต่าง ๆ ต้องสอดคล้องตามเจตนารมณ์ ซึ่งแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ปรับปรุงจากแผนฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 - 2544) ปรับมุมมองโดยมองว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้นานที่สุด” แต่ในกรณีที่ตกอยู่ในสถานะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ได้นานที่สุด ตามแผนนี้ได้แบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยมาตรการ หลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ การให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยมาตรการส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยมาตรการคุ้มครองด้านรายได้ หลักประกันด้านสุขภาพ ด้านครอบครัวผู้ดูแลและการคุ้มครอง ระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผล

กล่าวโดยสรุป การดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วยมาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานดำเนินการประมวล และพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการ หรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนส่งเสริมการวิจัยด้านผู้สูงอายุเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่องรวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

2.1.3 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย (2560) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย เนื่องจากความสูงอายุ ซึ่งแต่ละคน จะมีการเปลี่ยนแปลงมากน้อยไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา ร่วมกับผู้สูงอายุบางคนมีโรคประจำตัว ซึ่งทำให้สมรรถภาพของร่างกายเสื่อมถอยลงไป จุดประสงค์ที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุทั้งหลายได้สามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุข มีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไป และมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ อยู่ก็ตาม เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ดังกล่าวนี้ การดูแลผู้สูงอายุจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุด ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจและเวลาเอื้ออำนวย โดยยึดหลัก 11 อ เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี ดังนี้

2.1.3.1 อาหาร ความต้องการพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ยังใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรลดอาหารประเภทไขมัน (น้ำมันจากสัตว์และพืช ไข่แดง เนย) ลดอาหารคาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้งและน้ำตาล) ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารโปรตีน หรือกลุ่มเนื้อสัตว์ ประมาณ 50 - 60 กรัมต่อวัน หรือประมาณมีดละ 2 ซ้อนโต๊ะ ควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย พวกปลาจะดีที่สุด ผู้สูงอายุกินไข่ขาวได้ไม่จำกัด แต่ควรกินไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุควรกินผักมาก ๆ ทั้งผักที่ใช้ใบ หัวและถั่วต่าง ๆ ผลไม้รับประทานได้มากเช่นกัน แต่ควรเลือกผลไม้ที่ไม่หวานจัด ผลไม้ที่หวานจัด เช่น กล้วยสุก มะม่วงสุก ทูเรียน ลำไย

2.1.3.2 ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประมาณสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายมีความคล่องตัว แข็งแรง ซึ่งจะทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย

2.1.3.3 อนามัย การดูแลตนเองโดยเฉพาะให้พยายาม ลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้าและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งสังเกตการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การขยับถ่ายและควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่อายุประมาณ 60 ปี เป็นต้นไป

2.1.3.4 อัจฉาระ ปัสสาวะ ต้องให้ความสนใจการขยับถ่ายของผู้สูงอายุด้วยว่ามีปัญหาหรือไม่ บางรายอาจเกิดปัญหาถ่ายยาก ถ่ายลำบาก อีกส่วนหนึ่งอาจมีปัญหาเรื่องกลิ่นการขยับถ่ายไม่ได้ ซึ่งแต่ละปัญหาจะต้องให้การดูแลแก้ไขไปตามสาเหตุ

2.1.3.5 อากาศ ผู้สูงอายุควรอยู่ในสถานที่ ๆ มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสม อากาศบริสุทธิ์ เพราะจะช่วยให้ปอดนำออกซิเจนไปใช้ในการฟอกเลือดให้บริสุทธิ์ได้ดีขึ้น แล้วเลือดก็จะนำออกซิเจนไปส่งต่อกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานต่อไป

2.1.3.6 แสงอาทิตย์ การได้รับแสงแดดอ่อนๆ ในตอนเช้าอย่างน้อยวันละ 30 นาที จะทำให้ได้รับวิตามินดี ที่ช่วยในการดูดซึมแคลเซียมและฟอสฟอรัส สามารถชะลอการเกิดโรคกระดูกพรุนได้ นอกจากนี้วิตามินดียังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้า มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม เบาหวาน ฯลฯ อีกด้วย

2.1.3.7 อารมณ์ สุขวัยมักจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดโมโหง่าย และขึ้นน้อยใจ ทำให้ขาดสติในการพิจารณาไตร่ตรองเหตุผล เกิดความขัดแย้งง่าย ผู้สูงอายุจึงต้องหาวิธีช่วยควบคุมอารมณ์ ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การศึกษาธรรมะ เพื่อทำให้เกิดสารเอ็นดอร์ฟิน สารแห่งความสุข ทำให้ผ่อนคลายมีสติมากขึ้น

2.1.3.8 อบอุ่น ผู้สูงอายุที่ฝึกสมาธิภาวนา จะทำให้อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม ไม่หงุดหงิด ใจเบา สบาย รักตนเองมากขึ้น ใส่ใจความรู้สึกคนรอบข้างมากขึ้น ทำให้เป็นที่รักใคร่ของลูกหลาน ลูกหลานจะได้แวะมาเยี่ยมเยียนบ่อย ๆ

2.1.3.9 อติเรก การวางแผนอนาคตของชีวิตหลังเกษียณเป็นเรื่องสำคัญ เช่น มีการออมทรัพย์กับหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ฝึกเรียนรู้เรื่องความตายอันจะช่วยปรับทัศนคติในการใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ฝึกฝนจิตให้การสร้างบรรยากาศของความสงบและการเรียนรู้ที่จะปล่อยวางจากภาระที่คั่งค้างในใจ

2.1.3.10 อนาคต การวางแผนอนาคตของชีวิตหลังเกษียณเป็นเรื่องสำคัญ เช่น มีการออมทรัพย์กับหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ฝึกเรียนรู้เรื่องความตายอันจะช่วยปรับทัศนคติในการใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ฝึกฝนจิตให้การสร้างบรรยากาศของความสงบและการเรียนรู้ที่จะปล่อยวางจากภาระที่คั่งค้างในใจ

2.1.3.11 อุบัติเหตุ เกิดขึ้นได้ทุกขณะและอาจทำให้เกิดความบาดเจ็บ ความพิการต่าง ๆ ได้ ควรพยายามดูแลสภาพบ้านเรือนให้ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเหมาะ พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ๆ เช่น ห้องน้ำ

กล่าวโดยสรุปการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน ภาระเกี่ยวพันที่วัยแรงงานต้องแบกรับบริการสุขภาพและบริการด้านสังคมอื่น ๆ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของภาวะสูงวัยร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่น ออกกำลังกายลดลง มีภาวะอ้วน ภาวะความเครียด การเสพสิ่งเสพติด รวมถึงการขยายตัวของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายถึงเกือบร้อยละ 2.00 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (Gross domestic product: GDP) นอกจากนั้นการสูงวัยยังควบคู่กับการถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ผสมกับผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพนำมาซึ่งความต้องการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care และการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ต่อไป

2.2 การดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความหมาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , 2561) หมายถึง ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม และมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 หมายความว่า ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (ติดบ้าน 2 กลุ่ม ติดเตียง 2 กลุ่ม) คือ 1) กลุ่มติดบ้าน หรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนและกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน ขับถ่าย 2) กลุ่มติดเตียง หรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต โดยมีการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมิน คือ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

0 คะแนน ผู้สูงอายุไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้

1 คะแนน ผู้สูงอายุสามารถตัดอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่นช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า

2 คะแนน ผู้สูงอายุตัดอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0 คะแนน ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

1 คะแนน ผู้สูงอายุทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

0 คะแนน ผู้สูงอายุไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น

1 คะแนน ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2 คะแนน ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 คะแนน ผู้สูงอายุทำได้เอง

4. การใช้ห้องน้ำ

0 คะแนน ผู้สูงอายุช่วยตัวเองไม่ได้

1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2 คะแนน ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือบ้าน

0 คะแนน ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

1 คะแนน ผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้

2 คะแนน ผู้สูงอายุสามารถเดิน หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 คะแนน ผู้สูงอายุเดิน หรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

0 คะแนน ผู้สูงอายุต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือได้น้อย

1 คะแนน ผู้สูงอายุช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50.00 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2 คะแนน ผู้สูงอายุช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 0 คะแนน ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้
 - 1 คะแนน ผู้สูงอายุต้องการคนช่วย
 - 2 คะแนน ผู้สูงอายุขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้)
8. การอาบน้ำ
- 0 คะแนน ผู้สูงอายุต้องมีคนช่วย หรือทำให้
 - 1 คะแนน ผู้สูงอายุอาบน้ำได้เอง
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 0 คะแนน ผู้สูงอายุกลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
 - 1 คะแนน ผู้สูงอายุกลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
 - 2 คะแนน ผู้สูงอายุกลั้นได้เป็นปกติ
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 0 คะแนน ผู้สูงอายุกลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
 - 1 คะแนน ผู้สูงอายุกลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
 - 2 คะแนน ผู้สูงอายุกลั้นได้เป็นปกติ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
0 - 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (Very low initial score, total dependence)
5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง (Low initial score, severe dependence)
9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพานกลาง (Intermediate initial score, moderately severe dependence)
12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา (Intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home)

การแปลผลดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนนดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วงคะแนน 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วงคะแนน 0 - 4 คะแนน

ชวลิต สวัสดิ์ผล (2560) ได้ให้ความหมายของภาวะพึ่งพิง (Dependency) หมายถึง ภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในรายงานนี้ แปลคำว่า Dependency ว่าภาวะพึ่งพิง ตามศัพท์บัญญัติจากราชบัณฑิตยสถาน สาขาประชากรศาสตร์ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2559) ผู้สูงอายุภาวะทุพพลภาพเป็นกระบวนการเกิดที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ มีความสลับซับซ้อนและเป็นกระบวนการที่เกิดการพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากภาวะพร่องหน้าที่ (Functional limitation) ไปสู่การเกิดข้อจำกัด หรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ ที่เรียกว่า ภาวะพึ่งพิง

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน หรือกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. การดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กล่าวว่า ประเทศไทยเข้าสู่ "สังคมสูงอายุ" มาแล้ว ตั้งแต่ปี 2548 โดยเกณฑ์ ที่สหประชาชาติกำหนดคือมีสัดส่วนของผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10.00 หรือมีผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 7.00 ถึงปี 2560 สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยเกินกว่าร้อยละ 17.00 กล่าวคือมีผู้สูงอายุมากกว่า 10 ล้านคน จากประชากรของประเทศ ราว 65 ล้านคนจากการสำรวจเป็นระยะ ๆ พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราวร้อยละ 10.00 หรือราว 1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วน หรือเป็นประเภท "ติดบ้าน" ออกไปไหนไม่ได้ ร้อยละ 85.00 หรือราว 8.5 แสนคน และต้องพึ่งพิงทั้งหมด หรือเป็นประเภท "ติดเตียง" ร้อยละ 15.00 หรือราว 1.5 แสนคน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแบ่ง เป็น 4 ระดับ คือ 1) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล (Hospital care) 2) การดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Institutional care) 3) การดูแลในชุมชน (Community - based care) และ 4) การดูแลที่บ้าน (Home - based care) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) การดูแลในชุมชนและที่บ้านจะต้องมีการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุน ได้แก่ 1) การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลด้านการพยาบาล (Home - visit nursing) 2) การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทั่วไป (Home - visit care) 3) สถานดูแลกลางวัน (Day care) 4) การบริการฟื้นฟูสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient rehabilitation) และ 5) การดูแล

ระยะสั้น (Short term care) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ซึ่งกองการพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2561) ได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้นโดยเนื้อหาคู่มือประกอบด้วย การประเมินผู้สูงอายุด้านร่างกาย การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและโรคกระดูกพรุน การใช้ยา การจัดการบริการในกลุ่มนี้ ต้องอาศัยแนวคิด “เชิงรุก ครอบคลุมและเข้าถึง” ในการให้บริการและเป็นบริการที่ผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ และบริการที่จัดให้ต้องมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังนี้ (กองการพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2561)

1.1 บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยจัดบริการให้อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อสผ.) หรือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อนรวมถึงการประสานงานการดูแลกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ภายใต้การมอบหมายและติดตามของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยใช้ชุดบริการเยี่ยมบ้านโดย อสผ. หรือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ตามหลัก อ-ส-ย เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน เน้นการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ เป็นสำคัญ ดังนี้

(1) อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย (4อ)

อาหาร กินอาหารครบ 5 หมู่ หลากหลายประเภท ปริมาณเพียงพอ เน้นปลา ผัก ผลไม้สดอาหารหวาน มัน เค็ม หมักดอง งดและหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ กินอาหารเฉพาะโรค ดื่มน้ำ วันละ 6 - 8 แก้ว กินอาหารเฉพาะโรค เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือด หรือตามปัญหาสุขภาพอาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย ประเภท ต้ม นึ่ง ตุ่น

อารมณ์ ปรับตัวกับความจำกัดด้านร่างกายและความเจ็บป่วย เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมชมรมผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ตามความสามารถปฏิบัติกิจทางศาสนาตามความเชื่อ เช่น สวดมนต์ ปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ ทำบุญตามความเหมาะสม หากกิจกรรมงานอดิเรกที่เพลิดเพลิน มีคุณค่าทางจิตใจช่วยเหลือเกื้อหนุนครอบครัวตามความเหมาะสม

ออกกำลังกาย พยายามทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การเคลื่อนที่ตามความเหมาะสม ออกกำลังกาย หรือกายบริหารตามสภาพร่างกายและความสามารถตนเอง หรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

อนามัย ดูแลความสะอาดร่างกายเน้นช่องปาก ฟัน ผิวหนังที่อับชื้น ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น ตรวจสุขภาพช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ ดูแลเท้า เลือกรองเท้าที่เหมาะสม หมั่นตรวจสอบความ

ผิดปกติหมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ล้างมือ กินร้อน ใช้ช้อนกลาง ดูแลการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด

(2) สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ (3 ส)

สมอง ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำตามความสนใจ เช่น วาดรูป ฟีกคำนวน อ่านหนังสือพิมพ์ ฟังดนตรี ร้องเพลง เล่นดนตรี ปรับเปลี่ยนทำสิ่งใหม่ ๆ ไม่ทำซ้ำเดิม ทำกิจกรรมใหม่ที่เพิ่มพูนประสบการณ์และปลอดภัย จัดให้มีสิ่งกระตุ้นการรับรู้ เช่น การติดปฏิทิน แขนวนาฬิกา จดบันทึกสิ่งที่ต้องทำ พาเข้าร่วมกิจกรรมด้านสังคม เช่น เข้าชมรมผู้สูงอายุ ไปวัดวันพระ

สิ่งแวดล้อม จัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบไม่กีดขวางให้เกิดอุบัติเหตุ จัดให้มีแสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ โดยเฉพาะทางเดิน ดูแลพื้นในบ้าน ห้องน้ำไม่ให้เปียกชื้น จัดให้นอนเตียงที่ไม่สูงมากและสะดวกในการลุกยืน ปรับปรุงห้องน้ำให้สะดวกต่อการใช้ มีราวจับยึดเกาะ ไม่มีธรณีประตู ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ

สิทธิ มีความรู้เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุรับรู้สิทธิในการรับบริการสุขภาพรับรู้สิทธิผู้พิการ

(3) ยา (1 ย) ใช้ยาถูกต้อง ถูกวิธีและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ไม่นำยาผู้อื่นมาใช้ ตรวจสอบวันหมดอายุของยาที่ใช้ เก็บรักษายาให้ถูกวิธี หลีกเลี่ยงการซื้อยาใช้เอง จัดเตรียมยาที่ใช้ประจำเป็นชุด ๆ (Unit dose) อาจใช้ภาชนะบรรจุที่สะดวกต่อการตรวจสอบการได้รับยาอย่างถูกต้อง สังเกตอาการผิดปกติโดยเฉพาะเมื่อได้รับยาชนิดใหม่ ตรวจสอบการใช้และการเหลือของยา

1.2 บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) จัดบริการโดยเจ้าหน้าที่ใน รพ. สต. โดยผ่าน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ครอบคลุมการรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรคใหม่ การเฝ้าระวัง เป็นต้น การให้บริการสามารถปรับให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมการดูแลครอบคลุมสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ การควบคุมโรคและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหกล้ม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ปัญหาโภชนาการบกพร่อง ปัญหาการเคลื่อนที่ การขับถ่าย ปัญหาการนอนหลับและการใช้ยา การให้บริการดูแลรักษา ทำหัตถการตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้ความรู้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนตามปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิต ที่ช่วยให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม การให้คำปรึกษา การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ปลอดภัย

2 การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2559) ให้ความหมายกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่ต้องการผู้ดูแลสูงทั้งด้านสุขภาพและทางสังคม จึงต้องประสานการดูแลร่วมกับผู้ให้บริการภาคสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ครอบครัวทุกข์ยากเดือดร้อนการจัดการบริการ เน้นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและ

ความสามารถในการทำหน้าที่ตามที่เป็นอยู่ การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนการบำบัดฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในสังคม รวมทั้งการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเสียชีวิตอย่างสงบ ดังนั้นการจัดบริการโดยรวมในกลุ่มนี้จึง “เน้นบริการเชิงรุกที่เข้าถึงที่บ้าน” เป็นบริการที่จัดให้รายบุคคล มีการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุและครอบครัว (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนี้

2.1. บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยจัดบริการให้อาสาสมัครผู้สูงอายุ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อนรวมถึงการประสานงานการดูแลกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ภายใต้การติดตามของทีมสุขภาพ โดยใช้ชุดบริการเยี่ยมบ้านโดย อพส. ตามหลัก อ-ส-ย เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน

2.2. บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) จัดบริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.โดยผ่าน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) รวมทั้งเชื่อมประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและองค์กรด้านสุขภาพอื่น ๆ การจัดบริการ ต้องเน้นการดูแลที่เฉพาะดังนี้ การควบคุมและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้สูงอายุ (Symptom management) การควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการให้บริการดูแลรักษาและทำหัตถการการดูแลตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ การประเมินและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหกล้ม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สมอเสื่อม ซึมเศร้า การบำบัดฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพ ที่มุ่งเน้นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคมและการพึ่งพาผู้อื่นการให้คำปรึกษา ซึ่ง พรทวิ ยอดมงคล (2556) ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับประชาชน ได้เสนอแนะแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังนี้

(1) การเตรียมสภาพแวดล้อมในบ้าน ห้องนอน ต้องมีขนาดใหญ่พอที่จะวางเตียงนอน เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับใช้ในการพยาบาล หรือสามารถนั่งรถเข็นเข้ามาได้ ควรมีปลั๊กไฟสำหรับเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นบางชนิด พื้นที่สัดส่วนเหมาะสม มีพื้นที่จัดเก็บอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้บ่อย ๆ ไว้ใกล้ ๆ เพื่อสะดวกในการหยิบจับห้องน้ำต้องมีการดูแลให้สะอาดอยู่เสมอเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถยืนได้ต้องมีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำและมีราวเกาะ หากไม่มีส้วมชนิดนั่ง ควรใช้เก้าอี้เจาะรูตรงกลาง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนั่งถ่ายได้ ประตูควรมีขนาดกว้างพอสมควรและมีการปรับระดับพื้นให้รถเข็นสามารถผ่านเข้าออกได้ทางเดินภายในบ้าน ควรมีแสงสว่างเพียงพอ

(2) การดูแลสุขภาพอนามัย การช่วยทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะช่องปาก อวัยวะขยับถ่าย บริเวณอับชื้นรวมทั้งเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มให้สะอาดอยู่เสมอเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่น สบายตัว การแปรงฟันควรใช้แปรงชนิดอ่อนทำความสะอาดภายในปาก หรือใช้ไม้กดลิ้น ด้ามช้อน ก้านตะเกียบพันด้วยผ้าก๊อซ ที่เปียกชื้นทำความสะอาดช่องปาก ควรบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก ทุก ๆ 2 - 4 ชั่วโมง และหลังจากรับประทานอาหารทุกครั้ง

(3) การลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ต้องมีการควบคุมดูแลทั้งเครื่องมือและ อุปกรณ์ต้องสะอาด ไม่เก็บไว้ในที่อากาศไม่ร้อน อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ต้องปิดป้ายวันหมดอายุไว้ด้วย ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้เจาะเลือด หรือฉีดยา ต้องใช้ประเภทครั้งเดียวทิ้ง มีการทำลายและเก็บขยะติดเชื้อที่เหมาะสมและเก็บอุปกรณ์ในสถานที่สะอาดเพื่อพร้อมใช้งานอยู่เสมอญาติต้องล้างมือก่อนและหลังสัมผัส ผู้ป่วย โดยต้องสวมถุงมือกรณีต้องสัมผัส น้ำมูก น้ำลาย เลือด หรือของเหลวจากตัวผู้ป่วยและล้างมือด้วย สบู่ทันทีหลังเสร็จสิ้นภารกิจ

(4) การดูแลเรื่องอาหาร ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ผู้ป่วยชอบมีละน้อยแต่ บ่อยครั้งและกำหนดการรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ผู้ป่วยที่รับอาหารทางสายยาง ผ่านจมูก หรือช่อง ท้อง ญาติต้องเตรียมอาหารตามสูตรและปริมาณที่ได้รับจากคำแนะนำจากแพทย์ ให้อาหารตาม เวลา รวมทั้งดูแลความสะอาดสายยาง กระจกบอกให้อาหาร ด้วยการล้างให้สะอาดและเก็บไว้ในที่มิดชิด

(5) การเคลื่อนไหวและผลกดทับ ควรจัดหาเครื่องช่วยการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า หรือไม้ค้ำยัน (Walker) หรือรถเข็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก หากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ ญาติควรช่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถ โดยหมุนเวียนท่านอนสลับทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยกายภาพบำบัด หรือของข้อพับ ป้องกันการยึดติดของกล้ามเนื้อและข้อผู้ป่วยที่สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง มีโอกาสผิวหนังถูกทำลายจากแรงกดทับ แรงดึงและแรงเสียดสี ทำให้ขาด เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้น ถ้าหากไม่มีการดูแลที่ดีอาจทำให้แผลที่ถลอกกลายเป็นเนื้อตาย จนทำให้ ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

(6) อาการเจ็บปวด เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ เจ็บปวดรุนแรงแตกต่างกันไป การพูดคุยและการดูแลอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นและทนต่อ ความเจ็บปวดได้มากขึ้น หรือการใช้ยาเพื่อลดการเจ็บปวดตามสมควร ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความ เจ็บปวดจากอวัยวะภายใน บางครั้งจำเป็นต้องอาศัยยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีน ซึ่งควรให้ตามคำสั่งแพทย์ ในระยะที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ ควรให้ในลักษณะรับประทาน หากไม่สามารถรับประทาน ได้ควรปรึกษาแพทย์ถึงการให้ยาแก้ปวดชนิดอื่นอีกต่อไป นอกจากนี้ยังสามารถบำบัดความปวดโดยไม่ ใช้ยา เช่น แผ่นประคบร้อนเย็น การนวด หรือการรักษาทางจิตวิทยาอื่น ๆ เช่น การใช้กิจกรรมผ่อนคลาย สำหรับผู้ป่วยรูปแบบต่าง ๆ

(7) อาการหายใจลำบาก การดูแลสามารถทำได้โดยการเปิดพัดลมเป่าเบา ๆ ให้เย็น และจัดสภาพห้องให้มีการระบายอากาศที่ดี การปรับท่าของผู้ป่วย เช่น การจัดท่าศีรษะสูง นอนตะแคงและเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ดูแลความสะอาดช่องปาก เนื่องจากอาการหอบเหนื่อยทำให้ปากแห้ง และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย การดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิโดยการฝึกหายใจการใช้จินตนาการบำบัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายร่วมกับการให้ออกซิเจน หรือยาบางชนิดตามคำสั่งแพทย์ เพื่อลดอาการกระวนกระวาย

(8) อาการท้องผูก เป็นอาการหนึ่งที่พบในผู้ป่วยเรื้อรัง มีสาเหตุทั้งจากโรค ภาวะจิตใจ และยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาจสังเกตจากอาการ เช่น ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก สามารถดูแลได้โดยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ดูแลให้ได้ดื่มน้ำ รับประทานอาหารผักที่เพียงพอ ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา กรณีต้องใช้ยาระบายต้องปรึกษาแพทย์

(9) อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้ป่วยที่ต้องนอนนาน ๆ ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว จะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้ตัวต้องสอนให้ผู้ป่วยรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบขับถ่าย ดูแลผิวหนังบริเวณระบบขับถ่ายให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ กรณีจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ควรชำระล้างด้วยน้ำสบู่อ่อน ๆ วันละ 2 ครั้งในช่วงเช้าและเย็น หรือทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

(10) กิจกรรมผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละรายมีภาวะของโรคที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่คล้ายกันคือความเบื่อหน่าย ต่อสภาวะร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ตั้งใจ เจ็บปวดทรมานจากอาการของโรค ทำให้เป็นทุกข์ หงุดหงิด เศร้าหมอง ฉะนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยประคับประคองอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยให้สงบและเป็นการชักจูงให้ผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานได้ การเลือกกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความพร้อมและความพร้อมและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นหลักและเหมาะสมกับปัจจัยด้าน อายุ เพศ ความสนใจ การรับรู้ ข้อจำกัดการรักษา ข้อจำกัดความเชื่อ ลัทธิ ศาสนา สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม กฎหมาย เศรษฐกิจและข้อจำกัดของผู้ป่วยด้วย

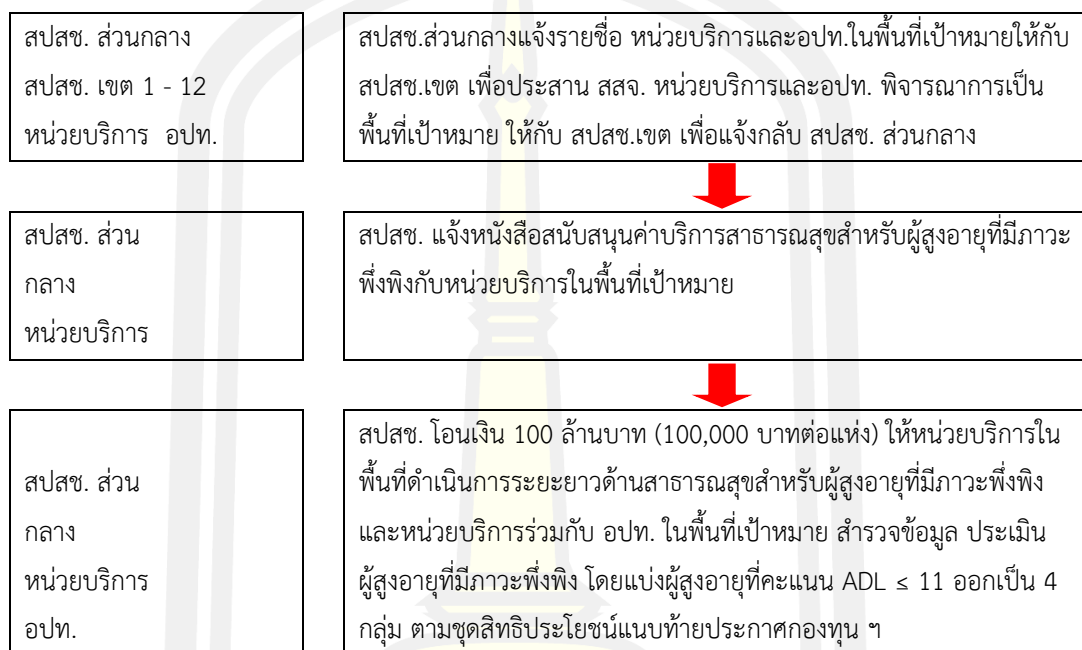
2.2.3 แนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2558 วันที่ 14 กันยายน 2558 มีมติเห็นชอบแนวทางการบริหารจัดการ เจือจาง อัตรารายและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังและคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการระยะยาว ดังนี้ ปีที่ 1 (ปี 2559) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร้อยละ 10.00 ประมาณ 1,000 ตำบล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 100,000 ราย ปีที่ 2 (ปี 2560) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร้อยละ 50.00 ประมาณ

5,000 ตำบล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 500,000 ราย ปีที่ 3 (ปี 2560) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงทั้งหมด ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1,000,000 ราย

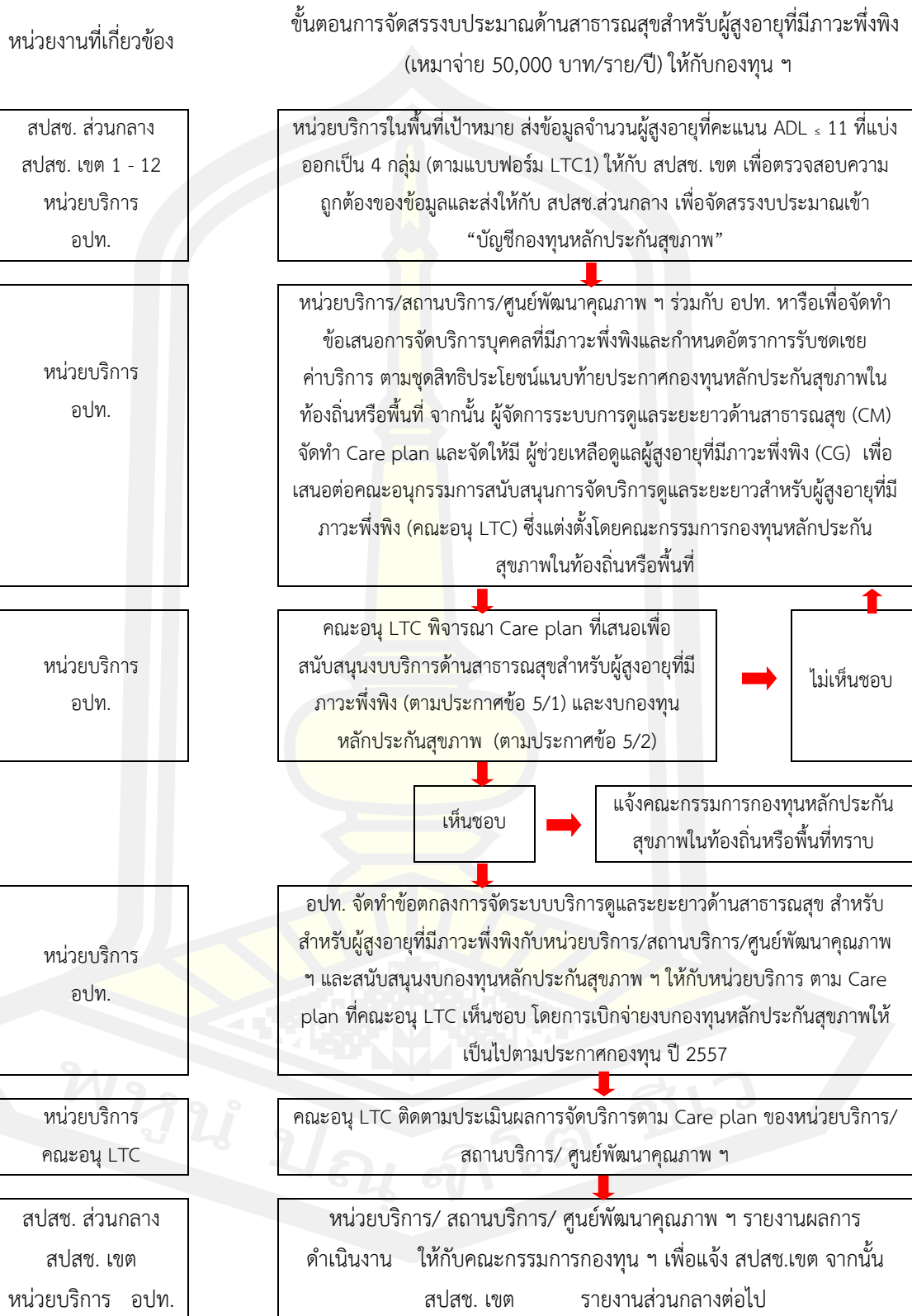
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (100,000 บาท/แห่ง) ให้กับหน่วยบริการ



ภาพประกอบที่ 1 แสดงการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับหน่วยบริการ ที่มา: คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, 2559





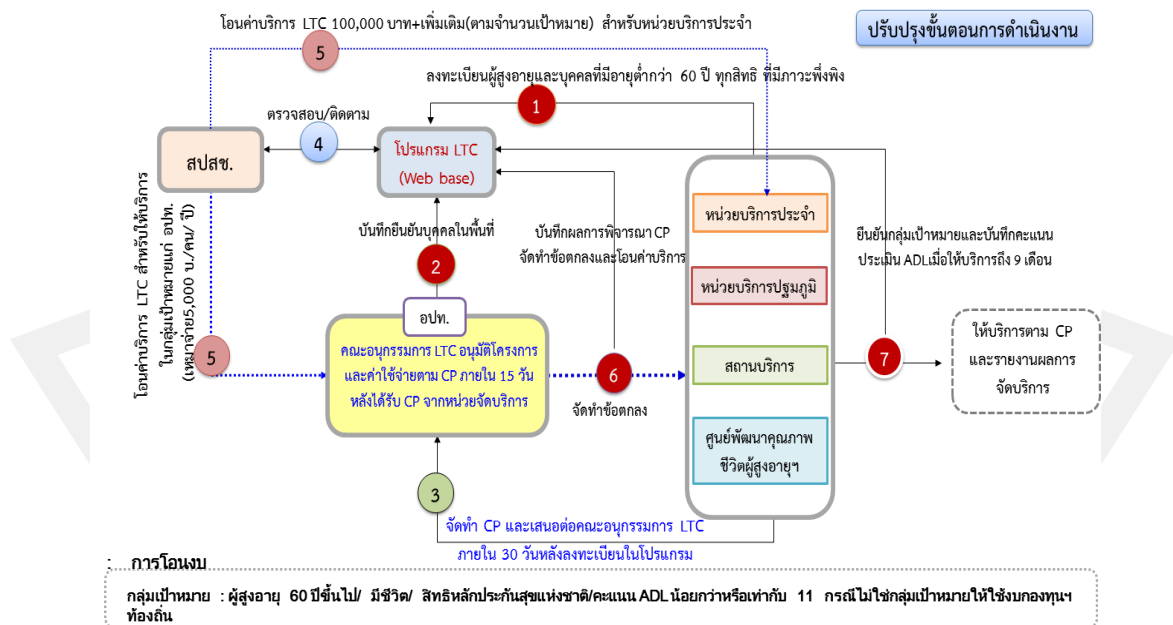
ภาพประกอบที่ 2 แสดงการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นหรือพื้นที่

ที่มา: คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, 2559



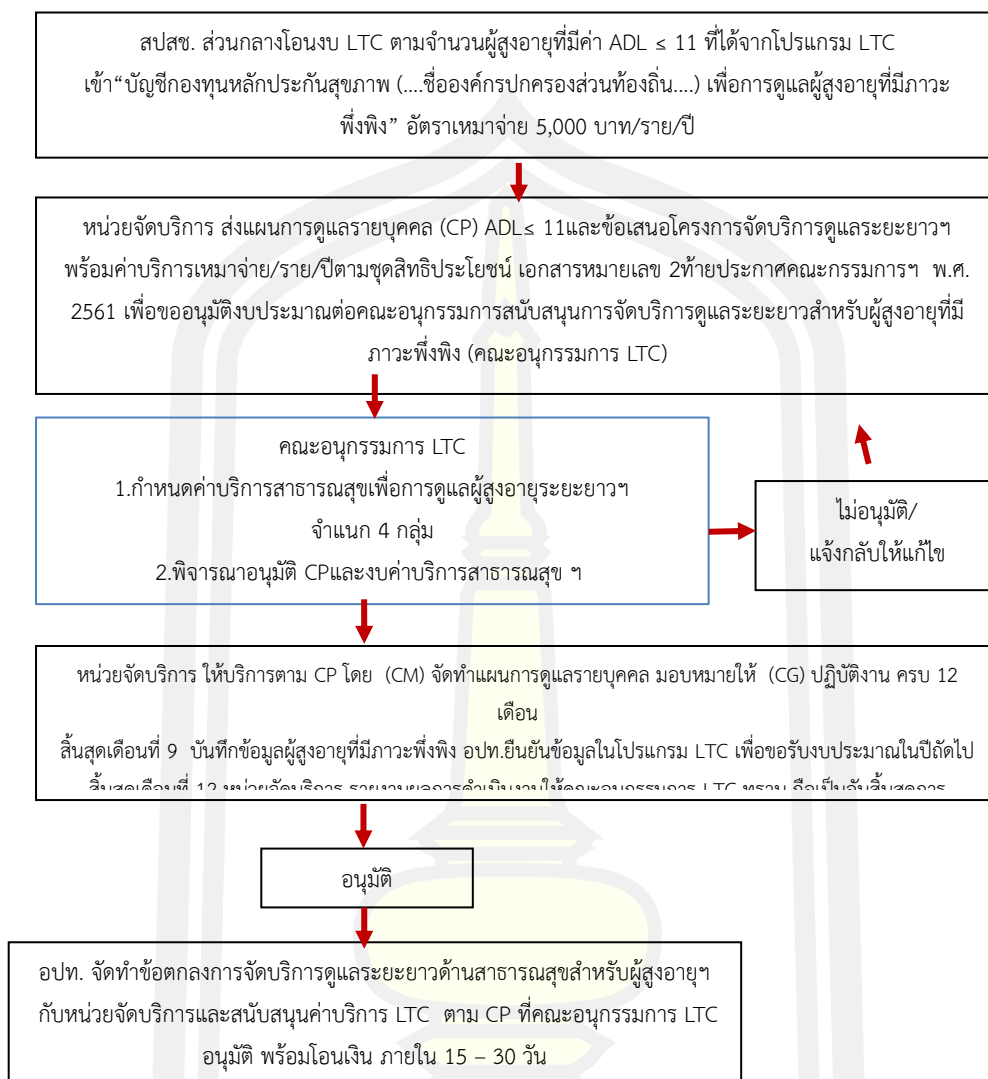
ภาพประกอบที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดการบริหารจัดการระบบ Long term care

ที่มา: คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, 2559



ภาพประกอบที่ 4 แสดง การดำเนินงาน Long term care

ที่มา : คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, 2559



ภาพประกอบที่ 5 แสดงขั้นตอนการโอนงบประมาณ LTC ให้กับกองทุนฯ ที่องถิน
ที่มา: คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, 2559

2.2.4 การเข้าร่วมดำเนินงานดูแลระยะยาว (LTC) ของหน่วยบริการและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

2.2.4.1 หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

(1) ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) และจัดทำเป็นฐานข้อมูล รวมทั้งนำข้อมูลผู้สูงอายุและบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) เท่ากับ หรือน้อยกว่า 11 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากค่าบริการสาธารณสุข

(2) จัดให้มี ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) , ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รวมถึงการจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) เพื่อให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล

(3) จัดให้มีการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และบริหารจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อการจัดบริการเชิงรุกที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล

(4) ติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามแผนการดูแลรายบุคคล โดย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และรายงานผลต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.4.2 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ในการสนับสนุนให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพเข้าร่วมจัดบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือศูนย์ที่มีชื่ออย่างอื่นตามข้อ 7 (3) ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือที่คณะกรรมการตามข้อ 8/1 เห็นชอบ จึงสามารถได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสำหรับจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการภายใต้แผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

บทบาทหน้าที่ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

(1) จัดให้มี ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ประจำศูนย์ ฯ และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

(2) ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดี (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และจัดทำเป็นฐานข้อมูล รวมทั้งนำข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADL

เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คนแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) จัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Team Care: LTC) ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ต่อไป

(3) จัดให้มีการฝึกอบรม ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เพื่อให้บริการเชิงรุกที่บ้าน หรือที่ศูนย์ตามแผนการดูแลสุขภาพ (Care plan) นอกจากนี้ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ยังทำหน้าที่กำกับติดตามและเชื่อมประสานกับหน่วยบริการ

2.2.4.3 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager: CM)

เป็นผู้ที่มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการและประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 โดยการจัดทำ แผนการดูแลสุขภาพ (Care plan) ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Team Care: LTC) ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตามแผนการดูแลสุขภาพ (Care plan) โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) 1 คนจะดูแล ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) 5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35 - 40 คน

บทบาทหน้าที่ของ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)

- (1) ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอลและประเมินคัดกรองด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- (2) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก
- (3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, weekly plan
- (4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาหารายกรณี (Care conference)
- (5) เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท.และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตามแบบแผนการดูแลสุขภาพ (Care plan)
- (6) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม
- (7) บริหารจัดการและกำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ให้เป็นไปตามแบบแผนการดูแลสุขภาพ (Care plan)

(8) การประเมินและทบทวนแบบแผนการดูแลสุขภาพ (Care plan) ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็น ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข (CM)

- (1) มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์
- (2) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการสาธารณสุข หรือประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ
- (3) จบปริญญาตรีด้านอื่น หรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาลเทคนิค และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 3 ปี
- (4) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดีและไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วย
- (5) มีใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีความแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

การฝึกอบรม

- (1) อย่างน้อย 70 ชั่วโมง
- (2) อบรมโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย มหาวิทยาลัย วิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือเทียบเท่า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2.2.4.4. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver: CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง LTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ

บทบาทหน้าที่ของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)

- (1) ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
- (2) สังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุและต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
- (3) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- (4) เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด

(5) กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุงประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ

(6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาลและระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

(7) ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง

(8) จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การฝึกอบรม

(1) อย่างน้อย 70 ชั่วโมง

(2) อบรมโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย มหาวิทยาลัย วิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือเทียบเท่า

2.2.4.5 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบูรณาการในพื้นที่ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 ได้กำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ของทั้ง 4 ฝ่าย ดังต่อไปนี้

1) กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมและจัดให้หน่วยงานและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความพร้อมความเหมาะสมและตามภารกิจที่ตกลงกัน

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(1) ส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อให้ อปท.

เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้จัดตั้งระบบการดูแลระยะยาว ฯ แบบบูรณาการในพื้นที่และสามารถบริหารจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

(2) จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการและกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว ฯ แบบบูรณาการในพื้นที่ ตามภารกิจที่ตกลงกันตามกรอบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

(3) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ อปท. อันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

3) บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย โดยสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้ อปท.สามารถดำเนินการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามข้อตกลงดำเนินงานร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบูรณาการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2559 ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2559 ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมและจัดให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะมอบหมายให้หน่วยบริการในสังกัดดำเนินการดังนี้

(1) เตรียมความพร้อมของระบบบริการ เพื่อรองรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้งประสานและสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อปท. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาสาธารณสุข เพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

(2) จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอลและแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำแผนการดูแล

รายบุคคลเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ต่อไป

(3) จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และรับค่าบริการตามอัตราค่าบริการตามอัตราค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 และเอกสารแนบท้าย

(4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับ อปท. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(1) สนับสนุนงบประมาณแต่ละปีให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามภารกิจในข้อ 1

(2) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาและสนับสนุนด้านอื่น ๆ ให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินการร่วมกับ อปท. เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ อันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็ว ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

หน่วยบริการ สถานบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

(1) จัดบริการเชิงรุก บริหารจัดการบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ วางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

(2) จัดทำแผนงานโครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

(3) จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับตำบลใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

(4) ประสานงานกับ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ควบคุมกำกับดำเนินงานของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

(5) ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(6) ร่วมกับ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ ทั้งการนิเทศติดตาม การให้คำปรึกษาทั้งทางด้านการดูแลและการทำงาน เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ด้านความเครียด

(7) เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้คำปรึกษาคำแนะนำ

(8) แสวงหา ประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อปท. รวมถึงสมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อร่วมจัดบริการ รวมทั้งร่วมสนับสนุนงบประมาณ

(9) ร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

(1) ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาว ฯ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่บูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม ที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว

(2) ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอลและแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ฯ

(3) ประสานงานกับคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ ในการแต่งตั้งคณะกรรมการ LTC (กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) เพื่อพิจารณาจัดทำ กำหนดอัตราค่าชดเชยค่าบริการและเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการระบบดูแลระยะยาว ฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

(4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานส่วนกลาง

(1) จัดทำกรอบแนวทาง ประกาศ ระเบียบ พื้นที่เป้าหมายร่วมกับเขตและกระทรวงสาธารณสุข

(2) จัดสรรงบประมาณรายเขตที่จะโอนให้กองทุน ในพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงาน

(3) สนับสนุนด้านข้อมูลวิชาการ องค์กรความรู้และเครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้

(4) กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การได้รับการสนับสนุน

(5) พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและบริหารจัดการระบบการ

ดูแลระยะยาว ฯ

(6) สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนกลาง เขตและพื้นที่

(7) จัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

(8) ติดตามและประเมินผลการศึกษาและพัฒนาขยายผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตและเขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

(1) ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่กองทุน อปท.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และจัดสรรงบประมาณตามหลักเกณฑ์แนวทางในแต่ละปี

(2) บริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การฝึกอบรม ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM), ผู้ช่วยเหลื่อมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เป็นต้น

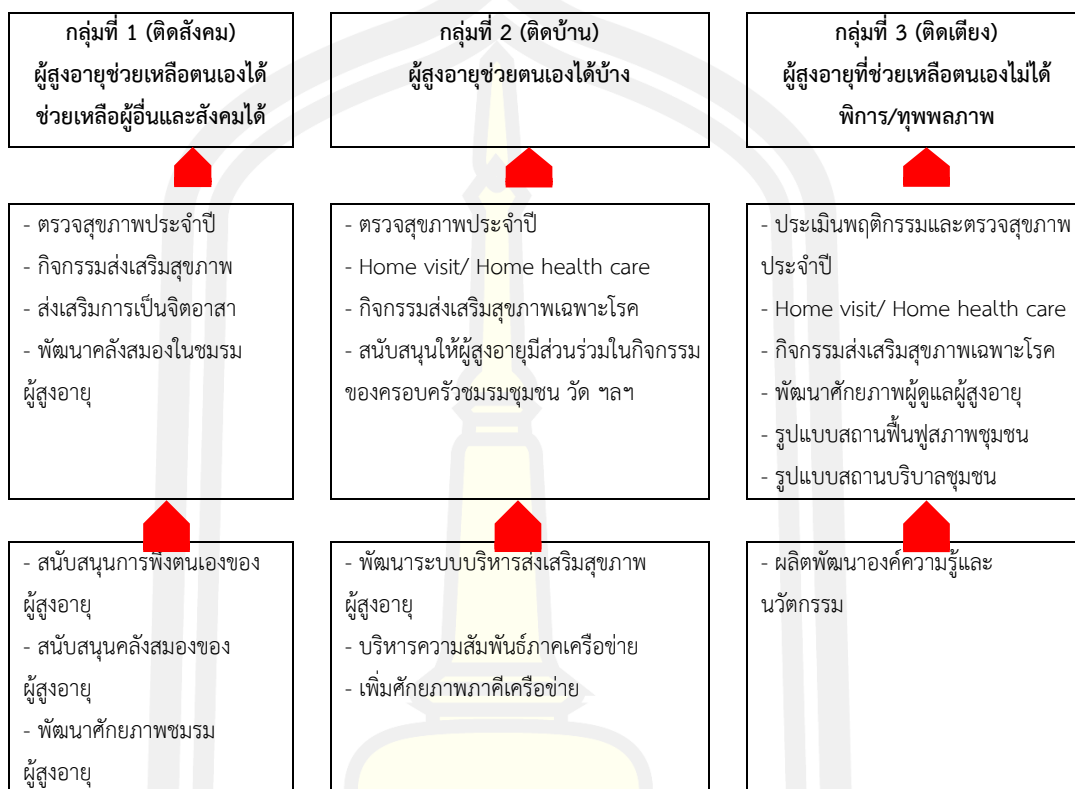
(3) ประสานสนับสนุนการดำเนินงานกลไกคณะกรรมการคณะอนุกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ คณะอนุกรรมการ LTC และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว ฯ

(4) ร่วมจัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

(5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาขยายผล

กล่าวโดยสรุปการศึกษาครั้งนี้ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเชิงรุกในพื้นที่โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียงจะได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบริการดูแลด้านสุขภาพ

ถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงได้ตามภาพ ดังนี้



ภาพประกอบที่ 6 แสดงการปฏิบัติงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิและปัจจัยซึ่งส่งผลต่อการติดเชื้อพยาธิ

2.3.1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ โรคหนอนพยาธิเป็นโรคที่พบได้บ่อยเกือบทุกประเทศในเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน เกิดจาก พยาธิหลายชนิด

2.3.1.1. การจำแนกพยาธิสามารถจำแนกได้ตามหลักต่าง ๆ ดังนี้ (นิมิตร มรกต, 2546)

1) จำแนกตามลักษณะ จำแนกได้ 3 ชนิดคือ

(1.1) พยาธิตัวกลม แบ่งออกเป็น

- ติดต่อโดยผ่านดิน ได้แก่ พยาธิปากขอ (hookworm) พยาธิไส้เดือน (*Ascaris limbricoides*) พยาธิสตรองจิลอยด์ (*Strongyloids stercolaris*)

- ติดต่อโดยการกิน ได้แก่ พยาธิตัวกลม (*Trichinella spiralis*) พยาธิตัวจืด (*Gnathostoma*) พยาธิเส้นด้าย (*Enterobius vermicularis*)

(1.2) พยาธิตัวแบน ได้แก่ พยาธิตัวตืด (*Taeniasis*)

(1.3) พยาธิใบไม้ ได้แก่ พยาธิใบไม้ตับ พยาธิใบไม้ในบอด (*Paragonimus westermani*) พยาธิใบไม้ลำไส้ (*Fasciolopsis buski*)

2) จำแนกตามวิธีการติดต่อได้ 4 ชนิดคือ

(2.1) พยาธิที่ติดต่อจากการกินไข่พยาธิ ได้แก่ พยาธิเส้นด้าย พยาธิตัวกลม พยาธิแส้มา พยาธิใบไม้ลำไส้ พยาธิใบไม้ปอด พยาธิในเลือด

(2.2) พยาธิที่เกิดจากการกินเนื้อดิบ ได้แก่ พยาธิตัวแบน

(2.3) พยาธิที่เกิดจากการกินปลา ได้แก่ พยาธิตัวจืด พยาธิใบไม้ตับ

(2.4) พยาธิที่อาศัยการไชผิวหนัง ได้แก่ พยาธิสตรองจิลอยด์ และพยาธิปากขอ

2.3.2. สถานการณ์ของโรคหนอนพยาธิในต่างประเทศ

ในรายงานการติดเชื้อพยาธิในระดับโลก WHO ได้รายงานถึงอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิไว้ดังนี้และจากการศึกษาการติดเชื้อพยาธิในกลุ่มเด็กในชนบทของประเทศปากีสถาน โดยการตรวจจากระจำนวน 288 คน พบว่ามีการติดเชื้อพยาธิถึงร้อยละ 41 ซึ่งพยาธิที่พบจำนวนมากที่สุดได้แก่ *Giardia lamblia* 19.4% *Entamoeba histolytica* 12.5% และ *Hymenolepis nana* 6.3% และพบพยาธิอื่น ๆ 19 % ส่วนมากจะพบในเด็กเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Jamila Haider, 2018)

2.3.3. ชนิดของโรคหนอนพยาธิ ได้แก่

1 พยาธิใบไม้ตับ (Liver flukes) ที่สามารถพบในคน และมีความสำคัญมีอยู่ 3 ชนิดด้วยกัน คือ *Opisthorchis viverrini*, *Clonorchis sinensis* และ *Opisthorchis felineus* *Opisthorchis viverrini* พบมากในประเทศไทยเป็นพยาธิใบไม้ตับที่มีความสำคัญ และทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchiasis*) โดยที่พยาธิตัวแก่อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีภายในตับ

เขตปรากฏโรค

คลอนอร์คิส ไชเนนสิส (*Clonorchis sinensis*) พบมากในจีน อินโดจีน ญี่ปุ่น ฮองกง เกาหลีและไต้หวัน โอปิสทอร์คิส เฟลิเนียส (*Opisthorchis felineus*) พบมากในยุโรป ไชปีเรีย อินเดีย เวียดนาม เกาหลี ญี่ปุ่นและ ฟิลิปปินส์ โอปิสทอร์คิส วิเวอริน (*Opisthorchis viverrini*) พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยและในลาว จากการศึกษาสำรวจโดยแพทย์หญิงสุวัชร วัชรเสถียรและศาสตราจารย์นายแพทย์จำลอง หะรินสดี ซึ่งได้รายงานไว้เมื่อปี พ.ศ.2500 พบว่ามีประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นโรคนี้นี้ สูงถึง ร้อยละ 72.0-87.7 และวินคอฟ (Wykoff et al., 1965) สำหรับประเทศไทย โอปิสทอร์คิส วิเวอริน (*Opisthorchis viverrini*) ซึ่งมีความสำคัญต่อประเทศไทยมากกว่าพยาธิใบไม้ตับชนิดอื่น

วงจรชีวิตของพยาธิ

สามารถพบพยาธิตัวแก่ในท่อน้ำดีเล็ก ๆ ในตับคนหรือสัตว์ เช่นสุนัขและแมว ซึ่งเป็นโฮสต์เฉพาะ (definitive host) พยาธิตัวแก่อาจอยู่ในถุงน้ำดีหรือท่อของตับอ่อน (Pancreatic duct) ก็ได้ ไช้จะปนออกมากับน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็ก และไช้จะออกมาพร้อมกับอุจจาระ ถ้าถ่ายอุจจาระลงน้ำ หอยทากปีโทเนีย สปีซี (Bithynia species) ซึ่งเป็นโฮสต์กลางที่หนึ่ง (1st intermediate host) จะกินไช้พยาธิ ภายในตัวหอย ไช้จะฟักเป็น กลายเป็นตัวอ่อนมีราซิเดียม (Miracidium) แล้วเจริญต่อไปเป็นระยะสปอร์โรซิส (Sporocyst), ระยะเรเดีย (Redia) และระยะเซอร์คาเรีย (Cercaria) ตามลำดับ เซอร์คาเรียจะออกจากหอยว่ายน้ำไปเข้าสู่ปลา ซึ่งเป็นโฮสต์กลางที่สอง (2nd intermediate host) ที่พบมากที่สุดคือปลาพวกไซพรินอยด์ (Cyprinid) ได้แก่ปลาตะเพียนทราย ปลาแม่สะแต้ง ปลาสร้อยนกเขา ปลาชวาณา ปลาสูตร และปลากะมัง เป็นต้น เซอร์คาเรียไช้เข้าไปในเนื้อปลาและเจริญเป็นระยะเมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ซึ่งอยู่ในซีสต์ ระยะนี้เป็น ระยะติดต่อก่อน เมื่อคนและสัตว์ที่เป็นโฮสต์เฉพาะกินปลาดิบ ๆ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ เช่นก้อยปลา ซึ่ง เป็นอาหารที่นิยมรับประทานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผนังซีสต์จะถูกละลายโดยน้ำย่อย เมตาเซอร์คาเรียก็จะออกจากซีสต์ มาอยู่ในลำไส้ส่วนดูโอดีนัม (Duodenum) แล้วเดินทางเข้าสู่ท่อน้ำ ดีใหญ่ และเดินทางต่อไปจนกระทั่งถึงท่อน้ำดีเล็ก ๆ และเจริญเติบโตเป็นตัวแก่ รวมเวลาทั้งหมด ของวงจรชีวิตของพยาธินี้ เป็นเวลาประมาณ 3 เดือน (Wykoff et al.,1965; สมาน เทศนาและคณะ 2554)

ระบาดวิทยา

หอยที่เป็นตัวกลางนำโรคหรือโฮสต์กลางในประเทศไทยพบได้ทั่วไปในทุ่งนา สระ และแหล่งน้ำจืดอื่น ๆ จำนวน 3 ชนิด คือ *Bithynia siamensis* พบได้ในภาคกลาง *B. gonionphalos* พบได้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและ *B. funiculata* พบได้ในภาคเหนือ คนติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการกินระยะติดต่อก่อนพยาธิเรียก เมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ที่อาศัยอยู่ในปลาน้ำจืดชนิดต่าง ๆ (Wykoff et al,1965) ปลาที่มีพยาธิในระยะเมตาเซอร์คาเรียสูงคือปลาที่อยู่ในตระกูลเดียวกับปลาตะเพียน และจำนวน เมตาเซอร์คาเรียจะสูงในช่วงเดือนกันยายนถึงกุมภาพันธ์ และมีต่ำสุดในเดือนพฤษภาคม (พิสิษฐ์ สุนทรวิฑูรย์ ,2557) การที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ ในท้องถิ่นมีปลาตะเพียนในแหล่งน้ำต่าง ๆ มาก และในช่วงก่อนหน้า เดือนกันยายนเป็นระยะที่มีฝนตก ทำให้มีแหล่งน้ำเหมาะสำหรับการเจริญแพร่พันธุ์ของหอย และ ปลาซึ่งเป็นตัวนำกลางของโรคนี้ ซึ่งในระยะนี้ เมื่อไช้ที่ออกมาจากอุจจาระของคนถูกชะล้างลงสู่ หนองน้ำต่าง ๆ ทำให้ระยะไมราซิเดียม (Miracidia) เข้าไปเจริญเติบโตในตัวหอย ซึ่งเป็นตัวนำกลางชนิดแรกและจะเจริญจนกระทั่งเป็นเซอร์คาเรีย เข้าไปสู่ตัวปลาซึ่งเป็นตัวนำกลางชนิดที่ 2 จนเจริญเป็นเมตาเซอร์คาเรียซึ่งเป็นระยะติดต่อก่อน เมตาเซอร์คาเรียในปลาจะพบมากที่บริเวณ หัว หาง และกล้ามเนื้อหางแต่จะพบจำนวนน้อยที่ครีบ กล้ามเนื้อครีบและทวารของปลา (สมาน เทศนาและคณะ 2554)

พยาธิกำเนิดและพยาธิวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา ที่เกิดจากไอสโทร์ดีสวิเวอรีนี้ เกิดเนื่องจากการ ระบาย เคืองต่อผนังของท่อน้ำดีและการอุดตันท่อน้ำดี เนื่องจากพยาธิมีการเคลื่อนไปมาอยู่ในนั้น และบางตัว ก็ไปอุดตันน้ำดีส่วนปลาย บางคนเชื่อว่าพยาธิตัวแก่จะปล่อยสารบางอย่างออกมาทำให้ เกิดการ ระบายเคืองต่อผนังของท่อน้ำดีอีกด้วย ซึ่งจะทำให้พยาธิสภาพในท่อน้ำดีเป็นมากขึ้น เซลล์บุท่อน้ำดี จะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างผิดปกติ (Hyperplasia) ทำให้ผนังท่อน้ำดีหนา ขึ้น ท่อน้ำดีจะ ตีบหรือแคบลง และเมื่อมีการอุดตันโดยตัวพยาธิ น้ำดีจะตั้งอยู่ภายในท่อน้ำดีส่วน ปลาย ทำให้ท่อน้ำดีโป่งพองเป็นแห่ง ๆ บางแห่งจะกลายเป็นซีสต์และมีท่อน้ำดีเล็ก ๆ ใหม่ ๆ เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้น้ำที่ ไหลเข้าสู่ท่อน้ำดีใหญ่ต่อไป การอักเสบของท่อน้ำดีพบบ่อยในระยะหลังๆของโรค เนื่องจากมีเชื้อ แบคทีเรียซ้ำเติม การอักเสบอาจลามไปถึงเนื้อตับทำให้เกิดตับอักเสบชนิดเป็นหนองและเกิดเป็นฝีขึ้น ได้ ในรายเป็น นาน ๆ ตับจะแข็ง และในบางรายจะกลายเป็นมะเร็งของท่อน้ำดีต่อไปได้ (สมาน เทศนา และคณะ 2554)

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยมีอาการแตกต่างกันได้มาก อาจแบ่งลักษณะอาการทางคลินิกได้เป็น 4 ประเภทคือ

1 ไม่มีอาการเลย ผู้ป่วยพวกนี้อาจจะเพิ่งเริ่มเป็นหรือมีพยาธิอยู่เป็นจำนวนน้อย ตรวจพบแต่ ไข่พยาธิในอุจจาระผู้ป่วยเท่านั้น

2 มีอาการอย่างอ่อนๆ ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย แน่นท้องจุกเสียด ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่ค่อยสบาย โดยเฉพาะบริเวณชายโครงขวาและบริเวณยอดอก ระยะนี้ ผู้ป่วยยังไม่ เหลืองและตับยังไม่โต

3 มีอาการรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยเหล่านี้มีการอักเสบของท่อน้ำดี (Cholangitis) ร่วมด้วย อาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือเป็นติดต่อเรื่อยไป ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีความรู้สึกจุก เสียด แน่นตื้อ ๆ บริเวณลิ้นปี่ ท้องอืด ท้องเดิน ผู้ป่วยอาจมีไข้ต่ำ ๆ เจ็บบริเวณตับ และลิ้นปี่ ตับอาจ โตกดเจ็บ และมีอาการเหลือง

4 มีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยพวกนี้มีอาการรุนแรงมากที่สุด และพบมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่นท่อน้ำดีอักเสบเป็น ๆ หาย ๆ หรือเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีไข้สูงปานกลาง เบื่ออาหาร มีอาการเหลือง ปานกลางจนกระทั่งเหลืองมาก ตับโต กดเจ็บ ถ้าผู้ป่วยมีตับแข็ง อาจพบว่าม้ามโตพร้อมทั้งมีอาการ และอาการแสดงต่าง ๆ ของแรงดันเลือดสูงในระบบพอร์ทัล (Portal Hypertension) ผู้ป่วยอาจมี มะเร็งของท่อน้ำดีร่วมด้วย ซึ่งจะยิ่งทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดหนักลงอีก ถ้ามีการอุดตันทางเดินน้ำดี ก็อาจพบว่าอุจจาระมีสีซีดได้

การวินิจฉัย

1. ภูมิลำเนาของผู้ป่วยและลักษณะทางคลินิก ถ้าผู้ป่วยมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีอาการเหลือง ตับโต ควรนึกถึงโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. การตรวจพบไขพยาธิในอุจจาระ เป็นการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน แต่ในรายที่เป็นมานานจนมีการอุดตันท่อน้ำดี การหาไขพยาธิในอุจจาระจะพบได้ยาก อาจต้องตรวจหาไขพยาธิโดยวิธีเข้มข้น

การรักษา

1.การรักษาทั่วไป ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงไม่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ควรรับไว้รักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนักและรุนแรง โดยการให้ผู้ป่วยได้พัก ให้อาหารอ่อนหรือย่อยง่าย มีไขมันน้อย ถ้าผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ เพราะเมื่ออาหารหรือมีคลื่นไส้ อาเจียน ก็ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ส่วนอาการอื่น เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาจให้ยาพวกช่วยย่อย ยาขับลมตามอาการนั้น ๆ ถ้าผู้ป่วยมีอาการของท่อน้ำดีอักเสบ ก็ให้ยาพวกปฏิชีวนะ เพื่อฆ่าหรือทำลายการติดเชื้อแบคทีเรีย

2.การรักษาเฉพาะ ยาปราซิควอนเทล (Preziquantel) ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ชนิดมีอาการน้อย หรือปานกลางที่ไม่มีโรคอื่นแทรกด้วย เช่น โรคตับแข็งหรือเนื้องอกร้ายในตับ ยานี้ไม่มีสีเกือบไม่มีกลิ่น รสขมเล็กน้อย ไม่ละลายน้ำ ละลายได้เล็กน้อยในแอลกอฮอล์ เมื่อใช้ยา นี้รับประทาน ยาจะถูกดูดซึมเข้าร่างกายอย่างรวดเร็ว ให้ความเข้มข้นในร่างกายสูงสุดใน 1-2 ชั่วโมง และถูกขับออกทางปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 90 ของยาจะถูกขับออกจากร่างกาย ยานี้มีฤทธิ์อำนาจทำลายตัวพยาธิใบไม้โดยตรง หลังจากให้ยานี้ได้ 1 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับยา ถ่ายจะมีพยาธิใบไม้ตับออกมาในอุจจาระเป็นจำนวนมาก ในลักษณะถูกทำลาย ขนาดยาที่ให้คือครั้ง ละ 25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 3 เวลา หลังอาหารต่อวัน หรือในรายที่ให้การรักษา แบบหมู่ (Mass treatment) ก็ให้ครั้งเดียวหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน ในขนาด 40 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ด้วยขนาดยาดังกล่าว อัตราหายเกินกว่าร้อยละ 95

ผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาคือ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเดินเล็กน้อย ห้ามใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์และในระหว่างให้นมบุตรอยู่ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้ที่แพ้ไข่เนื่องจากโรคบางอย่างห้ามรับประทานยา

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการระบาดของโรค

โรคพยาธิใบไม้ตับ พบมีอัตราติดเชื้อสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้เนื่องจากมีองค์ประกอบบางอย่างซึ่งเอื้ออำนวยให้โรคนี้อยู่องค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่

1. พฤติกรรมของประชาชน

พฤติกรรมในการถ่ายอุจจาระของชาวชนบทที่ถ่ายอุจจาระตามความเคยชิน การถ่ายตามใจชอบ เช่น หลบเข้าไปในพุ่มไม้หรือชายป่าข้างบ้าน หรือตามริมหนองน้ำ อากาศเย็นสบายและสะดวกดี ก็เลยทำตามที่เคยนิยม ซึ่งผลตามมาจะทำให้เชื้อปรสิตมีโอกาสแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นและพฤติกรรมในการกิน ความนิยมของประชาชนที่มีการกินอาหาร ดิบ ๆ หรืออาหารดิบ ๆ สุก ๆ

ตลอดจนของหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาจ่อม (ปลาต้ม) หรือก้อย ปลา มีผลทำให้โรคพยาธิใบไม้ตับ ยังคงมีระบาดอยู่ในประเทศไทย

2. สภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อมในแหล่งติดเชื่อมีหนองน้ำ ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของตัวกลาง เช่น หอย และ ปลาชนิดต่าง ๆ เป็นเหตุให้พยาธิใบไม้ตับสามารถเจริญเติบโตเพิ่มจำนวน และมีวงจรชีวิต สมบูรณ์ นอกจากนี้การเปลี่ยนสภาพสิ่งแวดล้อม เช่น การสร้างเขื่อน ฝายน้ำ เพื่อผลผลิตทางการเกษตร อาจทำให้อัตราการเป็นโรคยังคงมีอยู่หรือเพิ่มได้ ทั้งนี้เพราะเป็นการเพิ่มแหล่งน้ำทำให้ เหมาะแก่การเจริญเติบโตและแพร่พันธุ์ของตัวกลาง (หอยและปลา) โดยเฉพาะในแหล่งที่มีโรคนี้อยู่

3. สถานะภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ

ประชากรส่วนมากที่อยู่ในแหล่งระบาดของโรค ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่ใช้แรงงานธรรมชาติ ดินฟ้าอากาศไม่เอื้ออำนวย ทำให้ สภาพทางเศรษฐกิจตกต่ำ เมื่อทำงานหนัก พักผ่อนไม่พอ อาหารมีคุณค่าน้อย ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ความต้านทานต่ำ รวมทั้งการศึกษาต่ำ ทำให้ มีโอกาสติดโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น นอกจากนี้เมื่อป่วย เป็นโรคนี้อแล้วไม่ได้รับการรักษาหรือรับรู้ เรื่องอันตรายของโรคจะทำให้ไม่ไปรักษา

4. มีสัตว์กักตุนโรค

สัตว์ที่พบว่าเป็นตัวกักตุนโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ สุนัขและแมว Wykoff และคณะ (1965) พบว่า สุนัขและแมวมีอัตราการเป็นพยาธิใบไม้ตับใกล้เคียงกับคน (Wykoff et al ,1965; สมานเทศนาและคณะ 2554) และจากการสำรวจของ Bhaibulaya (1997) รายงานว่าสุนัขที่ตรวจ พบมีอัตราการมีพยาธิชนิดนี้ร้อยละ 50 ในแมว ร้อยละ 30 สุนัขส่วนมากจะเลี้ยงอยู่เกือบทุกบ้านในท้องถิ่น ชนบท ปลาสดที่จับได้บางครั้งชาวบ้าน จะนำมาทำเป็นอาหารส่วนที่เป็นเกล็ด หัวปลาและก้างจะโยนทิ้งให้สุนัขและแมวกิน ดังนั้นสัตว์ ดังกล่าวจึงเปรียบเสมือนเป็นรังเก็บโรคเพื่อแพร่กระจายมาสู่คน (Bhaibulaya et al.,1997)

การควบคุมและป้องกัน

ซึ่งการพิจารณาที่จะควบคุมและป้องกันโรค โดยใช้การรักษากลุ่ม (Mass treatment) ในทางปฏิบัติอาจทำได้ยาก ทั้งนี้เพราะราคาสูงมาก ประชาชนไม่สามารถซื้อยามากินได้ และไม่สามารถรักษาประชากรในแหล่งติดโรคได้หมด ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมการรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ การสุศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นวิธีการที่สามารถจะจัดการกับปัญหาดังกล่าวได้ โดยเฉพาะการสื่อสารสุขภาพที่มุ่งเน้นพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารปรุงไม่สุกด้วยความร้อน ที่จะส่งผลต่อการติดโรคหนองพยาธิของประชาชน ดำเนินกิจกรรมการสร้างพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรม การบริโภคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนอย่างต่อเนื่องโดย โดย

มีกิจกรรมและการสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายรูปแบบ และเหมาะสมกับกลุ่มประชาชน เป้าหมาย ในพื้นที่ เช่น การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร การสื่อสารผ่านกระบวนการทางวัฒนธรรม และการสื่อสารผ่านกระบวนการเรียนรู้ในสถานศึกษา(รุจิรา ดวงสงค์และคณะ,2550) ซึ่งการควบคุม นอกจากการให้การรักษาและให้การอบรมด้านสุขศึกษาแล้ว การปรับปรุง ทางสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การสร้างส้วมและส่งเสริมให้ประชาชนใช้ส้วมควรกระทำควบคู่กันไป นอกจากนี้การสร้างแหล่งน้ำ ขึ้นมาใหม่ ควรคำนึงถึงการป้องกันมิให้มีการแปดเปื้อนจากระยะต่าง ๆ ของพยาธิใบไม้ตับ

การกำจัดสัตว์ที่เป็นตัวกักตุนโรค เช่น สุนัขและแมว ควรกระทำด้วย หรือมีฉนวนกันไม่ให้ สุขศึกษาแก่ประชาชน ไม่ให้เลี้ยงสุนัขและแมวด้วยปลาติบ หรือเศษปลาติบ

พยาธิปากขอ (Hook worm)

พยาธิปากขอมีทั้งของคนและของสัตว์ ของคนมี 2 species คือ นิเคเตอร์ อเมริกานัส (*Necator americanus*) และแอนไซโลสโตมา ดูโอติเนล (*Ancylostoma duodenale*)โรคพยาธิปากขอ หรือ *Ancylostomiasis (Hookworm disease)* เป็นโรคพยาธิ ลำไส้เล็กซึ่งมีสาเหตุมาจากนิเคเตอร์ อเมริกานัสและแอนไซโลสโตมา ดูโอติเนล ทำให้ผู้ป่วยเสียเลือด และเกิดมีอาการต่าง ๆ ของโรคโลหิตจางเป็นอาการสำคัญ (นิมิตร มรกต,2546)

เขตปรากฏโรค

มีทั่วโลกทั้งเขตร้อนและเขตโซนร้อน ส่วนในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อในทั่วทุกภาค จากการศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆระหว่างปี พ.ศ. 2543-2561 พบรายงานความชุกของโรคพยาธิปากขอในภาคใต้อยู่ระหว่างร้อยละ 5.7-36.3 (Liabsuetrakul , et al., S,2009) ภาคเหนือร้อยละ 2.2-18.5 (Piangjai et al.,2003)ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 1.4-11.9 (Wongsaraj, 2007)และภาคกลางร้อยละ 6.7-10.2 (Suntaravitun and Dokmaikaw 2018) ทั้งนี้พบว่าภาคใต้มีความชุกของโรคพยาธิปากขอสูงกว่าภาคอื่น ๆ ของประเทศ เนื่องจากมีฝนตกเกือบทั้งปี ทำให้มีความชื้นและอุณหภูมิเหมาะแก่การเจริญเติบโตของไข่จนกระทั่งเป็นตัวอ่อนระยะติดต่อกัน (นันทวดี เนียมบุญ, 2562)

วงจรชีวิตของพยาธิ

พยาธิปากขอตัวแก่อาศัยอยู่ในลำไส้เล็กโดยเกาะติดกับเยื่อผนังลำไส้ ดูดเลือดและน้ำ เลี้ยงเนื้อเยื่อของเยื่อบุลำไส้ นิเคเตอร์ตัวเมียออกไข่วันละประมาณ 6,000-20,000 ฟอง ส่วนแอนไซโลสโตมา วันละประมาณ 25,000-35,000 ฟอง ไข่ปนออกมากับอุจจาระ ถ้าอุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะ ตัวอ่อนจะออกจากไข่ภายใน24-48 ชั่วโมง เป็นตัวอ่อนระยะที่หนึ่งเรียกว่าตัวอ่อนแรบดิตีฟอร์ม (*Rhabditiform larva*) ตัวอ่อนระยะนี้ จะลอกคราบเป็นตัวอ่อนระยะที่สองภายในประมาณ 3 วัน ตัวอ่อนระยะที่สองมีลักษณะแบบเดียวกับตัวอ่อนแรบดิตีฟอร์ม (ระยะที่หนึ่ง) แต่เจริญเติบโตใหญ่ขึ้นอีกต่อจากนั้นอีกประมาณ 3-5 วัน ก็เจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนระยะที่สาม เรียกว่าตัวอ่อนฟิลาไรฟอร์ม

(*Filariform larva*) ซึ่งเป็นระยะติดต่อก่อน (Infective stage) สามารถไปทะลุผิวหนังเข้าสู่ร่างกายคนได้ เมื่อคนเดินเท้าเปล่า พยาธิตัวอ่อนนี้ก็จะไปทะลุผิวหนังผ่านตามทางน้ำเหลือง หรือกระแสเลือดเข้าสู่หัวใจ ปอด หลอดลม คอหอย หลอดอาหาร แล้วเข้าสู่กระเพาะ อาหารและลำไส้เล็ก เจริญเติบโตเป็นตัวแก่ต่อไปในลำไส้เล็ก อนึ่งถ้ากินตัวอ่อนระยะติดต่อก่อน เช่น จากน้ำดื่มหรืออาหาร พยาธิอาจไชเข้าเยื่อหูในปาก และเข้ากระแสเลือดได้เช่นกัน (นิมิตร มรกต, 2546)

ระบาดวิทยา

ประเทศเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน พยาธิปากขอ (*Ancylostoma duodenale*) พบมากแถบยุโรปใต้ แอฟริกาเหนือ ภาคเหนือของอินเดีย จีนและญี่ปุ่น ส่วน นิเคเตอร์ อเมริกานัส (*N. americanus*) พบบริเวณแอฟริกากลางและใต้ ภาคใต้ของสหรัฐอเมริกา อเมริกากลาง อเมริกาใต้ หมู่เกาะอินเดียตะวันตก ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พม่า ไทย มาเลเซีย อินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ สามารถพบพยาธิปากขอได้ทั้งสองชนิด สำหรับประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่เป็น นิเคเตอร์พบได้ทั่วประเทศ และพบมากที่สุดทางภาคใต้ซึ่งอากาศชุ่มชื้นตลอดปี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสวนยางพารา (นันทวดี เนียมมัญญ์, 2562)

พยาธิกำเนิดและพยาธิวิทยา

พยาธิปากขอจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพ และมีความสัมพันธ์กับชนิดและจำนวนของพยาธิปากขอ ระยะเวลาที่ติดเชื้อ และตำแหน่งที่อยู่ของพยาธิระยะต่าง ๆ เริ่มจากเมื่อตัวอ่อนระยะติดต่อก่อน *N. americanus* หรือ *A. duodenale* ไช้ผ่านผิวหนัง ก่อให้เกิดลักษณะผื่นแดงและมีอาการคัน เรียกว่ากราวนด์ อิช (ground itch) แต่หากผู้ป่วยติดเชื้อ *A. braziliense* ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่พบในสัตว์ ผิวหนังจะปรากฏรอยคุดเคี้ยวยาวประมาณ 1-5 เซนติเมตรซึ่งเกิดจากการไชของตัวอ่อนพยาธิได้ ผิวหนัง เรียกว่า cutaneous larva migrans หรือ creeping eruption รอยโรคเหล่านี้มักจะเกิดที่มือและเท้าซึ่งเป็นบริเวณที่มักเกิดการติดเชื้อ และอาการจะหายไปเองเมื่อพยาธิไชเข้าสู่กระแสเลือด ภายหลังการติดเชื้อประมาณ 10 วัน ตัวอ่อนจะเดินทางไปตามเส้นเลือดฝอยในปอดก่อให้เกิดการอักเสบของปอดและหลอดลม ผู้ติดเชื้อจะมีไข้และไอเล็กน้อย ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอสิโนฟิล สูงขึ้นกว่าปกติ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปอดอักเสบเป็นเวลานานกว่า 1 เดือน(26)เมื่อตัวอ่อนพยาธิเดินทางเข้าสู่ลำไส้ จะเจริญเป็นตัวเต็มวัยก่อให้เกิดพยาธิสภาพในระบบทางเดินอาหาร โดยอาจก่อให้เกิดการรบกวนในลำไส้อย่างรุนแรง ปวดเกร็งช่องท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หรือท้องเสีย พยาธิตัวเต็มวัยจะเกาะติดกับผนังลำไส้และดูดกินเลือดตลอดเวลา ในขณะที่เกาะและดูดเลือดจะหลั่งสารป้องกันเลือดแข็งตัวชนิด factor Xa และ VIIa/TF inhibitors และ anti-platelet agents (Brooker et al., 2004) ทำให้เกิดการสูญเสียเลือดแบบเรื้อรังทั้งจากการดูดกินของตัวพยาธิและจากรอยแผลที่เกิดขึ้นเมื่อพยาธิมีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนตำแหน่งเกาะ จากการประเมินอัตราการสูญเสียเลือดเนื่องจากพยาธิปากขอ พบว่าพยาธิ *N. americanus* ทำให้เสียเลือดประมาณ 0.03

มิลลิลิตรต่อพยาธิ 1 ตัวต่อวัน ส่วนพยาธิ *A. duodenalae* ทำให้สูญเสียเลือดประมาณ 0.15 มิลลิลิตรต่อพยาธิ 1 ตัวต่อวัน การติดเชื้อจำนวนมากจึงเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency anemia) และภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ติดเชื้อพยาธิพยาธิตัวอ่อนระยะติดต่อกัน (Brooker et al., 2004)

การวินิจฉัย ซึ่งการตรวจวินิจฉัยพยาธิปากขอโดยทั่วไปเป็นการตรวจทางปรสิตวิทยา (parasitological technique) เพื่อหาไข่หรือตัวอ่อนในอุจจาระซึ่งมีทั้งการตรวจในเชิงคุณภาพ (qualitative) และการตรวจเชิงปริมาณ (quantitative) อาทิ Kato-Katz method, formalin-ethyl acetate sedimentation, Baermann technique, floatation technique (Bethony et al., 2006) และ culture technique โดยเฉพาะวิธี Kato-Katz method เป็นวิธีที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อปรสิตกลุ่ม soil-transmitted helminths ในการสำรวจทางระบาดวิทยา เนื่องจากมีข้อดีคือ สามารถทำได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว ค่าใช้จ่ายน้อย (Knopp et al., 2008)

การป้องกัน

การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิปากขอและพยาธิตัวกลมอื่น ๆ ที่ติดต่อด้านดิน ซึ่งป้องกันและควบคุมได้ยาก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ประชากรมีความยากจน และขาดสุขลักษณะที่ดี จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อแพร่กระจายได้ง่าย แนวทางการควบคุมป้องกันโรคพยาธิปากขอที่สำคัญได้แก่

1. แนวทางการให้การศึกษาแก่ชุมชนเกี่ยวกับความสำคัญของโรคพยาธิ วิธีการติดต่อเข้าสู่ร่างกาย การรักษาสุขอนามัย เช่น การถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการเจริญเติบโตของตัวอ่อน การสวมรองเท้าเมื่อต้องออกไปทำงานหรือเดินในที่ชื้นแฉะเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสตัวอ่อนระยะติดต่อกันของพยาธิที่อาศัยอยู่ตามพื้นดิน ทั้งนี้ได้มีการศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิ ได้แก่ ลักษณะและพฤติกรรมการใช้ส้วมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การไม่สวมรองเท้าขณะออกนอกบ้าน การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ลักษณะแหล่งน้ำอุปโภค บริโภคที่ไม่สะอาด (Jiraanankul et al., 2011) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิในด้านต่าง ๆ จะทำให้ประชากรสามารถป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้ปราศจากโรคพยาธิ ทำให้มาตรการการป้องกันควบคุมได้ผลในระยะยาว

2. แนวทางการให้ยาถ่ายพยาธิแก่ชุมชนที่มีการระบาดของโรค (chemotherapy) วิธีนี้มีต้นทุนต่ำและได้ผลดีในการรักษาผู้ติดเชื้อและลดการแพร่กระจายของพยาธิไปสู่สิ่งแวดล้อม โดยยาที่ใช้เป็นยาในกลุ่ม เบนซิมิดาโซล ได้แก่ ยาอัลเบนดาโซล มีเบนดาโซล ไพแรนเทลปาโมเอต และเลวามิโซล ซึ่งโดยทั่วไปนิยมใช้ยาอัลเบนดาโซลและมีเบนดาโซลเป็นหลัก เนื่องจากเป็นยาที่รับประทาน

เพียงครั้งเดียวและไม่ต้องคำนวณขนาดยาจากน้ำหนักของผู้ได้รับยา ทั้งนี้ได้มีการกำหนดเป้าหมายในระดับโลกให้มีการให้ยาถ่ายพยาธิในกลุ่มเด็กวัยเรียนให้ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 75 โดยเฉพาะในพื้นที่ระบาด เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิและให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น (Brooker et al., 2004) รวมถึงเป็นการลดการเกิดพยาธิสภาพและผลกระทบจากโรคพยาธิ อาทิ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการทางร่างกาย และสมอง (Bethony et al, 2006) อย่างไรก็ตามการป้องกันควบคุมด้วยวิธีนี้ต้องคำนึงถึงปัญหาการดื้อยาซึ่งมีโอกาสเกิดได้มากขึ้น

3. การควบคุมป้องกันโรคพยาธิในสัตว์เลี้ยง โดยเฉพาะสัตว์เลี้ยงประเภทสุนัขและแมว ซึ่งอาศัยใกล้ชิดกับคนและสามารถติดเชื้อพยาธิต่าง ๆ ได้ง่าย จึงควรมีการถ่ายพยาธิในสัตว์เลี้ยงอย่างสม่ำเสมอ เก็บทำลายอุจจาระของสัตว์อย่างถูกวิธี หมั่นดูแลทำความสะอาดและแยกที่อยู่อาศัยอย่างเป็นสัดส่วนเพื่อป้องกันโรคพยาธิที่ติดต่อจากสัตว์ (Bowman et al., 2010)

4. การให้วัคซีน เนื่องจากปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของการติดเชื้อพยาธิปากขอคือ การติดเชื้อซ้ำภายหลังการรักษา จึงเริ่มมีการคิดค้นวัคซีนป้องกันเชื้อ *N. americanus* ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิปากขอส่วนใหญ่ เพื่อใช้เป็นทางเลือกในการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยนำโปรตีนที่มีบทบาทสำคัญมาใช้ในการผลิตวัคซีน ได้แก่ Ancylostoma secreted protein (ASP) ASP-1ASP-2, *N.americanus* glutathione-S-transferase (Na-GST) -1 recombinant antigen และ *N. americanus* aspartic protease (Na-APR) - 1 recombinant antigen (Bethony et al.,2006) การพัฒนาวัคซีนมีเป้าหมายหลักเพื่อกระตุ้น anti-enzyme antibody ซึ่งจะมีผลให้จำนวนพยาธิในระบบทางเดินอาหารลดลง สูญเสียเลือดน้อยลง ส่งผลทำให้การเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะ iron deficiency anemia การใช้วัคซีนนี้ซึ่งคาดว่าจะมีความจำเป็นมากในพื้นที่ระบาดต่าง ๆ ซึ่งมีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ได้แก่ แอฟริกา เอเชีย และลาตินอเมริกา ซึ่งขณะนี้ได้เริ่มมีการทดสอบวัคซีนระยะแรกแล้วในประเทศสหรัฐอเมริกา และบราซิล (Hotez et al.,2013)

พยาธิตืดหมู (Pork tape worm)

โรคพยาธิตืดหมู (*Taeniasis solium*, *Pork tapeworm infection* หรือ *Taenia solium* infection) เป็นโรคพยาธิที่เกิดจากพยาธิตืดหมู ทั้งนี้เพราะหมูเป็นโฮสต์กลาง (Intermediate host.) ตัวสำคัญที่มีระยะติดต่ออันตรายของพยาธินี้ พยาธิตืดหมูทำให้เกิดโรค ในคนได้ 2 อย่าง อย่างที่หนึ่งได้แก่ การที่มีตัวแก่ของพยาธิตืดหมูเข้าไปอาศัยอยู่ในลำไส้ โดยที่ คนเป็นโฮสต์เฉพาะ (Definitive host) อย่างที่สองได้แก่ การที่มีพยาธิตัวอ่อนเข้าไปฝังตัว และมีถุงหุ้มรอบเป็นซิสต์ในเนื้อเยื่อของคน เรียกว่าซิสต์เซอรัสเซลล์ูลอส (Cysticercus cellulosae) ในกรณีนี้คนเป็นโฮสต์กลาง (ชโลบล วงศ์ สวัสดิ์.2554)

วงจรชีวิตของพยาธิตัวแอก พยาธิตัวแอกอาศัยอยู่ในลำไส้เล็กของคน ปล้องแก่ของพยาธิตัวแอกจะหลุดปนออกมากับอุจจาระ หรือไซออกมากทางทวารหนัก ในแต่ละปล้องมีไข่ประมาณ 1,000 ฟองเมื่อปล้องแตกไข่จะกระจายปนเปื้อนบนพื้นดินหรือหญ้า ถ้าปล้องแตกในลำไส้ใหญ่ ไข่จะปนออกมากับอุจจาระได้ ภายในไข่มีตัวอ่อนระยะติดต่อ เรียกว่า Oncosphere เมื่อหมูหรือวัวกินไข่พยาธิตัวแอกหรือปล้องแก่ของพยาธิตัวแอกเข้าไป พยาธิตัวอ่อนจะอาศัยอยู่ที่กล้ามเนื้อทั้งร่างกายของหมูหรือวัวโดยจะมีถุงหุ้มรอบขนาดประมาณ 0.5x0.8 ซม. ภายในมีน้ำมีลักษณะคล้ายเม็ดสาหร่าย เราจึงเรียกว่าหมูสาหร่าย (Cysticercus cellulosae) และเนื้อสาหร่าย (Cysticercus bovis) ภายในถุงนั้นคือพยาธิตัวอ่อนระยะ Cysticercus ซึ่งเป็นระยะติดต่อ สู้คน ถ้าคนกินเนื้อหมูหรือเนื้อวัวสุก ๆ ดิบ ๆ พยาธิตัวอ่อน (Cysticercus) จะออกจากถุง เจริญไปเป็นตัวแอกโดยใช้หัว (Scolex) เกาะติดอยู่กับผนังลำไส้เล็ก ถ้าคนกินไข่พยาธิตัวแอกติดหมูโดยบังเอิญ เช่น กินผักสดที่ใช้อุจจาระเป็นปุ๋ย และมีไข่พยาธิตัวแอกปนเปื้อนอยู่ พยาธิตัวอ่อน (Oncosphere) จะออกมาจากไข่ แล้วไปทะลุผนังลำไส้เข้าสู่กระแสเลือดกระจาย ไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ตัวอ่อนจะเจริญและมีถุงหุ้มเป็น Cysticercus cellulosae เช่นเดียวกับ ที่เกิดในหมู ครั้งแรกจะเป็นถุงน้ำ ต่อมาจะเกิดพังผืดหุ้มรอบตัว นานเข้าจะมีหินปูนมาจับเห็นได้ ในเอกซเรย์เป็น Calcified cyst ขนาด 0.5-2.5 ซม. ทั่วร่างกาย การเกิดโรคที่มีถุง Cysticercus cellulosae ในคนนี้เรียกว่า Cysticercosis พบได้แต่เฉพาะในสัตว์ที่กินเนื้อหมูเท่านั้น ยังไม่เคยมีรายงานว่าเกิดจากสัตว์อื่นเลย

การเกิดโรค Cysticercosis อาจเกิดได้อีกวิธีหนึ่ง โดยคนที่มีพยาธิตัวแอกในลำไส้อยู่ ก่อนแล้วเกิดอาการขึ้นของพยาธิตัวแอกนี้ขึ้นมาถึงกระเพาะอาหาร น้ำย่อยในกระเพาะ จะย่อยปล้องแก่ของพยาธิตัวแอก ทำให้ไข่กระจายออกมาและพยาธิตัวอ่อน (Oncosphere) จะไปทะลุผนังลำไส้ได้ เช่นเดียวกับการกินไข่พยาธิตัวแอก การติดโรคเช่นนี้เรียกว่า autoinfection ซึ่งมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาถ่ายพยาธิตัวแอกถ้าหากเกิดการอาเจียนแล้ว จะทำให้เกิด Cysticercosis ตามมาได้ การเกิด Autoinfection อาจเกิดขึ้นในคนที่มีพยาธิตัวแอกในลำไส้ และไม่ระมัดระวังในเรื่องความสะอาด ไข่พยาธิตัวแอกติดกับมือแล้วบังเอิญกินเข้าไปได้ เช่นกัน ระยะเวลาตั้งแต่หมูหรือวัวกินไข่ที่มีพยาธิตัวอ่อน (Oncosphere) เข้าไปจนเจริญเป็นเม็ดสาหร่ายซึ่งเป็นระยะติดต่อ (Cysticercus) ในเนื้อหมูหรือเนื้อวัว ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ส่วนระยะเวลาตั้งแต่คนกินหมูสาหร่ายหรือเนื้อสาหร่าย ซึ่งมีพยาธิตัวอ่อนระยะติดต่อจนเกิดเป็นตัวแอกในลำไส้ใช้เวลา 3 เดือน พยาธิตัวแอกมีชีวิตในคนนานถึง 20-25 ปี และอาจมีความยาวถึง 7-12 เมตรได้ (ชโลบล วงศ์สวัสดิ์.2554)

การวินิจฉัย

1. การตรวจพบไข่พยาธิตัวแอก ไข่ของพยาธิตัวแอกและตัวพยาธิตัวแอกมีลักษณะเหมือนกันมาก เพราะฉะนั้นการแยกชนิดจึงแนะนำให้ตรวจปล้องของพยาธิตัวแอก
2. พบปล้องของพยาธิตัวแอกหลุดปนมากับอุจจาระ

การรักษา

ยาถ่ายพยาธิที่ใช้ได้ผลคือ

1.นิโคลซามายด์, โยเมซาน (Niclosamide, Yomesan) มีฤทธิ์ฆ่าพยาธิตัวตืด ยาทำเป็นเม็ดขนาดเม็ดละ 0.5 กรัม ขนาดยาที่ใช้ 2 กรัม (4 เม็ด) เคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน อาจ ใช้น้ำถ่าย เช่นดีเกลืออิ่มตัว (Saturated magnesium Sulphate) 30 มิลลิลิตร หลัง รับประทานยาถ่ายพยาธิแล้ว 2 ชั่วโมง หรือจะไม่ให้ยาถ่ายก็ได้ เมื่อให้ยาถ่ายพบว่าพยาธิจะถูก ขับออกมา แต่ถ้าไม่ให้ยาถ่ายเพื่อขับพยาธิที่ตายออกมา พยาธิที่ตายแล้วจะถูกย่อยละลายไป

2.มีเบนดาโซล, ฟูกาดาร์ (Mebendazole, Fugacar) เป็นยาเม็ดขนาดเม็ดละ 100 มิลลิกรัม ขนาดยาที่ให้มีการทดลองใช้กันหลายขนาด แต่ที่ได้ผลดีในการรักษาคืออัตราหายสูงถึงร้อยละ 90 ใช้ขนาด 200 มิลลิกรัม ให้เช้าและเย็นติดต่อกันนาน 4 วันโดยเคี้ยวหรือกลืนก็ได้มีผู้ทดลองใช้ยานี้ขนาด 200 มิลลิกรัม ให้เช้าและเย็นติดต่อกันนาน 3 วัน พบว่าผลของการรักษา มีอัตราหายสูงเพียงร้อยละ 80 เท่านั้น

3. ไดคลอโรเฟน, แอนติเฟน (Dichlorophen, Antiphen) ยาทำเป็นเม็ด ขนาด เม็ดละ 0.5 กรัม ขนาดยาในผู้ใหญ่ให้ 6 กรัม ครั้งเดียวก่อนอาหารเช้า มีแพทย์บางคนให้ยา 2 วันติดกัน ยานี้มีฤทธิ์ฆ่าพยาธิตัวตืดเช่นเดียวกับนิโคลซามายด์ ถ้าไม่ให้ยาถ่ายขับพยาธิออกมา พยาธิก็จะถูกย่อยละลายไป ยานี้มีฤทธิ์เป็นยาระบายอ่อน ๆ อีกอย่างหนึ่งดังนั้นผู้ป่วยจะมีการ ถ่ายท้องอุจจาระเหลว ๆ 2-3 ครั้ง ผลแทรกซ้อนของยานี้มีคลื่นไส้ ปวดท้องแบบโคลิด ท้องเดิน และอาจทำให้เกิดฮีซ่านได้ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ

4.บวกดาด เป็นสมุนไพรของไทยทำมาจากเปลือกไม้ มีมากทางภาคเหนือของประเทศ ไทย สมัยนี้ใช้กันน้อยเพราะมียาอื่นมาแทน ขนาด 5 กรัม ละลายในน้ำเย็นให้รับประทานตอนเช้า มีดสองชั่วโมงต่อมาจึงให้รับประทานยาถ่าย

สรุป การใช้ยาถ่ายพยาธิตัวตืดดังกล่าวแล้ว มีข้อควรระมัดระวังก็คือการเกิดซิสติคเซอโคสิส (Cysticercosis) ของพยาธิตืดหมู ส่วนพยาธิตืดวัวไม่มีปัญหาแต่อย่างใด เพราะซิสติ เซอร์คัสโบวิส (Cysticercus bovis) ยังไม่เคยปรากฏในคน

พยาธิตืดวัว (Beef tape worm)

โรคพยาธิตืดวัว (*Taeniasis Saginata* ,Beef tapeworm infection หรือ *Taenia saginata infection*) เป็นโรคพยาธิที่เกิดจากพยาธิตืดวัว เพราะวัวควาย เป็นโฮสต์กลางที่สำคัญ (สัตว์อื่นก็เป็นได้บ้างแต่มีจำนวนน้อย) ซึ่งมีระยะติดต่อของพยาธินี้ พยาธิตืดวัว ทำให้เกิดโรคในคนก็โดยที่มีตัวแก่ของพยาธินี้เข้าไปอาศัยในลำไส้คน และยังไม่ปรากฏว่ามีพยาธิ ตัวอ่อนเข้าไปฝังตัวและมีถุงหุ้มรอบเป็นซิสต์ในเนื้อเยื่อของคน อันนี้เป็นข้อที่แตกต่างระหว่างพยาธิ ตืดวัวกับตืดหมูในการที่จะทำให้เกิดโรคได้ในคน (ซโบล วงศ์สวัสดิ์.2554)

วงจรชีวิตของพยาธิ

วงจรชีวิตของพยาธิตืดวัวดำเนินไปเช่นเดียวกับพยาธิตืดหมู ดังได้กล่าวไว้แล้ว มีข้อแตกต่างกันบ้างก็เพียงเล็กน้อยคือ พยาธิตืดวัวมีวัวควายเป็นโฮสต์กลาง และชีสต์ในเนื้อวัวควาย เรียกว่า ซิติเซอร์คัส โบวิส คนจะต้องรับประทานเนื้อวัวควายดิบหรือสุกๆดิบๆที่มีชีสต์เหล่านี้ จึงจะเป็นโรค (ชโลบล วงศ์สวัสดิ์.2554)

ลักษณะทางคลินิกและพยาธีกำเนิด

อาการและอาการแสดงตลอดถึงพยาธีกำเนิดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิตืดวัว โดยมีตัวแก่อาศัยอยู่ในลำไส้ชั้นนี้คล้ายคลึงกับโรคพยาธิตืดหมู ดังได้กล่าวไว้แล้วทุกประการมีรายงานว่า เคยพบผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการแบบไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เนื่องจากการอุดตันของไส้ติ่งโดยปล้องพยาธิตัวโต แล้วต่อมาเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม ส่วนชีสต์ซีเซอร์คัสโบวิสในคนยังไม่เคยปรากฏ

การวินิจฉัย

เช่นเดียวกับโรคพยาธิตืดหมู

การรักษา

ยาถ่ายพยาธิตลอดถึงวิธีการใช้ยาเหมือนกับในโรคพยาธิตืดหมูทุกประการ องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้โรค *Taeniasis* และ *Cysticercosis* มีอยู่

โรคพยาธิตืดหมู และตืดวัวที่พบอยู่ในประเทศไทย

1. อุปนิสัยในการรับประทานอาหารของคนซึ่งยังนิยมกินเนื้อสัตว์ดิบ ๆ ถูก ๆ หรือดิบ เช่น ลาบ น้ำตก เนื้อและหมูปิ้งไม่สุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบมีอัตราการเกิดโรคพยาธิตืดทั้งสองนี้มาก
2. การสุขาภิบาลการสิ่งแวดล้อมไม่ดีพอ ซึ่งรวมถึงไม่มีส้วม ประชาชนไม่ใช้ส้วม เนื่องจากความไม่สะดวก เมื่อต้องออกไปทำงานในท้องนาในตอนเช้าตรู่ จึงต้องไปถ่ายไว้ตามทุ่งนา ตามสวน และความเคยชินกับการไม่ได้ใช้ส้วม ทำให้ไข่พยาธิตืดนี้ปะปนอยู่ในท้องทุ่งหญ้าที่วัวควาย หรือสุกรมากิน จะเห็นว่าคนอินทรีไม่ค่อยเป็นพยาธิตืดวัวและคนมุสลิมไม่เป็นพยาธิตืดหมู และ *Cysticercosis* ด้วย
3. การเลี้ยงสุกรปล่อยให้หากินเอง เมื่อคนที่มีพยาธินี้ออกมาที่บ่อจางระไปถ่ายไว้ สุกร มากินจางระ จึงได้รับการติดโรคเป็นพยาธิเม็ดสาครในสุกร และในวัวควายเกิดเช่นเดียวกันได้ แต่ในคนไทยส่วนมากนับถือศาสนาพุทธไม่เลือกอาหารเนื้อสัตว์ จึงเป็นพยาธิตัวโตทั้งสองชนิด

การควบคุมและป้องกัน

การควบคุมและป้องกันโรคพยาธิตืดหมูและตืดวัว (*Taeniasis* และ *Cysticercosis*) จะต้องทำเป็นโครงการใหญ่ ครอบคลุมประชากรทั้งหมดในแหล่งที่มีโรคระบาด ซึ่งจะต้องประกอบด้วยมาตรการ ดังนี้ คือ

1. การสำรวจผู้ป่วยโรคพยาธิตืดทั้งสองชนิด ทาระยะตัวแก่ แล้วให้การรักษาโดย เฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยด้วยพยาธิตืดหมู จะต้องให้การรักษาทันที เพื่อป้องกันการเกิด Auto infection ซึ่งจะ ทำให้เกิด *Cysticercosis* ตามมาได้

2. ให้สุศึกษาแก่ประชาชนในเขตที่มีโรคเกี่ยวกับการติดต่อ การควบคุมและป้องกันการ ติดโรคพยาธิ

3. โรงฆ่าสัตว์ควรได้ทำการตรวจซาก สุนัข และโค กระบือ สม่่าเสมอ และเมื่อพบว่า มี พยาธิต้องทำลายทิ้งโดยใช้ความเย็น -20 องศาเซลเซียส นาน 10 วัน จะทำให้พยาธิเม็ดสาครุ ในเนื้อ สุนัข และโค กระบือ ตายหมด

4. แนะนำให้ประชาชนเลี้ยงสุกรขังคอก ถึงแม้จะเลี้ยงจำนวนน้อยก็ตาม โคกระบือก็ควร ปล่อยเลี้ยงในทุ่งหญ้าที่ไม่มีอุจจาระของคนไปถึงได้

5. การถ่ายอุจจาระของประชาชน ต้องถ่ายลงส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาลและอย่าใช้อุจจาระ เป็นปุ๋ย ถ้าจะใช้ต้องหมักทิ้งไว้อย่างน้อยหนึ่งเดือน ไข่พยาธิต่าง ๆ จะไม่สามารถเจริญต่อไปได้อีก

6. เนื้อสุกร และโค กระบือ ต้องปรุงให้สุก ไม่รับประทานดิบ ๆ สุก ๆ หรือดิบ ๆ ใน แหนม พยาธิเม็ดสาครุในเนื้อหมูอยู่ได้ 12-18 ชั่วโมง ภายหลังการทำแล้วมีอุณหภูมิห้อง (27-30 ซ) แต่ถ้าเก็บ แหนมไว้ในตู้เย็นที่ 4 ซ พยาธิเม็ดสาครุจะตายหมดใน 96 ชั่วโมง ดังนั้นแหนมที่ทำเสร็จ แล้วถ้าเก็บไว้ใน อุณหภูมิห้อง ต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 2 วัน จึงจะปลอดภัย และสาเหตุการตาย เกิดจากเกลือแกงที่ ใช้ทำแหนม ซึ่งทำให้ตัวอ่อนพยาธิตายในเวลาใกล้เคียงกันกับส่วนประกอบของ แหนมทุกชนิดรวมกัน ส่วนกระเทียมอย่างเดียวที่อุณหภูมิห้อง จะไปหยุดยั้งการเจริญของแบคทีเรีย ทำให้ตัวอ่อนพยาธิมี ชีวิตอยู่ได้ถึง 96 ชั่วโมงถ้าใช้ความร้อนในการปรุงเนื้อ

2.3.3. ปัจจัยส่งเสริมให้มีการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุ

2.3.3.1 ปัจจัยด้านสุขอนามัยและพฤติกรรมกรบริโภค ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ โรคพยาธิ บริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบปลาดิบ ลาบเนื้อดิบ ปราร้าดิบ ผักที่ล้างไม่สะอาดซึ่งอาจ มีไข่พยาธิติดมาด้วย พฤติกรรมกรขับถ่ายที่ไม่ขับถ่ายลงส้วม ทำให้เกิดการแพร่กระจายของระยะ ติดต่อของพยาธิหรือการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การไม่สวมรองเท้า สุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้าง มือก่อนหยิบอาหารเข้าปาก ฯลฯ จึงทำให้สามารถติดเชื้อรวมถึงเป็นตัวแพร่กระจายเชื้อโรคได้ (สุภา ภรณ์ วรณภิญโญชีพและคณะ, 2560) การไม่ล้างมือก่อนและหลังขับถ่ายและก่อนรับประทาน อาหาร การรับประทานไม่ล้างผักสดก่อนรับประทาน เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิไส้เดือนและการ บริโภคปลาดิบโดยเฉพาะปลาเกล็ดขาวมีโอกาสติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในอัตราที่สูง (วรุช นาคอ้าย, 2563;สุภาภรณ์ วรณภิญโญชีพและคณะ,2560;จำลอง แก้วพิทยานนท์,2558) ส่วนในต่างประเทศ พบการดื่มน้ำไม่สะอาดในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อหนอนพยาธิมากกว่า 3 ชนิด (Ahmadiara et al., 2017)

2.3.3.2 พฤติกรรมการขับถ่าย ซึ่งการสำรวจพฤติกรรมที่ไม่ล้างมือก่อนและหลังใช้ห้องน้ำของคนงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานในจังหวัดสมุทรปราการพบว่ามีความเชื่อหนอนพยาธิในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่ล้างมืออย่างสม่ำเสมอ (สุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพ และคณะ, 2560). ส่วนการศึกษาในประเทศบราซิลที่ศึกษาในสถานดูแลผู้สูงอายุพบว่าการใช้ห้องน้ำที่ไม่สะอาดและมีสิ่งแวดล้อมที่มีน้ำขัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อพยาธิมากกว่า 3 ชนิด (Ahmadiara et al., 2017 ;จำลอง แก้วพิทยานนท์, 2558).

2.3.3.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิศาสตร์ Schär และคณะ (2013) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม วารสารในฐานข้อมูล PubMed สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ระหว่างมกราคม 1989 และตุลาคม 2011. การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของการติดเชื้อรวมอยู่ด้วย การวิเคราะห์ meta-analysis จำนวน 345งานวิจัย แบ่งเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างในชุมชน 194 (62.4%) โรงพยาบาล, 121 (34.2%) และศูนย์ผู้ลี้ภัยและผู้อพยพ 39 (11.0%) พบการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ *S.stercoralis*. มีการความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อเอชไอวีและโรคพิษสุราเรื้อรังและ *S.stercoralis* (OR: 2.17 BCI: 1.18 – 4.01; หรือ: 6.69; : 1.47 – 33.8) ตามลำดับ และพบความชุกของการติดเชื้อสูงในประเทศบราซิลคล้ายคลึงกับประเทศไทยเนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์และอุณหภูมิอยู่ในเขตร้อนชื้นและมีอุณหภูมิเหมาะสมและประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อได้แก่กลุ่ม ภูมิคุ้มกันต่ำเช่น ผู้ป่วย HIV ติดสุรา ผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง อายุ และการติดเชื้อจะเริ่มจากวัยเด็กและเมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ก็จะมีอาการของการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นภูมิศาสตร์ (Schär et al., 2013) ส่วนในประเทศไทยจะพบอัตราชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าประชาชนในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย (จำลอง แก้วพิทยานนท์, 2558)

2.3.3.4 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิโดยกาญจนา ฮามสมพันธ์ (2559) ; เพ็ญภา คงศิลาและคณะ (2559); พลอยไพลิน ทับทิมและรุจิรา ดวงสงค์. (2557)และนิตยา ศรีวิชาและณิตชาธร ภาโนมัย. (2557) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังการทดลองปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) (กาญจนา ฮามสมพันธ์, 2559 ; เพ็ญภา คงศิลาและคณะ, 2559; พลอยไพลิน ทับทิมและรุจิรา ดวงสงค์ , 2557 ;นิตยา ศรีวิชาและณิตชาธร ภาโนมัย. 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาดา เรียมริมมะตัน (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มแรงงานในจังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 400 คนพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยมี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.33$, $p\text{-value}<0.05$) และปัจจัยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ญาตา เรียมริมมะตัน, 2561)

2.3.3.5 ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ จากการศึกษาของ Khieu และคณะ (2014)การศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิสตรองจิริรอยต์ใน Takeo Province ในประเทศกัมพูชาในปี 2014 พบว่าเพศชายมีอัตราการติดเชื้อมากกว่าเพศหญิงเพราะกลุ่มนี้เป็นกลุ่มหลักที่ต้องประกอบอาชีพเกษตรกรรมโดยไม่สวมรองเท้าเป็นส่วนใหญ่โดยจะพบความชุกของการติดเชื้อพยาธิสูงขึ้นในประชาชนที่มีอายุมากขึ้นเช่นในกลุ่มเด็ก ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 14.5 และพบการติดเชื้อร้อยละ 28.0 ในประชาชนอายุ 50-60 ปี การติดเชื้อเกิดตั้งแต่วัยเด็กจากการไม่สวมใส่รองเท้าและมีการติดเชื้อเมื่ออายุมากขึ้นยังมีการสะสมของการติดเชื้อพยาธิมากขึ้น ซึ่งการติดเชื้อพยาธิมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ Laoraksawong และคณะ (2017) ได้ศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิสตรองจิริรอยต์และพยาธิลำไส้ ปี ค.ศ. 2016-2017 ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นพบว่าเพศชายมีอัตราการติดเชื้อ *S. stercoralis* มากกว่าเพศหญิง ($P\text{-value} < 0.001$). เพศชายมีแนวโน้มที่จะติดเชื้อ *O. viverini* และอื่น ๆ สูงกว่าเพศหญิง (AOR 4.1; 95% CI: 2.3ถึง7.2, $P\text{-value} < 0.001$) (Laoraksawong et al., 2017) และเกษตร ปะที (2559) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคหนอนพยาธิของประชาชนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่านพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล คือเพศชาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p = 0.023$) (เกษตร ปะที, 2559) ในประเทศลาวได้มีการศึกษาการติดเชื้อสตรองจิริรอยต์โดย Pdr และคณะ (2017 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,168 คน ความชุกของ *S. stercoralis* และการติดเชื้อ *hookworm* เป็น 44.2%, 17.1% ตามลำดับ. ตรวจพบการติดเชื้อร่วมใน *S. stercoralis* และ *hookworm* เป็น 13.2% การติดเชื้อระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ($P = 0.193$) (Pdr et al., 2017) อย่างไรก็ตามความชุกของ *S. stercoralis* ซึ่งแนวโน้มการติดเชื้อ *S. stercoralis* เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญกับอายุ ($P = 0.041$) ส่วนอาชีพเกษตรกรรม ($P = 0.001$) และเดินเท้าเปล่าเมื่อไปนอกบ้าน ($P = 0.003$) มีความสัมพันธ์ที่สำคัญกับการติดเชื้อ *S. stercoralis*. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เกษตร ปะที, 2559) ส่วนในกลุ่มนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มของการติดเชื้อหนอนพยาธิค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มประชาชนกลุ่มอื่น ๆ โดย ธนเดช สัจจวัฒนา (2558) ได้ศึกษาการระบาดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิของนักเรียนในโรงเรียน สังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 21 ประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศ ภูมิศาสตร์วิเคราะห์ลักษณะการกระจายเชิงพื้นที่ ในโรงเรียน จำนวน 8 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงกรกฎาคม 2558 โดย ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิด้วยวิธี Modified Kato-Katz technique และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบการติด

เชื้อหนองพยาธิจำนวน 72 คนจากตัวอย่างอุจจาระที่รวบรวมได้ 871 คน คิดเป็นร้อยละ 8.27 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการติดเชื้อโรคพยาธิปากขอร้อยละ 51.39 พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 25.00 พยาธิ ใบไม้ตับขนาดกลางร้อยละ 12.50 พยาธิเส้นม้าร้อยละ 5.56 พยาธิเข็มหมุดร้อยละ 2.78 พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 1.39 และยังพบว่าการติดเชื้อหนองพยาธิ 2 ชนิดในคนคนเดียว (พยาธิปากขอและพยาธิใบไม้ตับ) ร้อยละ 1.39 และพบพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อหนองพยาธิ คือ สุขาภิบาลไม่ดีพอ และการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการมีพยาธิ เช่น อาหารสุกๆดิบๆ (ชนเดช สัจจวัฒนา, 2558)

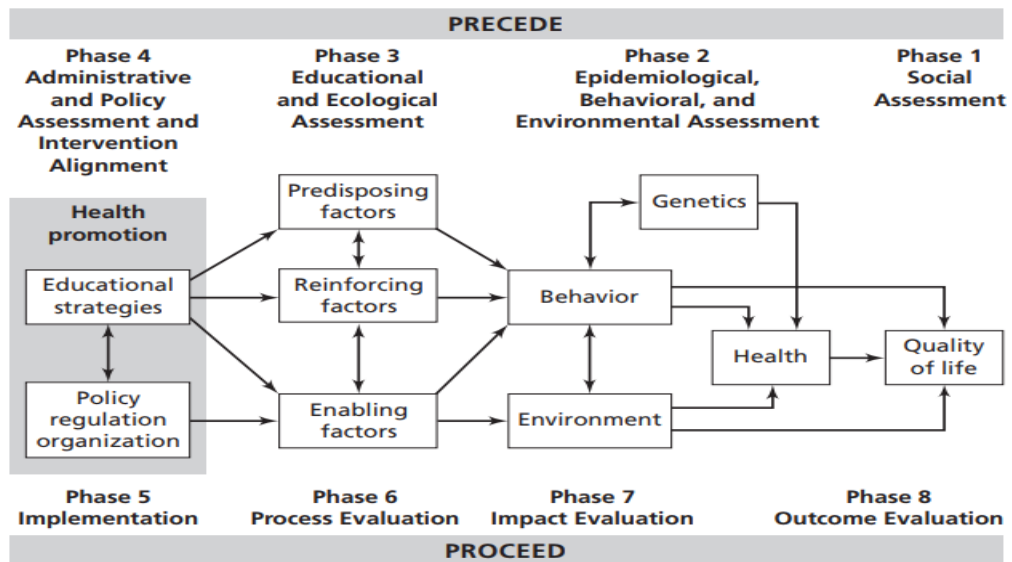
จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับลักษณะของพยาธิ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหนองพยาธิ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในการติดเชื้อหนองพยาธิในประชาชน ได้แก่ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ซึ่งผู้วิจัยจึงนำเอาปัจจัยเหล่านี้มาเป็นข้อคำถามเพื่อหาความสัมพันธ์ในการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดศรีสะเกษ ต่อไป

2.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย

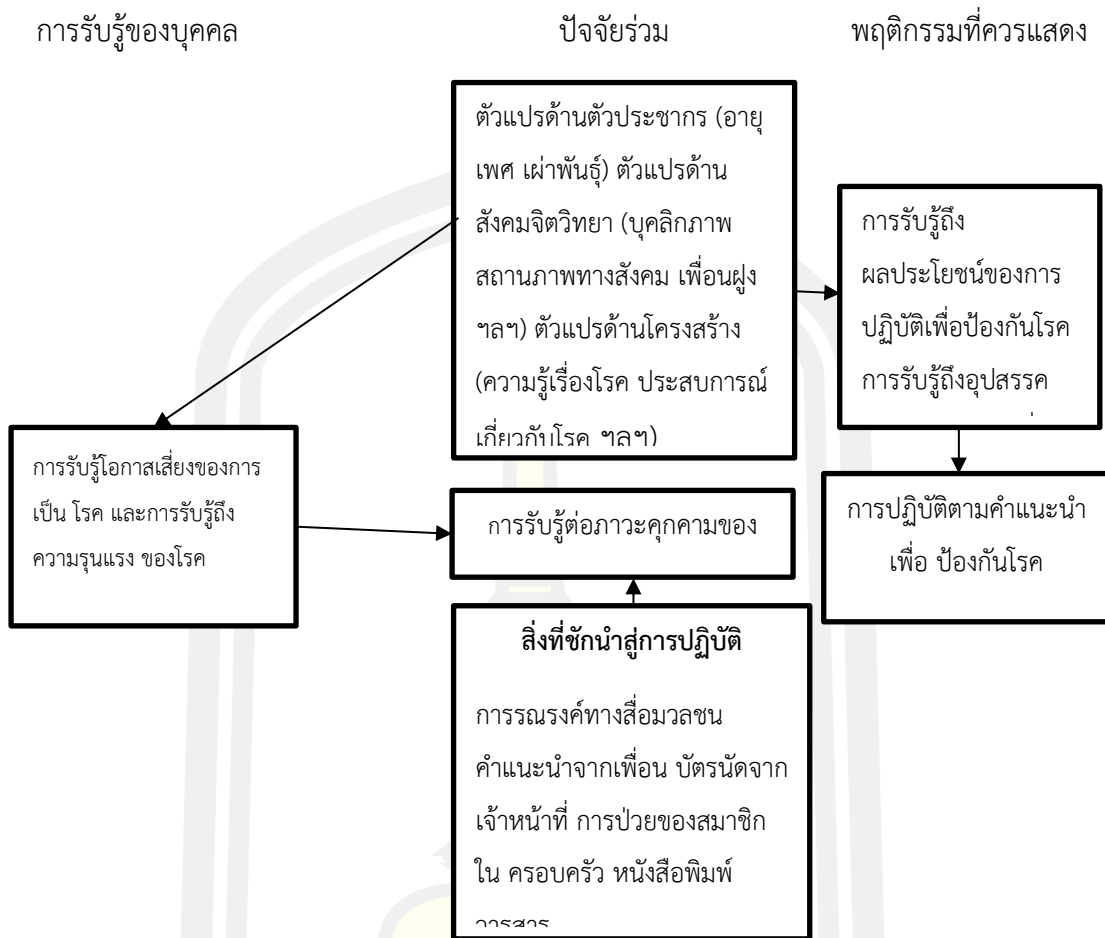
จากการศึกษาหลักด้านระบาดพบว่าเกิดการเกิดโรคหนองพยาธิจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ Host Agent และ Environment ดังนั้นเพื่อลดการแพร่กระจายของโรคหนองพยาธิ จึงต้องมีการจัดการกับปัจจัยทั้ง 3 ด้านจะทำให้อัตราการติดเชื้อโรคหนองพยาธิลดลง แต่อย่างไรก็ตามเป็นเรื่องยากในการกำจัดเชื้อโรค (Agent) ที่มีอยู่ในทั่วภูมิภาคทั้งในดินและน้ำ(Environment) ซึ่งต้องสูญเสียงบประมาณสูง แต่การจัดการกับคน (Host) จะประหยัดและยั่งยืนกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้คนเกิดพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคซึ่งได้แก่ ศึกษาทฤษฎีปัจจัยเอื้อ นำ เสริม PRECEDE Framework ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ Health belief model (Becker,1975) ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม มาใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

2.4.1 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ แนวคิด PRECEDE Framework แนวคิดนี้เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหมายถึง กระบวนการที่นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มาใช้ในการวิเคราะห์ วางแผน และประเมินผลทางพฤติกรรม มีแนวคิดมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกหนึ่งๆ ต้องมีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยรวมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของตัวบุคคลซึ่งเป้าประสงค์หลักของ PRECEDE Model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์มากกว่าปัจจัยนำเข้า เหมือนกับการศึกษาย้อนกลับไปหาเหตุเพื่อหาปัจจัย ดังนั้นจึงเป็นการผลักดันให้ผู้วิจัยต้องวางแผนและพิจารณาผลลัพธ์หรือประเด็นปัญหาก่อนวิเคราะห์ปัจจัยหรือสาเหตุที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลให้เกิดปัญหานั้น ๆ :ซึ่งจะนำมาวางแผนต่ออีกใน 2 ประเด็นที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วม เช่น ผู้มีส่วนได้

ส่วนเสีย (Stake holders) และ บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่าง ๆ และสภาพสังคม ตามกรอบแนวคิดที่นำเสนอนี้



พหุ มปัญญา โลก ชีวะ



ภาพประกอบที่ 7 PRECEDE-PROCEED model ที่มา: Andrea Carlson, Gielen, Eileen

M.2008. PRECEDE-PROCEED model ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Assessment, Participatory Planning, and Situation Analysis) จุดมุ่งหมายของขั้นตอนนี้เพื่อระบุปัจจัยและประเมินปัญหาทางสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต(Quality of Life :QOL) ของประชากร เป้าหมายขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาทางสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขศึกษาได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาทางสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ สืบค้นข้อมูล จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม(Focus group) การสำรวจ(Surveys) การสัมภาษณ์(Interviews)

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา การวินิจฉัยขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณา กำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยที่มีปัจจัยด้านพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจุดเน้นของขั้นตอนนี้ก็เพื่อจะระบุปัจจัยสาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบาย

ปัญหาสุขภาพจะช่วยกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับ คุณภาพชีวิต ช่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงาน โครงการและการใช้ทรัพยากร และช่วยมีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงานร่วมกันนอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหาก็ยังสามารถนำไปใช้ กำหนดวัตถุประสงค์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่นระบุผลลัพธ์อะไรบ้างที่ ต้องการให้เกิด (What) และมากน้อยเพียงใด (How Much) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและ จะได้รับเมื่อไร (When) ตัวอย่างข้อมูลการวิจัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสีย ไป เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความชุกของ ความเจ็บป่วย / เกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น)

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในขั้นตอนนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัย พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในขั้นตอนที่ 2 ใน ขั้นตอนนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะ ช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึง พันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้วดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการและความ เพียงพอของการบริการสุขภาพเป็นต้นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในขั้นตอนนี้ก็คือการจัดลำดับ ความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรมในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลง ของพฤติกรรมนั้น ๆ การวิจัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตใน แต่ละประเด็นในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผน แก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้โดยสรุปการวิจัยพฤติกรรมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและ ปัญหาสังคมที่ได้ระบุไว้ไว้ในขั้นตอนที่ 1-2 การวิจัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การวิจัยด้านการศึกษา (Administrative and Policy Assessment and Intervention Alignment) ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ใน ขั้นตอนที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกันคือปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิด พฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือการระบุปัจจัยสาเหตุของ พฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการระบุปัจจัยจะต้องมอง ทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรมและลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุและความสามารถในการ เปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัย สาเหตุเหล่านี้

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมป้องกันโรคร้ายในผู้สูงอายุ

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิด ร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจเช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ(Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทักษะคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ(Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ จำนวนแหล่งเพาะเชื้อ ระยะทาง เวลา ฯลฯ นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงแหล่งที่มีเชื้อโรคได้ง่าย (Accessibility) ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้อย่างยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือ พฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในหมู่บ้านหรือชุมชนที่สำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำควบคุมป้องกันโรค บุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม ที่สำคัญ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ควบคุมป้องกันโรคในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การ ยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่ บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อ ตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

ตารางที่ 2 PRECEDE-PROCEED model

ขั้นตอนที่ 1-4

Change Theories and Principles by Level of Change	Phase 1: Social Assessment	Phase 2: Epidemiological, Behavioral, and Environmental Assessments	Phase 3: Educational and Ecological Assessment	Phase 4: Administrative and Policy Assessment and Intervention Alignment
Community level:				
Participation and relevance	x	x	x	x
Community organization	x	x	x	x
Community mobilization	x	x	x	x
Organizational change				x
Diffusion of innovation				x
Interpersonal level:				
Social Cognitive Theory		x	x	
Adult learning			x	
Interpersonal communication			x	
Individual level:				

Health Belief Model	x	x
Stages of Change	x	x
Theory of Reasoned Action		x
Theory of Planned Behavior		x
Information processing		x

ที่มา: Adapted from Glanz and Rimer, 1995(อ้างใน Andrea Carlson Gielen, Eileen M. Mc Donald, 2008.)

ขั้นตอนที่ 5 การวินิจฉัย ด้านการบริหารและนโยบาย ในขั้นตอนนี้จะมุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินกระบวนการและการวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลกระทบจากการดำเนินงาน เมื่อดำเนินการตามแผนงานแล้วเกิดผลกระทบอย่างไรต่อบุคคลที่เข้าร่วมประโยชน์เพียงใด

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

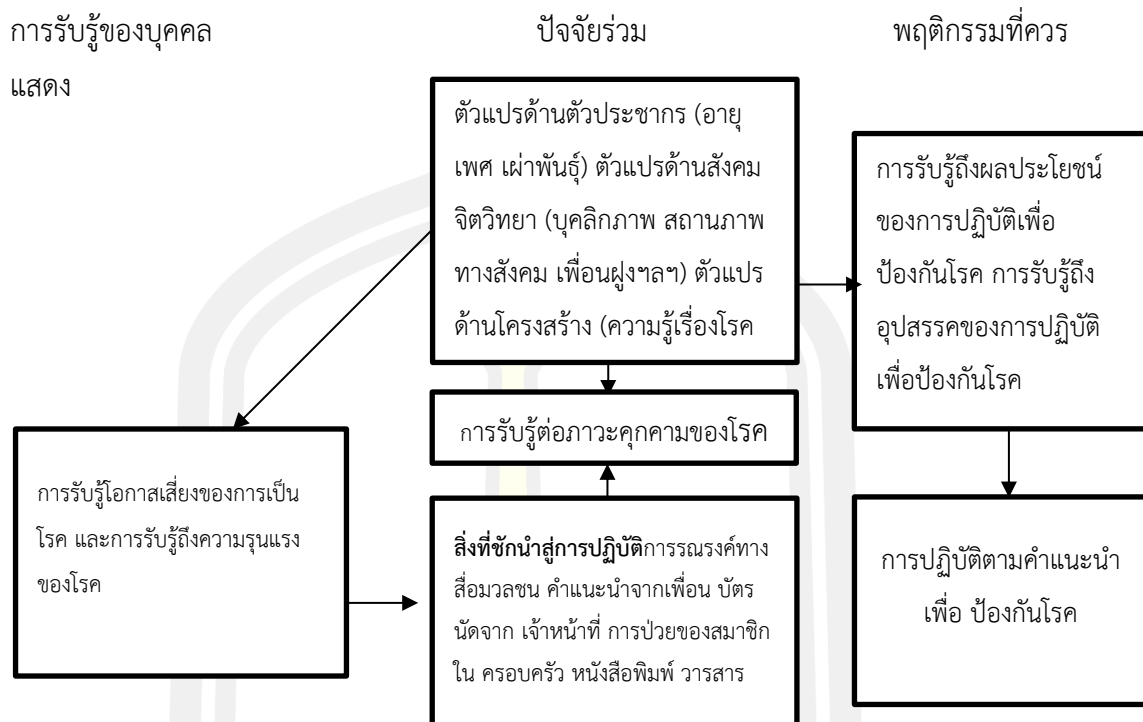
จากการศึกษาแนวคิด Precede Proceed Model เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมและแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งเกิดจากหลายๆปัจจัย ปัจจัยที่ 1 คือปัจจัยนำ (Predisposing) เป็นปัจจัยทางด้านความรู้ ทักษะความเชื่อค่านิยม ทศนคติการรับรู้ ของบุคคลปัจจัยที่ 2 คือปัจจัยเอื้อ (Enabling) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนทางด้านทรัพยากรของสาธารณสุข การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ ปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าถึงเชื้อโรค ปัจจัยที่ 3 คือ ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการได้รับการยอมรับ ได้รับการยกย่องและให้เกียรติจากครอบครัว เพื่อน สังคม บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขและผู้วิจัยได้นำ Precede Frame work ซึ่งจะใช้ขั้นตอนการวินิจฉัยที่ 1-4 เพื่อประเมินหาปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะของประชากร ความรู้และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ศึกษาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในชุมชน สิ่งแวดล้อมภายนอกชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยเสริม ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทั้งจากบุคคลสื่อและเทคโนโลยีต่าง ๆ ถึงปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

2.4.2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)

1) นิยามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนแนวคิดที่ต้องการอธิบายถึงสาเหตุของบุคคลในการแสดงออกถึงพฤติกรรมปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง โดยพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมซึ่งอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยสามารถนำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึง ถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ Rosenstock, Hochbaum, Kegeles and Leventhal (1974) ได้ศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบาย ปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถานะของ Lewin โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลว่าจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดย Rosenstock (1990) ได้อธิบายแนวความคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ จะประกอบไปด้วยความเชื่อ

2) การมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล

3) การเกิดโรคอาจจะมี ความรุนแรงต่อชีวิตของบุคคล ปานกลาง หรือมากก็ได้ การปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่าง ๆ หรือจะช่วยลดความรุนแรงของ โรคก็ได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า องค์ประกอบด้านความเชื่อ หรือการรับรู้ ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Becker and Maiman (1975) ได้ ปรับปรุง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และ ปัจจัยอื่น ๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and Enabling factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cue to Action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภาพที่ 9



ภาพประกอบที่ 8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (ที่มา Becker et al, 1974)

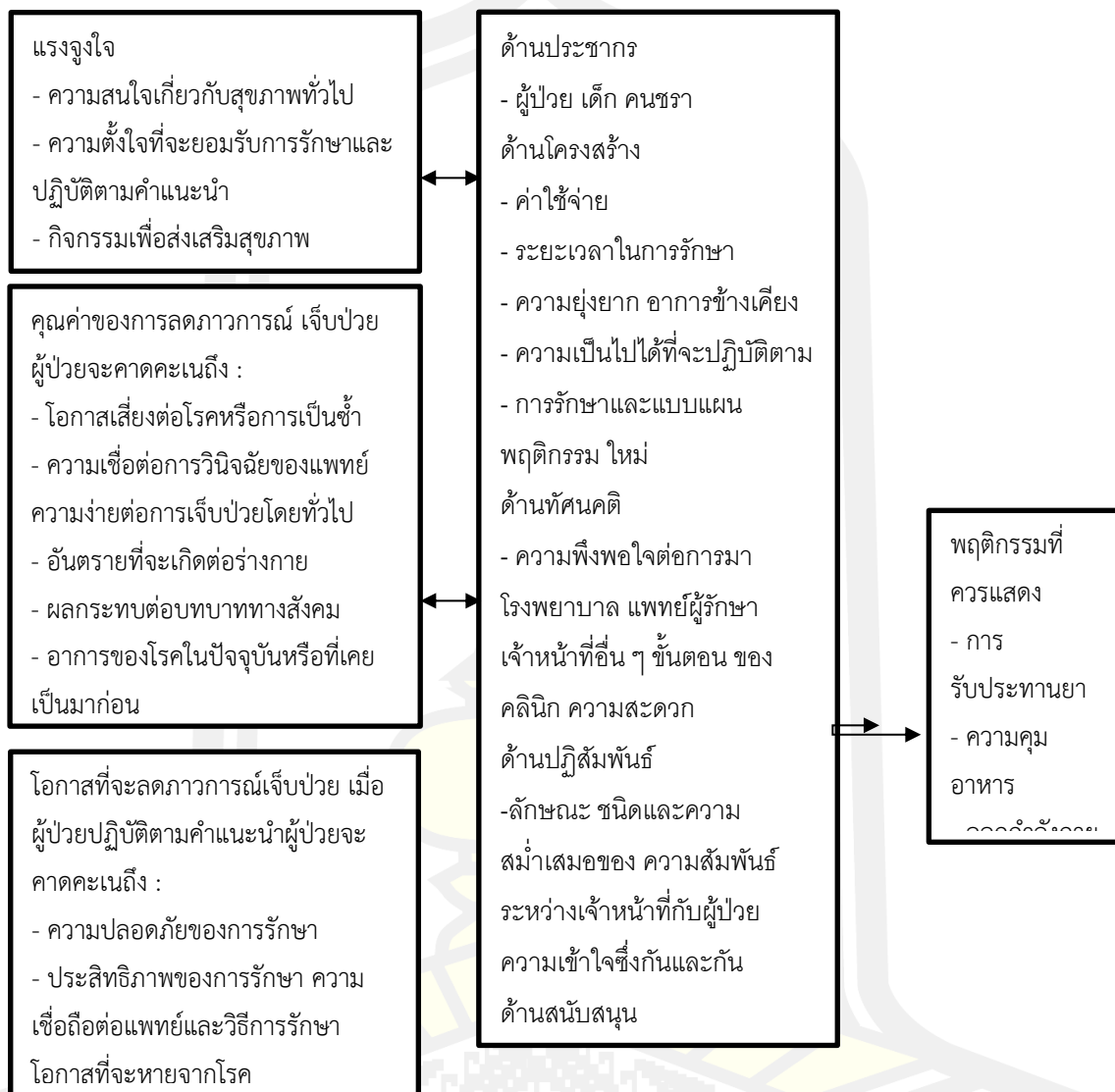
Beaker (1974) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการอธิบายและ ทำนาย พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงในด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมใน ด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่ Rosen stock ศึกษาไว้ซึ่งสามารถแสดง ดังแผนภาพที่ 10



ความพร้อมที่จะปฏิบัติ
ผู้ป่วย

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมของ



ภาพประกอบที่ 9 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (ที่มา Beaker et al, 1974)

หลังจากนั้นแล้วยังได้มีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัย แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยอื่น ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วม (Modifying factors) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) มาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior)

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมานี้ ในปีค.ศ. 1997 Bandura ได้เสนอว่า Self-efficacy (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) น่าจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพด้วย (Becker and Maiman, 1975, Glanz et al., 1997)

2.4.2 องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ในการที่จะปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค Becker and fair man (1975) ได้สรุปองค์ประกอบแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

2.4.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเกิดโรค แต่แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนไม่เชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรคงกล่าว จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคนั้น ๆ ได้ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้จะแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค Becker and Mairman (1975) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้วความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป (Becker and Mairman, 1975)

2.4.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่าง ๆ มีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้ตัดสินใจว่าควรมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ ซึ่งแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่า แม้บุคคลมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจและสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้ บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม(Perceived threat)ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใดซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วน ที่บุคคลไม่พึงปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

2.4.2.3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยังรวมถึง เวลา ความไม่สะดวกสบายความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วยบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามนั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือการรักษาโรค แต่ การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่เป็นโรคนั้น หรือหายจากโรคนั้น ใน

ขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และการรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

2.4.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier) การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อนามัยของบุคคลในทางลบได้แก่การรับรู้ความไม่สะดวกค่าใช้จ่ายแพง ความอายเป็นต้น ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับการชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าวโดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสียการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์หรือโทษซึ่งเกิดการตัดสินใจเลือกกระทำแล้วว่าดีกว่าวิธีอื่นทำให้บุคคลนั้น ตัดสินใจดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ

2.4.2.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker and Mallman (1975) ได้กล่าวว่าเพื่อให้แบบแผนความเชื่อความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ด้านคือสิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค หรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น (Becker and Mairman,1975)

2.4.2.6 ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น
 2) ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทาง สังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็น พื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

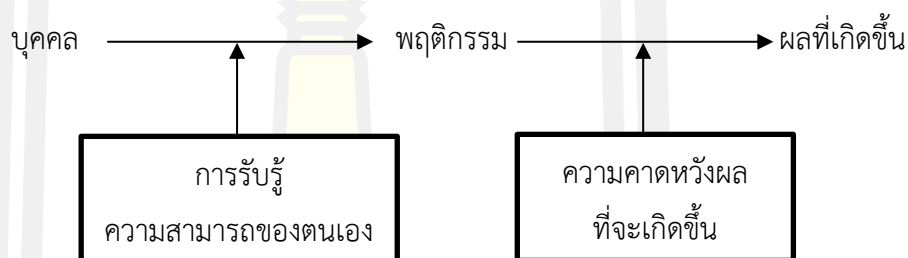
3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์ เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

2.4.2.7 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความ สนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.4.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy)

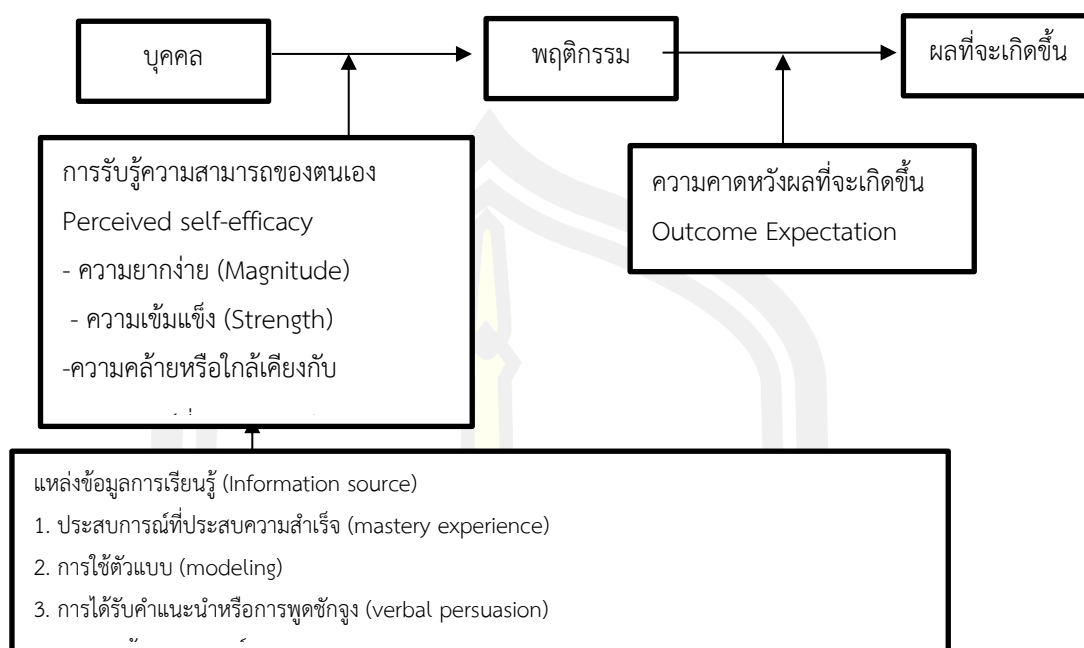
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยที่ Bandura นั้นไม่ได้กล่าวถึงความคาดหวังอีกเลย (Bandura ,1986)

Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 บุคคล อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง แตกต่างกัน หรือในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็ อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่า ความสามารถของคนเรานั้นไม่ ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองใน สภาพการณ์นั้น ๆ ถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามี ความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น ออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมี ความอดทน อุทิศสละ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด โดยBandura (1977) ได้ เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่ จะเกิดขึ้น ดังภาพ



ภาพประกอบที่ 10 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและ ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (ที่มา Becker, 1977)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถ ทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใด จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว อย่างเช่น ที่นักกีฬาที่มีความเชื่อว่าเขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การ ได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตเป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์ กันมาก โดยที่ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของ บุคคลนั้น ๆ ซึ่ง จะเห็นได้จากแผนภาพ ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูง หรือต่ำบุคคลนั้นจะมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรม



ภาพประกอบที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังใน
ผลลัพธ์ Bandura (1986)

ตามแนวคิดของBanduraการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ องค์ประกอบ
จะมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงาน 3 องค์ประกอบ คือ (กองสุศึกษา, 2542)

1. Magnitude หมายถึงระดับความยากของงานที่ทำ บุคคลที่มีความหวังใน ความสามารถ
ตนเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด จะทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ ถ้ามอบหมายงาน ที่ยากเกิน
ความสามารถทำให้ล้มเหลว

2. Strength หมายถึงความสามารถที่พิจารณาตัดสิน ความเป็นไปได้ในความสามารถ ของ
บุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน คือประการแรกการมอบหมายงานหรือ กิจกรรม
ที่จะปฏิบัติซึ่งจะสะท้อนให้มองเห็นระดับความยากง่ายแต่ละกิจกรรม ประการที่ 2 ใช้ช้ชกถาม
แนวทาง รูปแบบกิจกรรมเหล่านั้น ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน ให้ประสบผลสำเร็จตามเวลา ในแต่
ละงานจะกำหนดหรือประมาณค่าของ Strength ว่ามีความเชื่อระดับใด การประเมินค่าอยู่ในช่วง 1 -
10 หรือ 10 - 100

3. Generality ประสบการณ์บางอย่างจะก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปปฏิบัติงาน อื่น ๆ
ในสภาพที่คล้ายกัน ตัวอย่างเช่น ความเชื่อของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องทดสอบความคงทนของ
สมรรถภาพของร่างกายต่อการออกกำลังกายภายใต้การดูแลของแพทย์ และความ เชื่อของผู้ป่วย
สามารถทำได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura มีอยู่ 4 ปัจจัยคือ (สมโภชน์
เอี่ยมสุภาชิต, 2550)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองเนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรงความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถตนเองบุคคลเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นจะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะไม่นิยมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกรรมที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำได้นั้นได้แก่การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตัวเองก็จะสามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าคุณมีความสามารถ จะประสบความสำเร็จได้ Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของ ความสำเร็จซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงใจร่วมกัน ก็ย่อมที่จะ ได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการ รับรู้ความสามารถของตนเองบุคคลที่จะถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบเช่นการอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดนอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัวและจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้นก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดีอันจะนำไปสู่ประสบการณ์ที่ล้มเหลวซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองลดลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้นอันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่ง จะเห็นได้จากแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวัง ใน ผลที่จะเกิดขึ้น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นสูง มี แนวโน้มที่จะกระทำอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดด้านหนึ่งต่ำบุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำ ดังภาพประกอบที่ 13

Outcome Expectation

		สูง	ต่ำ
P. Self-Efficacy	สูง	มีแนวโน้มทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น Bandura (1977)

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ พบว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันโรค มีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และความเชื่อในความสามารถของตนเอง พร้อมกันนั้นลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมในการป้องกันโรค บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ดังนั้นจากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหอนอนพยาธิ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหอนอนพยาธิ การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ การมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิและความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ พร้อมทั้งการลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ และเพิ่มพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิให้ดีขึ้น พร้อมทั้งเสริมพลังให้ชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนเองในการควบคุมและป้องกันโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุให้มีอัตราการติดโรคหอนอนพยาธิลดลง ส่งผลให้สุขภาพไม่เสื่อมถอยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.4.4 กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวของกิบสัน (Gibson,1991)

มี 4 ขั้นตอน เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อหอนอนพยาธิมี 4 ขั้นตอนดังนี้

2.4.4.1.การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering Reality)

เป็นขั้นแรกของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริงโดยการตอบสนอง 3 ด้านได้แก่

(1) การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้ และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลจะเกิดความคับข้องใจ (Frustration) ในเรื่องที่เกิดขึ้น ความคับข้องใจจะเป็นแรงขับเคลื่อนให้บุคคลรู้สึกว่าการตนเองทำได้ดีกว่านี้หรือมีโอกาสที่จะมีโอกาสดีขึ้นทำให้บุคคลมีกำลังใจขึ้นและพยายามค้นหาปัญหาสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม

(2) การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเองบุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลให้ได้มากที่สุดไม่ว่าจะเป็นข้อมูลจากบุคคลากรสุขภาพ หรือผู้ที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ที่ได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

(3) การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral responses) บุคคลจะตระหนักและรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง บุคคลจะมองปัญหาในแง่บวกจะพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนต้องการแท้จริงคืออะไร เกิดความชัดเจนในการดูแลและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองร่วมกับการใช้ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่เมื่อบุคคลมีความคิดในแง่บวก ปัญหาทุกอย่าง ปัญหาจะสามารถแก้ไขได้ดีขึ้น บุคคลจะพยายามปรับตัว และคิดในแง่ดี และจะกระทำเพื่อการดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ความหมายและวิธีการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลนั้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องประเมินความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อหนองพยาธิพร้อมทั้งประเมินถึงทักษะในการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุในครอบครัวและผู้สูงอายุถึงการปฏิบัติตัว รวมทั้งความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร การบริโภคน้ำดื่ม สุกนิสัย จาริตประเพณีที่ล้าตามบริบทของสิ่งแวดล้อม ,บริบทด้านบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์ในการรับรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ทักษะของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนองพยาธิในประชากรของผู้สูงอายุต่อไป

2.4.4.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

เป็นการให้ผู้สูงอายุฯ,ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้พยายามทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจจะจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมเป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหาและแสวงหาทางเลือกการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริงและเกิดความคับข้องใจในแก้ไขปัญหาและเข้าใจตนเองมากขึ้น จะส่งผลให้บุคคลพัฒนาตนเองขึ้นช่วยให้กลับมามองปัญหาประเมินและพิจารณาถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมมองต่าง ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ขั้นตอนนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเองจะคิดได้ว่าจากเดิมที่ตนเองมีความคิดว่าตนไม่สามารถที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหนองพยาธิได้ ที่จริงแล้วตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ และสิ่งที่ตนเองได้กระทำนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ตนมีความมั่นใจมากขึ้น บุคคลจะตระหนักถึงความเข้มแข็งความสามารถในการดูแลตนเอง จะทำให้เกิดความ

มั่นใจในความรู้สึก ความสามารถ ขั้นตอนนี้นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะรู้สึกเข้มแข็งและมีพลังมากขึ้น

2.4.4.3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking Charge)

บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนคิดว่าดีและเหมาะสมที่สุด จะพัฒนาความสามารถและมีความมั่นใจในการมีพลังอำนาจ ขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธสัญญากับตนโดยมีกระบวนการย่อยที่เกิดขึ้นดังนี้

(1) การปกป้อง (Advocating for him/herself) โดยบุคคลคิดว่าการดูแลเป็นการปกป้องตนเอง เป็นหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนไม่มีบุคคลอื่นที่จะสามารถทำการดูแลตนเองได้ดีเท่ากับตนเองกระทำ

(2) การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the ropes) เป็นการเรียนรู้แก้ปัญหา มีการใช้ประสบการณ์เดิมของตน และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ

(3) การเรียนรู้โดยคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Learning the persist) เป็นความตั้งใจพยายามในการดูแลตนเองและพยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในการดูแลตนเอง

(4) การเจรจาต่อรองเพื่อทำการรักษา (Driving negotiation in health caring) เมื่อบุคคลคิดว่าตนเองมีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาตนเอง จนเกิดการนำความเข้าใจของตนมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่เพื่อใช้ในการดูแล มีการนำปัญหาในการดูแลมาแลกเปลี่ยนความเห็นกับทีมสุขภาพ บุคคลจะสามารถต่อรองกับการปฏิบัติในการดูแลตนเองกับทีมสุขภาพ เพราะบุคคลเชื่อว่าตนเองเป็นผู้อยู่กับภาวะโรคย่อมมีความเข้าใจในการดูแลตนเองดี

(5) การสร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วม (Establishing partnership) เป็นการที่บุคคลต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลรักษาจะตัดสินใจในการดูแลรักษาจะทำให้บุคคลแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยมีส่วนร่วมในการอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับทีมสุขภาพทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมช่วยให้มีการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

2.4.4.4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on)

เมื่อมีการพบปัญหา ในการปฏิบัติตามทางที่บุคคลได้เลือกไปทีมสุขภาพและผู้ป่วยจะร่วมมือกันในการแก้ปัญหาเมื่อนำวิธีการแก้ปัญหาไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือเกิดความสำเร็จ

2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

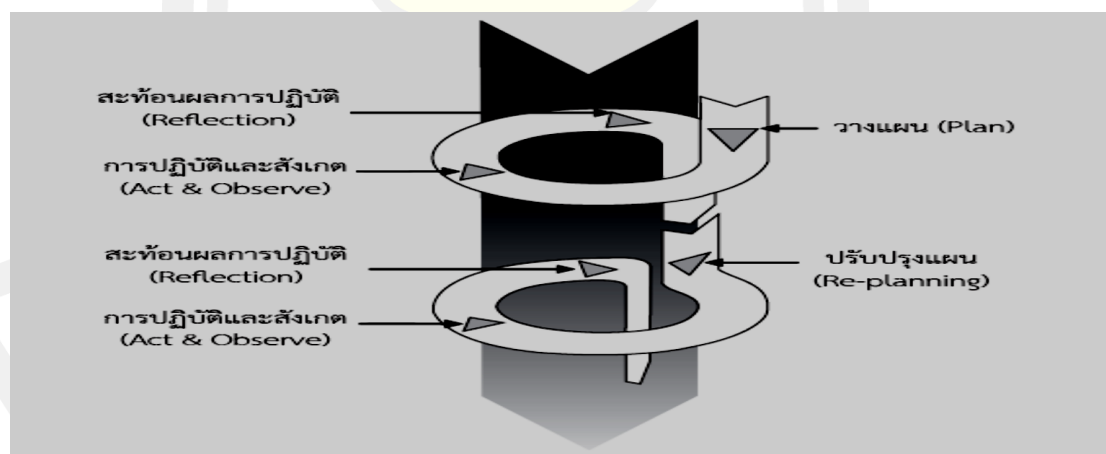
ธีระวุฒิ และสุภางค์ (2552) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยใช้แสวงหาข้อเท็จจริง โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยผู้วิจัยสามารถปรับปรุง แก้ไข ยืดหยุ่น และดำเนินการซ้ำหลายๆ ครั้ง เมื่อได้ข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุจุดประสงค์หรือแก้ปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ (ธีระวุฒิ เอกะกุล และสุภางค์ จันทวานิช, 2552)

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2553) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการวิจัยที่มุ่งค้นหาวิธีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการปฏิบัติการหรือการดำเนินงานในบริบทเฉพาะ (ศิริพร จิรวัดน์กุล 2553)

ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นกระบวนการที่ค้นหาข้อเท็จจริงเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา สามารถนำผลมาปรับปรุงและดำเนินการซ้ำ ๆ หลายครั้งจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ได้มาซึ่งข้อสรุป เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน

2.5.1 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการ เชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในสนามหรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการสะท้อนความคิดใคร่ครวญไปมาในเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนการที่วางไว้ว่า สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง และจะต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้เข้าสู่ความสำเร็จได้ ดังนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (spiral of steps) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน(action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เป็นดังแสดงรายละเอียดตามภาพที่ 11



ภาพประกอบที่ 13 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggar

องอาจ นัยวัฒน์ (2551) ได้อธิบาย กิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสถานการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

(2) การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสถานการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

(3) การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

(4) การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

2.5.2 การเก็บข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือการวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพัง และควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการ

สะท้อนผลการปฏิบัติ และการปฏิบัติซ้ำ ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงานแล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าวจะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (spiral) กระทำซ้ำตามวงจร จนกว่าจะได้ผลปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พร้อมกับต้องบันทึกผลในทุก ๆ ขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้

1. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติ
2. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสารในห้องเรียน หรือหน่วยงานและกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข
3. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการสัมพันธภาพทางสังคมและการจัดระบบองค์กรที่ช่วยลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ
4. บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

2.5.3. การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะใช้วิธีการของการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำไปสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาของสิ่งที่ศึกษานั้น

ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุฯ ผู้วิจัยจึงได้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้และดำเนินการตามขั้นตอนที่สำคัญ คือ เริ่มต้นด้วยการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล และมีการดำเนินการวิจัยซ้ำๆหลายรอบตามรูปแบบบันไดเวียน (spiral) เพื่อให้สามารถค้นพบรูปแบบใหม่ของการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2.6 บริบทพื้นที่ของการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

สารานุกรมเสรี (2562) ข้อมูลทั่วไป จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

2.6.1 ประวัติความเป็นมา

สมัยกรุงศรีอยุธยา ใน ปีพ.ศ. 2302 รัชกาลสมเด็จพระเจ้าเอกทัศน์ พระราชทานบรรดาศักดิ์ให้ "ตากะจะ" หรือ "ตาไกร" เป็น "หลวงแก้วสุวรรณ" เป็นหัวหน้า ปกครองหมู่บ้าน โดยโปรดให้ยกบ้านปราสาทสี่เหลี่ยมโคกลำดวนขึ้นเป็น เมือง "ขุขันธ์" ปีพุทธศักราช 2306 เลื่อนบรรดาศักดิ์ให้หลวงแก้วสุวรรณ เป็นพระยาไกรภักดีศรีนครลำดวน ตำแหน่ง "เจ้าเมืองขุขันธ์" คนแรก ปัจจุบัน จังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดหนึ่งของประเทศไทย อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ลักษณะภูมิประเทศทางตอนใต้เป็นที่สูง และค่อย ๆ ลาดต่ำไปทางเหนือลงสู่ลุ่มแม่น้ำมูลซึ่งอยู่ทางตอนเหนือของจังหวัด มีเนื้อที่ 8,840 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วยอำเภอ 22 อำเภอ ประชากร 1.47 ล้านคน ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลาย ซึ่งพูดภาษาถิ่นต่าง ๆ กัน อาทิ ภาษาลาว ภาษาญ้อ ภาษาเยอและภาษาเขมรถิ่นไทย ส่วนใหญ่เป็นพุทธศาสนิกชนและนับถือผีมาแต่เดิม การตั้งถิ่นฐานในจังหวัดศรีสะเกษ

เกษ มีมาแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ จนเกิดพัฒนาการในสมัยอาณาจักรขอมซึ่งได้ทิ้งมรดกทางวัฒนธรรมหลายประการไว้ เช่น ปราสาทหินและปราสาทศิลปะขอมตั้งกระจายอยู่หลายแห่ง ต่อมาในสมัยอาณาจักรอยุธยา มีการยกบ้านปราสาทสี่เหลี่ยมโคกลำดวนเป็นเมืองชุมชนและในสมัยรัชกาลที่ 5 แห่งอาณาจักรรัตนโกสินทร์ได้ย้ายเมืองไปยังบริเวณตำบลเมืองเก่า (ตำบลเมืองเหนืออำเภอเมืองศรีสะเกษ ในปัจจุบัน) แต่เรียกชื่อเมืองชุมชน ตามเดิม กระทั่งยกฐานะเป็นจังหวัดชุมชนเมื่อ พ.ศ. 2459 แล้วเปลี่ยนชื่อเป็นจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อ พ.ศ. 2481 จนถึงปัจจุบัน

2.6.2 ลักษณะทางกายภาพ

จังหวัดศรีสะเกษ ตอนใต้มีทิวเขาพนมดงรักซึ่งทอดตัวในแนวตะวันออก-ตะวันตกเป็นเส้นแบ่งเขตแดนระหว่างไทยกับกัมพูชา ยาว 127 กิโลเมตร ยอดเขาสูงสุดในจังหวัดชื่อ "พนมตาเมือน" สูง 673 เมตรจากระดับน้ำทะเลปานกลาง โดยตั้งอยู่ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จากเขาพนมตาเมือน พื้นที่ค่อย ๆ ลาดต่ำลงไปทางเหนือเข้าสู่ที่ราบลุ่มแม่น้ำมูล ภูมิประเทศส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ทางตอนกลางและตอนเหนือของจังหวัดมีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มดอน มีระดับความสูงระหว่าง 150-200 เมตร จากระดับน้ำทะเลปานกลาง มีลำน้ำหลายสายไหลผ่านพื้นที่ไปยังแม่น้ำมูล ลำน้ำสายสำคัญ ได้แก่ ห้วยทับทัน ห้วยสำราญ และห้วยชะยุ้ง ตัวจังหวัดศรีสะเกษในปัจจุบันตั้งอยู่ริมฝั่งห้วยสำราญ ห้วยน้ำคำและห้วยชะยุ้ง ห่างจากแม่น้ำมูลไปทางทิศใต้ประมาณสิบกิโลเมตรและอยู่สูงจากระดับน้ำทะเลปานกลางประมาณ 126 เมตร

2.6.3 อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดยโสธรและจังหวัดร้อยเอ็ด

ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดอุบลราชธานี

ทิศใต้ ติดต่อกับประเทศกัมพูชา

ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดร้อยเอ็ด

2.6.4 การปกครอง

จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งการปกครองเป็น 2,557 หมู่บ้าน 206 ตำบล 22 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองศรีสะเกษ อำเภอขามเฒ่า อำเภอรัตนบุรี อำเภอกันทรารมย์ อำเภอกันทรลักษ์ อำเภอชุมชน อำเภอไพรบึง อำเภอปราสาท อำเภอขุนหาญ อำเภอรามัน อำเภอห้วยทับทัน อำเภออุทุมพรพิสัย อำเภอโนนคูณ อำเภอศรีรัตนะ อำเภอน้ำเกลี้ยง อำเภอวังหิน อำเภอภูสิงห์ อำเภอเมืองจันทร์ อำเภอพยุห์ อำเภอเบญจลักษ์ อำเภอบึงบูรพ์ อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณและอำเภอศีลาลาด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 34 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 192 แห่ง

2.6.5 ลักษณะภูมิอากาศ

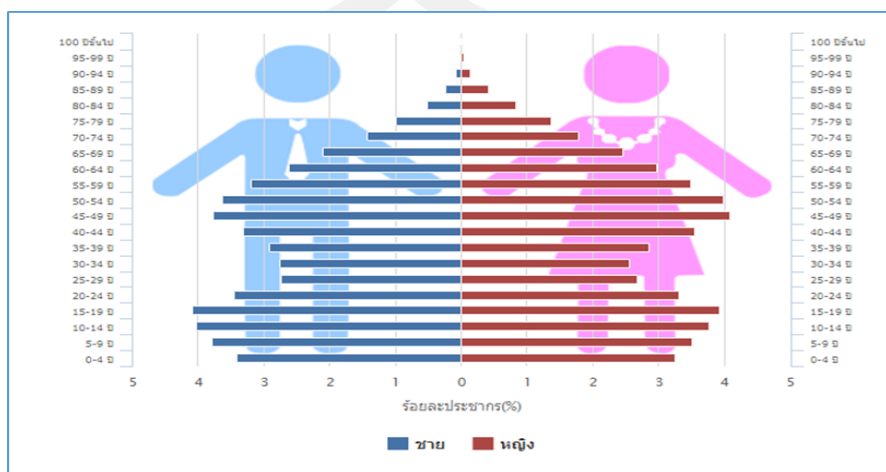
ลักษณะภูมิอากาศโดยทั่วไปของจังหวัดศรีสะเกษ มีอากาศร้อนจัดในฤดูร้อนและค่อนข้างหนาวจัดในฤดูหนาว ส่วนฤดูฝนจะมีฝนตกหนักในเดือนกันยายน จะตกหนักในพื้นที่ตอนกลางและตอนใต้ของจังหวัด ส่วนพื้นที่ทางตอนเหนือของจังหวัดจะมีปริมาณฝนตกน้อย และไม่ค่อยสม่ำเสมอ โดยเฉลี่ยแล้วในหนึ่งปีจะมีฝนตก 100 วัน ปริมาณฝนเฉลี่ย 1,200-1,400 มิลลิเมตรต่อปี อุณหภูมิต่ำ สุดประมาณ 10 องศาเซลเซียส สูงสุดประมาณ 40 องศาเซลเซียส เฉลี่ยประมาณ 26-28 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยร้อยละ 66.00 -73.00 ในเดือนกุมภาพันธ์มีปริมาณความชื้นสัมพัทธ์ ร้อยละ 62.24 และปริมาณความชื้นสัมพัทธ์จะเพิ่มขึ้นในเดือนพฤษภาคมเป็น ร้อยละ 71.95 ปริมาณความชื้นสัมพัทธ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงเดือนสิงหาคม วัดได้สูงสุดในเดือนสิงหาคมที่ร้อยละ 78.16 เนื่องจากเข้าสู่ฤดูฝน หลังจากนั้นปริมาณความชื้นสัมพัทธ์จะลดลงช่วงสิ้นสุดฤดูฝนในเดือนตุลาคมถึงธันวาคม โดยมีปริมาณความชื้นสัมพัทธ์ ร้อยละ 73.80, 68.67 และ 66.45 ตามลำดับ เนื่องจากเป็นช่วงเข้าสู่ฤดูหนาว

2.6.6 ด้านเศรษฐกิจ ภาวะเศรษฐกิจของจังหวัดศรีสะเกษ มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องเนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตรกรรม สภาพเศรษฐกิจส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับปริมาณและระดับราคาของพืชผลทางการเกษตรในแต่ละปี อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมาภาคการเกษตรมีผลผลิตออกสู่ตลาดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผลไม้ เริ่มมีผลผลิตออกสู่ท้องตลาด การลงทุนภาคเอกชนหดตัว ด้านการลงทุนภาคอุตสาหกรรม มีจำนวนโรงงานอุตสาหกรรม 423 โรงงานทุนจดทะเบียนจำนวน 3,294.687 ล้านบาท ผลิตภัณฑ์ชุมชนและท้องถิ่น (OTOP) จังหวัดศรีสะเกษมีรายได้จากการจำหน่ายสินค้า OTOP ปีละประมาณ 1,356.798 ล้านบาท ในด้านภาคการค้าชายแดน จังหวัดศรีสะเกษมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศกัมพูชาและจุดผ่านแดนถาวรช่องสะง่าอำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นจุดผ่านแดนถาวรที่เป็นเส้นทางสำคัญในการท่องเที่ยวการค้า การลงทุน ทั้งนี้สถานการณ์การค้าชายแดนบริเวณจุดผ่านแดนถาวรช่องสะง่า นับตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันมีมูลค่าการค้าในแต่ละปีเพิ่มสูงมาก โดยในปี 2544 มีมูลค่ารวม 48.107 ล้านบาท และในปี พ.ศ. 2552 มีมูลค่ารวม 1,090.681 ล้านบาท (มูลค่าการส่งออก 905.638 ล้านบาท มูลค่าการนำเข้า 185.044 ล้านบาท)

2.6.7 ด้านประชากร

ในจังหวัดศรีสะเกษ มีชุมชนหลายกลุ่มตั้งถิ่นฐานอาศัยอยู่ร่วมกัน ทั้งนี้เป็นผลมาจากการอพยพย้ายครัวเข้ามาของคนในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ตั้งแต่ในอดีต ปัจจุบันยังคงปรากฏลักษณะเฉพาะทางกายภาพและวัฒนธรรมของกลุ่มคนเหล่านั้นอยู่ กลุ่มคนดังกล่าวได้แก่ ชาวลาว ชาวเขมร ชาวกูย (หรือกวย) และเยอ สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย จังหวัดศรีสะเกษ มีประชากรที่มีสัญชาติไทย จำนวน 1,471,907 คน เป็นเพศชาย 734,006 คน เพศหญิง 737,901 คน มีประชากรที่

ไม่มีสัญชาติไทย จำนวน 1,104 คน เพศชาย 616 คน เพศหญิง 488 คน รวมประชากรทั้งหมด 1,473,011 คน มีหลังคาเรือน 388,587 หลังคาเรือน ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 223,307 คน เป็นเพศชาย 100,774 คน เป็นเพศหญิง 122,533 คน แสดงเป็นแผนภาพ ได้ดังนี้



ภาพประกอบที่ 14 แสดงปิรามิดประชากร จังหวัดศรีสะเกษ ณ 31 ธันวาคม 2561

ที่มา: <https://www.khonthai.com/TH, 2561> (สืบค้นวันที่ 1 มีค.2562, HDC สสจ.ศรีสะเกษ)

จังหวัดศรีสะเกษเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society : หมายถึง ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละสิบ ของประชากรทั้งหมด) ตั้งแต่ปี 2549 คือ ร้อยละ 10.14 ในปี 2556 – 2560 ร้อยละ 12.62, 13.15, 12.62 , 13.15 และ 14.59 ตามลำดับ โดยคาดว่าจังหวัดศรีสะเกษอีก 12 ปี ข้างหน้าจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged Society) และมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

2.6.8 มาตรการดำเนินงาน (PIRAB)

P: ใช้กลไกคณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

I: ประสานแหล่งเงินทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

R: ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

A: สร้างสื่อสาธารณะที่เข้าถึงร่วมกับเครือข่าย

B: พัฒนานโยบาย LTC ระบบดูแลผู้สูงอายุ อบรม ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ให้ครอบคลุม

2.6.9 กิจกรรมดำเนินงาน

- 2.6.9.1 จัดทำคู่มือเกณฑ์มาตรฐานและแนวทางการดำเนินงาน LTC ปี 2561
- 2.6.9.2 กำกับติดตามประเมินรับรองการดำเนินงานตามเกณฑ์ LTC ในโรงพยาบาล
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยทีมประเมินระดับจังหวัด
- 2.6.9.3 จัดอบรม ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ในตำบล
LTC ให้ครอบคลุม ร้อยละ 50.00 จำนวน 103 ตำบล เป้าหมายปี พ.ศ. 2561 จำนวน 78 ตำบล
(ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) 1 คนต่อผู้สูงอายุ 10 คน)
- 2.6.9.4 จัดอบรม ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ให้ครอบคลุมใน LTC
เป้าหมาย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ((CG)) 1คนต่อผู้สูงอายุ 10 คน)
- 2.6.9.5 กำกับติดตามด้านการพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุและการนำข้อมูลไป
วางแผนแก้ไขปัญหาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายบริการสุขภาพและชุมชน
- 2.6.9.6 ติดตามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลบูรณาการร่วมกับการ
ประเมินผลการปฏิบัติราชการ
- 2.6.9.7 ประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้โปรแกรม AGE APP สำหรับผู้รับผิดชอบงาน
ระดับ ตำบลและอำเภอ
- 2.6.9.8 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC ได้รับการดูแลตาม Care Plan
ร้อยละ 100
- 2.6.9.9 ตำบล LTC ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมิน 10 ข้อ ทุกตำบล
- 2.6.9.10 หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการให้บริการดูแล
ด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์
- 2.6.9.11 มีการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยการมี
ส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น
- 2.6.9.12 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุในประเด็น
- (1) คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
 - (2) คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes
 - (3) ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล
 - (4) มีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและสามารถตรวจสอบได้จากโปรแกรมต่าง ๆ

2.6.6.10 ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลตำบล LTC จำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวนผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จังหวัดศรีสะเกษ

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนตำบลทั้งหมด	ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ LTC	จำนวนผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)	จำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)
1	กันทรลักษณ์	20	12	44	120
2	กันทรารมย์	16	8	22	151
3	ขุขันธ์	22	11	31	166
4	ขุนหาญ	12	6	27	89
5	น้ำเกลี้ยง	6	3	11	72
6	โนนคูณ	5	3	18	56
7	บึงบูรพ์	2	2	6	33
8	เบญจลักษ์	5	4	9	31
9	ปรางค์กู่	10	6	18	56
10	พยุห์	5	3	9	43
11	โพธิ์ศรีสุวรรณ	5	4	12	28
12	ไพรบึง	6	1	11	50
13	ภูสิงห์	7	4	13	104
14	เมืองจันทร์	3	3	8	37
15	เมืองศรีสะเกษ	18	11	30	129
16	ยางชุมน้อย	7	4	10	87
17	ราษีไศล	13	13	30	116
18	วังหิน	8	4	10	45
19	ศรีรัตนะ	7	4	15	59
20	ศีลาลาด	4	4	14	40
21	ห้วยทับทัน	6	3	12	63
22	อุทุมพรพิสัย	19	11	27	174
	รวม	206	125	386	1,746

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลตำบล LTC จำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีจำนวน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) จำนวน 386 คน คิดเป็น 1 ต่อ 3 ของจำนวน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จำนวน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) 1,746 คน คิดเป็น 1 ต่อ 4.3 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูล จำนวนผู้สูงอายุที่มีแผนการดูแลรายบุคคลและการซื้อบริการ Care plan

ลำดับ	อำเภอ	ผู้สูงอายุมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)	จำนวนอปท. ที่เข้าร่วมโครงการ LTC	จำนวนกองทุนซื้อบริการตาม Care plan	ร้อยละ	ซื้อบริการ Care plan ไปที่	
						ศูนย์ของอปท.	หน่วยบริการ
1	กันทรลักษณ์	403	10	1	10.00	1	
2	กันทรารมย์	292	9	7	77.77	6	1
3	ขุขันธ์	544	12	8	66.66	8	
4	ขุนหาญ	338	6	4	66.66	6	
5	น้ำเกลี้ยง	36	3	3	100.00	3	
6	โนนคูณ	66	3	1	33.33	1	
7	บึงบูรพ์	26	2	2	100.00	2	
8	เบญจลักษณ์	91	4	0	0	0	
9	ปรางค์กู่	151	6	1	16.67	1	
10	พยุห์	53	4	4	100.00	4	
11	โพธิ์ศรีสุวรรณ	132	4	4	100.00	4	
12	ไพรบึง	15	2	1	50.00		1
13	ภูสิงห์	9	4	3	75.00	3	
14	เมืองจันทร์	73	3	2	66.67	2	
15	เมืองศรีสะเกษ	267	11	7	63.63	7	
16	ยางชุมน้อย	201	4	4	100.00	4	
17	ราชไพศาล	567	14	14	100.00	14	
18	วังหิน	97	4	4	100.00	4	

ลำดับ	อำเภอ	ผู้สูงอายุมี แผนการดูแล รายบุคคล (Care plan)	จำนวนอปท. ที่เข้าร่วม โครงการ LTC	จำนวน กองทุนซื้อ บริการตาม Care plan	ร้อยละ	ซื้อบริการCare planไป ที่	
						ศูนย์ของ อปท.	หน่วยบริการ
19	ศรีรัตนะ	174	4	4	100.00	4	
20	ศีลาลาด	157	4	4	100.00	4	
21	ห้วยทับทัน	30	3	3	100.00	3	
22	อุทุมพรพิสัย	410	11	8	72.73	8	
	รวม	4,132	127	90	70.86	88	2

จากตารางที่ 4 กองทุนตำบล LTC ที่ซื้อบริการ Care plan โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมกองทุนที่สมัครปี 2559-2560 จำนวน 91 แห่งจากที่สมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 127 แห่ง ร้อยละ 70.86 ซึ่งเป็นการซื้อบริการ Care plan ไปที่ศูนย์ดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งขึ้น จำนวน 88 แห่ง ร้อยละ 97.77

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูล ผลการดำเนินงานโครงการ LTC ปี พ.ศ. 2561

ที่	อำเภอ	เป้าหมายตำบล LTC 61(แห่ง)	เป้าหมาย อปท. LTC 61(แห่ง)	ตำบล ที่สมัครเพิ่ม LTC 61(แห่ง)	อปท.ที่ สมัครเพิ่ม LTC 61(แห่ง)
1	เมืองศรีสะเกษ	7	7	7	7
2	กันทรลักษ์	10	11	10	11
3	กันทรารมย์	8	8	8	8
4	ขุขันธ์	11	11	11	11
5	ขุนหาญ	6	7	6	7
6	ราชัไสล	0	0	0	0
7	อุทุมพรพิสัย	9	9	9	9
8	ปรางค์กู่	5	5	5	5
9	ไพรบึง	5	5	5	5
10	ห้วยทับทัน	3	4	3	4
11	โนนคูณ	2	2	2	2
12	ยางชุมน้อย	3	3	3	3

ที่	อำเภอ	เป้าหมายตำบล LTC 61(แห่ง)	เป้าหมาย อปท. LTC 61(แห่ง)	ตำบล ที่สมัครเพิ่ม LTC 61(แห่ง)	อปท.ที่ สมัครเพิ่ม LTC 61(แห่ง)
13	ศรีรัตนะ	3	3	3	3
14	บึงบูรพ์	0	0	0	0
15	วังหิน	4	4	4	4
16	น้ำเกลี้ยง	3	3	3	3
17	ภูสิงห์	3	3	3	3
18	เมืองจันทร์	0	0	0	0
19	เบญจลักษ์	1	1	1	1
20	พยุห์	2	2	2	2
21	โพธิ์ศรีสุวรรณ	1	1	1	1
22	ศิลาลาด	0	0	0	0
รวมทั้งหมด		86	89	86	89

จากตารางที่ 5 พบว่าผลการดำเนินงานโครงการ LTC จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินงานตำบล LTC ในปีงบประมาณ 2561 มีพื้นที่เป้าหมายใหม่ จำนวน 86 ตำบล ใน 89 อปท. และสมัครเข้าร่วมโครงการครบทุกแห่ง

2.6.9.11 เกณฑ์การประเมินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

เกณฑ์การประเมินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559 โดยศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 100 คะแนน

มาตรฐานที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขต10 (4 องค์ประกอบ)

100 คะแนน

มาตรฐานที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 100 คะแนน

มาตรฐานที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Care giver)/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เป็นทางการ 100 คะแนน

มาตรฐานที่ 5 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น 50 คะแนน

มาตรฐานที่ 6 การบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้าน(Home Health Care) โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข(ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ Care manager, Family care team) 70 คะแนน

มาตรฐานที่ 7 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) 30 คะแนน

มาตรฐานที่ 8 มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 30 คะแนน

มาตรฐานที่ 9 วัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ 100 คะแนน

มาตรฐานที่ 10 ผลลัพธ์การดำเนินงาน 100 คะแนน

รวมเกณฑ์ประเมิน 10 มาตรฐาน 850 คะแนน การแปลผลการประเมิน ดังนี้

ระดับพื้นฐาน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50-59 คะแนนระหว่าง 425-509 คะแนน

ระดับดี ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60-69 คะแนนระหว่าง 510-594 คะแนน

ระดับดีมาก ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70-79 คะแนนระหว่าง 595-679 คะแนน

ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 680 คะแนนขึ้นไป

ตารางที่ 6 ผลการประเมินตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ปี 2561 จ.ศรีสะเกษ

ลำดับ	อำเภอ	ตำบล LTC ที่ประเมิน	ระดับ	จำนวนผู้สูงอายุพึงพิง(คน)
1	อุทุมพรพิสัย	หนองห้าง	ดีเด่น	51
2	กันทรลักษณ์	ภูเงิน	ดีเด่น	33
3	น้ำเกลี้ยง	เขิน	ดีเด่น	11
4	ศิลาลาด	หนองบัวดง	ดีเด่น	52
5	ภูสิงห์	ละลม	ดีเด่น	37
6	ขุนหาญ	พราน	ดีเด่น	61
7	พยุห์	ทต.พยุห์	ดีเด่น	14
	(ต.พยุห์)	อบต.		9
8	วังหิน	ควนใหญ่	ดีเด่น	15
9	ขุขันธ์	โสน	ดีเด่น	95
10	เมืองศรีสะเกษ	น้ำคำ	ดีเด่น	87
11	โพธิ์ศรีสุวรรณ	โคต	ดีเด่น	49
12	เมืองจันทร์	หนองใหญ่	ดีเด่น	37
13	ยางชุมน้อย	โนนคูณ	ดีเด่น	75
14	กันทรารมย์	โนนสังข์	ดีเด่น	84
15	ราชีไศล	คู	ดีเด่น	95
16	บึงบูรพ์	เป้าะ	ดีเด่น	11
17	ห้วยทับทัน	ห้วยทับทัน	ดีมาก	14
18	โนนคูณ	โนนค้อ	ดีมาก	37

ลำดับ	อำเภอ	ตำบล LTC ที่ประเมิน	ระดับ	จำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง(คน)
19	เบญจลักษ์	หนองหัว	ดีมาก	82
20	ศรีรัตนะ	พิงพวย	ดีมาก	17
21	โพธิ์บึง	อบต.โพธิ์บึง	ดีมาก	23
	(ต.โพธิ์บึง)	ทต.โพธิ์บึง		8
22	ปรางค์กู๋	ทต.พิมาย	ดีมาก	22
	(ต.พิมาย)	อบต.พิมาย		13

จากตารางที่ 6 พบว่า ปี พ.ศ. 2561 จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านการรับรองตำบล LTC ระดับดีเด่น จำนวน 16 ตำบล ผ่านการรับรองตำบล LTC ระดับดีมาก จำนวน 6 ตำบล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,032 คน

กล่าวโดยสรุป จังหวัดศรีสะเกษ สมัครเข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2559 โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการจากกองทุน Long Term Care (LTC) จำนวน 27 ตำบล 29 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ปี พ.ศ. 2560 สมัครเข้าร่วมโครงการ 98 อปท. และผู้บริหารได้ขยายผลครบร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2561 รวม 206 อปท. มีจำนวน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) จำนวน 386 คน มีจำนวน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จำนวน 1,746 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 193,416 คนมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10,723 คน โดยมีสัดส่วน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข(CM) ต่อ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เท่ากับ 1:3 (เกณฑ์ 1:5-7) สัดส่วน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) :ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 1:4.3 (เกณฑ์ 1:5-10) มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินตำบล Long Term Care 125 ตำบล ตามเกณฑ์ประเมินของกรมอนามัย ผ่านเกณฑ์ดีเด่น จำนวน 16 ตำบล ผ่านเกณฑ์ดีมาก จำนวน 6 ตำบล

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมใน 2 ประเด็นหลักได้แก่ ประเด็นที่ 1 ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเด็นที่ 2 ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

2.7.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.7.1.1 ปัจจัยด้านสุขอนามัยและพฤติกรรมกรบรีโภค ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโรคพยาธิ บริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบปลาดิบ ลาบเนื้อดิบ ปราร้าดิบ ผักที่ล้างไม่สะอาดซึ่งอาจมีไข่

พยาธิติดมาด้วย พฤติกรรมการขับถ่ายที่ไม่ขับถ่ายลงส้วม ทำให้เกิดการแพร่กระจายของระยะติดต่อของพยาธิหรือการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การไม่สวมรองเท้าย สุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือก่อนหยิบอาหารเข้าปาก ฯลฯ จึงทำให้สามารถติดเชื้อรวมถึงเป็นตัวแพร่กระจายเชื้อโรคได้ (สุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพ และคณะ, 2560) การไม่ล้างมือก่อนและหลังขับถ่ายและก่อนรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารไม่ล้างผักสดก่อนรับประทาน เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิไส้เดือนและการบริโภคปลาดิบ โดยเฉพาะปลาเกล็ดขาวมีโอกาสติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในอัตราที่สูง (วรวิธ นาคอ้าย, 2563; สุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพและคณะ, 2560; จำลอง แก้วพิทยานนท์, 2558) ส่วนในต่างประเทศพบการดื่มน้ำไม่สะอาดในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อหนอนพยาธิมากกว่า 3 ชนิด (Ahmadiara E, et al., 2018) พฤติกรรมการขับถ่าย ซึ่งการสำรวจพฤติกรรมการไม่ล้างมือก่อนและหลังใช้ห้องน้ำของคณงานที่ปฏิบัติงานในโรงงานในจังหวัดสมุทรปราการพบว่ามีความเชื่อหนอนพยาธิในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่ล้างมืออย่างสม่ำเสมอ (สุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพ และคณะ, 2560). ส่วนการศึกษาในประเทศบราซิลที่ศึกษาในสถานดูแลผู้สูงอายุพบว่าการใช้ห้องน้ำที่ไม่สะอาดและมีสิ่งแวดล้อมที่มีน้ำขัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อพยาธิมากกว่า 3 ชนิด (Ahmadiara et al., 2018 ; จำลอง แก้วพิทยานนท์, 2558). และในการศึกษาในกลุ่มเด็กนักเรียนในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อหนอนพยาธิในเด็กนักเรียนได้แก่ ระบบสุขาภิบาลไม่ดี และพฤติกรรมของนักเรียนมีความเสี่ยงต่อการติดโรค เช่น การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการมีพยาธิ และพฤติกรรมการล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2559)

2.7.1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิศาสตร์ Schär และคณะ (2013) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมในPubMed สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ระหว่างมกราคม 1989 และตุลาคม 2011. การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของการติดเชื้อรวมอยู่ด้วย การวิเคราะห์ meta-analysis จำนวน 345 งานวิจัย แบ่งเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างในชุมชน 194 (62.4%) โรงพยาบาล, 121 (34.2%) และศูนย์ผู้ลี้ภัยและผู้อพยพ 39 (11.0%) พบการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ *S. stercoralis*. มีการความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อเอชไอวีและโรคพิษสุราเรื้อรังและ *S. stercoralis* (OR: 2.17 BCI: 1.18 – 4.01; หรือ: 6.69; : 1.47 – 33.8) ตามลำดับ และพบความชุกของการติดเชื้อสูงในประเทศบราซิลคล้ายคลึงกับประเทศไทยเนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์และอุณหภูมิอยู่ในเขตร้อนชื้นและมีอุณหภูมิเหมาะสมและประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อได้แก่กลุ่ม ภูมิคุ้มกันต่ำเช่น ผู้ป่วย HIV ติดสุรา ผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง อายุ และการติดเชื้อจะเริ่มจากวัยเด็กและเมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ก็จะมีอาการของการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น (Schär et al., 2013) ส่วนในประเทศไทยจะพบอัตราชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงในภาคอีสานมากกว่าประชาชนในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย (วรวิธ นาคอ้าย, 2563; สุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพและคณะ, 2560; จำลอง แก้วพิทยานนท์, 2558).

2.7.1.3 ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความเชื่อ แนวปฏิบัติทางสังคมที่สืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่นเช่นการรับประทานปลาดิบซึ่งในชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบปลาดิบ ลาบเนื้อดิบ ปราร้าดิบส่งผลให้มีการติดเชื้อหนองพยาธิที่สูงกว่าประชาชนในภูมิภาคอื่น ๆ (สุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพ และคณะ,2560) พบความสัมพันธ์ของการติดเชื้อหนองพยาธิกับปัจจัยด้านสังคมโดย (Engroff et al., 2018)

2.7.1.4 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิโดย กาญจนา (2559) เพ็ญญา และคณะ (2559) พลอยไพลิน และรุจิรา (2557), นิตยา และฉัตรชาธร (2557) ที่ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบหลังการทดลองปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001 (กาญจนา ฮามสมพันธ์, 2559 ;เพ็ญญา คงศิลาและคณะ, 2559 ; พลอยไพลิน ทับทิมและรุจิรา ดวงสงค์, 2557, นิตยา ศรีวิชา และฉัตรชาธร ภาโนมัย, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาดา เรียมริมมะดัน, 2561ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มแรงงานในจังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 400 คนพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.33$, p -value<0.05) และปัจจัยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ,ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=85.85$ ตามลำดับ, p -value<0.05) (ญาดา เรียมริมมะดัน, 2561)

2.7.1.5 ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ดังนี้ ปัจจัยด้านเพศ พบมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนองพยาธิพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ Khieu และคณะ (2014) การศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิสตรองจิริรอยด์ใน Takeo Province ในประเทศกัมพูชาในปี 2014 พบว่าเพศชายมีอัตราการติดเชื้อมากกว่าเพศหญิงเพราะกลุ่มนี้เป็นกลุ่มหลักที่ต้องประกอบอาชีพเกษตรกรรมโดยไม่สวมรองเท้าเป็นส่วนใหญ่โดยจะพบความชุกของการติดเชื้อพยาธิสูงขึ้นในประชาชนที่มีอายุมากขึ้นเช่นในกลุ่มเด็ก ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 14.5 และพบการติดเชื้อร้อยละ 28.0 ในประชาชนอายุ 50-60 ปี ดังนั้นการติดเชื้อจะพบได้ตั้งแต่วัยเด็กจากการไม่สวมใส่รองเท้าและมีการติดเชื้อและเมื่ออายุมากขึ้นยังมีการสะสมของการติดเชื้อพยาธิมากขึ้น ซึ่งการติดเชื้อพยาธิมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเพศชายมีอัตราการติดเชื้อโรคหนองพยาธิมากกว่าเพศหญิง (Khieu V, et al.,2014) ซึ่งการศึกษาของ Laoraksawong และคณะ ได้ทำการความชุกของการติดเชื้อพยาธิสตรองจิริรอยด์และพยาธิลำไส้อื่นๆ ในอำเภอเมือง จังหวัด

ขอนแก่นพบว่าเพศชายมีอัตราการการติดเชื้อ *S. Stercoralis* และ *O. viverini* มากกว่าเพศหญิง (Laoraksawong et al.,2017) และเกษตร ปะที ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคหนอนพยาธิของประชาชนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล คือ เพศชาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิมากกว่าเพศหญิง ส่วนในต่างประเทศ Pdr และ คณะ (2017).และคณะการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อสตรองจิริรอยต์ในหมู่บ้าน Kenethao, จังหวัดไชยบุรี, สปป. ลาว. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,168 คน พบความชุกของ *S. stercoralis* และการติดเชื้อ *hookworm* ในเพศชายและเพศหญิงไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.193$) ซึ่งสาเหตุของการติดเชื้อได้แก่ อาชีพเกษตร ($P = 0.001$) และเดินเท้าเปล่าเมื่อไปนอกบ้าน ($P = 0.003$) (Senephansiri et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิสตรองจิริรอยต์และพยาธิลำไส้ชนิดอื่น ๆ ในอำเภอเมืองขอนแก่น พบเพศชายมีแนวโน้มที่จะติดเชื้อ *O. viverini* และโรคหนอนพยาธิอื่น ๆ มากกว่าเพศหญิง (aOR 4.1; 95% CI: 2.3ถึง7.2, P-value<0.001) (Laoraksawong et al., 2017) ส่วน ธนเดช สัจจวัฒนา ศึกษาการระบาดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิของนักเรียนในโรงเรียน สังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 21พบการติดเชื้อหนอนพยาธิจำนวน 72 คนจากตัวอย่างอุจจาระที่รวบรวมได้ 871 คน คิดเป็นร้อยละ 8.27 เชื้อที่ตรวจพบคือ พยาธิปากขอร้อยละ 51.39 พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 25.00 พยาธิ ใบไม้ตับขนาดกลางร้อยละ 12.50 พยาธิไส้ม้าร้อยละ 5.56 พยาธิเข็มหมุดร้อยละ 2.78 พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 1.39 และยังพบว่ามี การติดเชื้อหนอนพยาธิ 2 ชนิดในคนคนเดียว (พยาธิปากขอและพยาธิใบไม้ตับ) ร้อยละ 1.39 และพบพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อหนอนพยาธิ คือ สุขาภิบาลไม่ดีพอ พฤติกรรมบางอย่างของ นักเรียนมีความเสี่ยงต่อการติดโรค เช่น การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการมีพยาธิ (ธนเดช ต้นสัจจจา, 2558) ส่วนการศึกษาความชุกของโรคพยาธิผ่านดินในเด็กนักเรียนในโรงเรียนตระเวนชายแดนในเขตภาคเหนือพบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินร้อยละ17.3เชื้อหนอนพยาธิที่ตรวจพบมากคือ พยาธิไส้เดือนร้อยละ 16.0 และพยาธิปากขอร้อยละ1.3 และเพศชายมีอัตราการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิที่ติดต่อผ่านดินมากกว่าในเพศหญิง (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2559) และการศึกษาของการศึกษาของ พลากร พุทธิรักษ์ (2556)ได้ศึกษาถึงการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของประชาชนที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติระหว่าง จำนวน 6,542 ราย เพศชายจำนวน 3,090 ราย เพศหญิง 3,452 ราย พบว่าความชุกของการติดหนอนพยาธิและโปรโตซัวมีความสัมพันธ์กับเพศและอายุการติดเชื้อในเพศชายพบมากกว่าเพศหญิง ($p<0.05$) แตกต่างจากการศึกษาในมณฑลเจียงซีทางตะวันตกเฉียงใต้ประเทศจีนพบว่าความชุกของการติดเชื้อในผู้หญิงมีอัตราสูงกว่าเพศชายและจะพบความชุกลดลงในประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุและโรคหนอนพยาธิที่พบส่วนมากได้แก่พยาธิปากขอซึ่งสาเหตุส่วน

ใหญ่มาจากการดื่มน้ำไม่สะอาดและสภาพสิ่งแวดล้อม การทำอาชีพเกษตรกร (พลากร พุทธรักษ์, 2556)

ปัจจัยด้านอายุและอาชีพ มีผลต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิซึ่งจากการศึกษาของ พลากร พุทธรักษ์ (2556) โดยพบการติดเชื้อสูงสุดในช่วงอายุ 41-50 ปี สำหรับการติดเชื้อโปรโตซัว ได้แก่ *Blastocystis hominis*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba histolytica* และ *Endolimax nana* ความชุกของการติดเชื้อเท่ากันคือร้อยละ 0.02 พบมากในกลุ่มช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ส่วนการตรวจหาหนอนพยาธิเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจะพบน้อยและจะพบในบางพื้นที่เท่านั้น เช่น การศึกษาของวรยุทธ นาคอ้าย และคณะ (2563) ได้ศึกษาการติดเชื้อหนอนพยาธิของประชาชนในพื้นที่อำเภอเกลือ จังหวัดน่าน พบว่าความชุกของโรคหนอนพยาธิในกลุ่มประชาชนทั่วไปจำนวน 270 คน พบว่ากลุ่มที่มีการติดเชื้อมากที่สุดได้แก่ 60ปีขึ้นไปร้อยละ 67.6 และติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ สูงสุดร้อยละ 37.8 พบในเพศชาย >หญิง พบพยาธิใบไม้ตับ (OV like) มากที่สุดร้อยละ 26.9 และตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 21.4 ไข่พยาธิปากขอและไข่พยาธิ กลุ่มพยาธิติดเท่ากัน ร้อยละ 4.1 ตามลำดับ (วรยุทธ นาคอ้าย และคณะ, 2563) ส่วนในต่างประเทศก็มีรายงานการศึกษาความชุกของการติดเชื้อหนอนพยาธิในผู้สูงอายุบ้างเช่นในประเทศปากีสถานซึ่ง Bikash Shakya, Shiba Kumar Rai, Anjana Singh and Arina Shrestha (2014) ได้ศึกษาการติดเชื้อหนอนพยาธิในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 237คนพบว่าความชุกของการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 41.7 และร้อยละ 30.6 พบการติดเชื้อหนอนพยาธิมากกว่า 2 ชนิดและผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ผู้สูงอายุที่รัฐบาลในเขตเมืองจัดให้มีอัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทและที่บ้านของผู้สูงอายุ 50.8, 46.8 และ 21.2 ตามลำดับและพบว่าเพศหญิงมีอัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิมากกว่าเพศชายเนื่องด้วยเพศหญิงส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา มีหน้าที่ดูแลลูก ทำงานด้านเกษตรทำให้มีโอกาสโอกาสสัมผัสผืนดินมากกว่าและการรับประทานผักสดที่ไม่ได้ล้างให้สะอาด (Shakya et al., 2014)

2.7.1.6 ปัจจัยด้านอื่นๆได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพก็มีผลต่อการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิเช่นการประเทศอิหร่านที่มีการศึกษาสาเหตุของการติดเชื้อหนอนพยาธิในผู้สูงอายุได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สุขวิทยาส่วนบุคคล ที่พักอาศัยที่ไม่สะอาด และดื่มน้ำไม่สะอาด (Ahmadiara et al., 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับลักษณะของพยาธิปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในการติดเชื้อหนอนพยาธิในประชาชน ได้แก่ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ซึ่งผู้วิจัยจึงนำเอาปัจจัยเหล่านี้มาเป็นข้อคำถามเพื่อหาความสัมพันธ์ในการติดเชื้อหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

2.7.2 แนวทางพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง เพื่อให้การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความ ยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพราะจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและแรงสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดังนั้นผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบโดยใช้ทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและการสร้างพลังอำนาจนำมาใช้เพื่อการพัฒนา ดังนี้

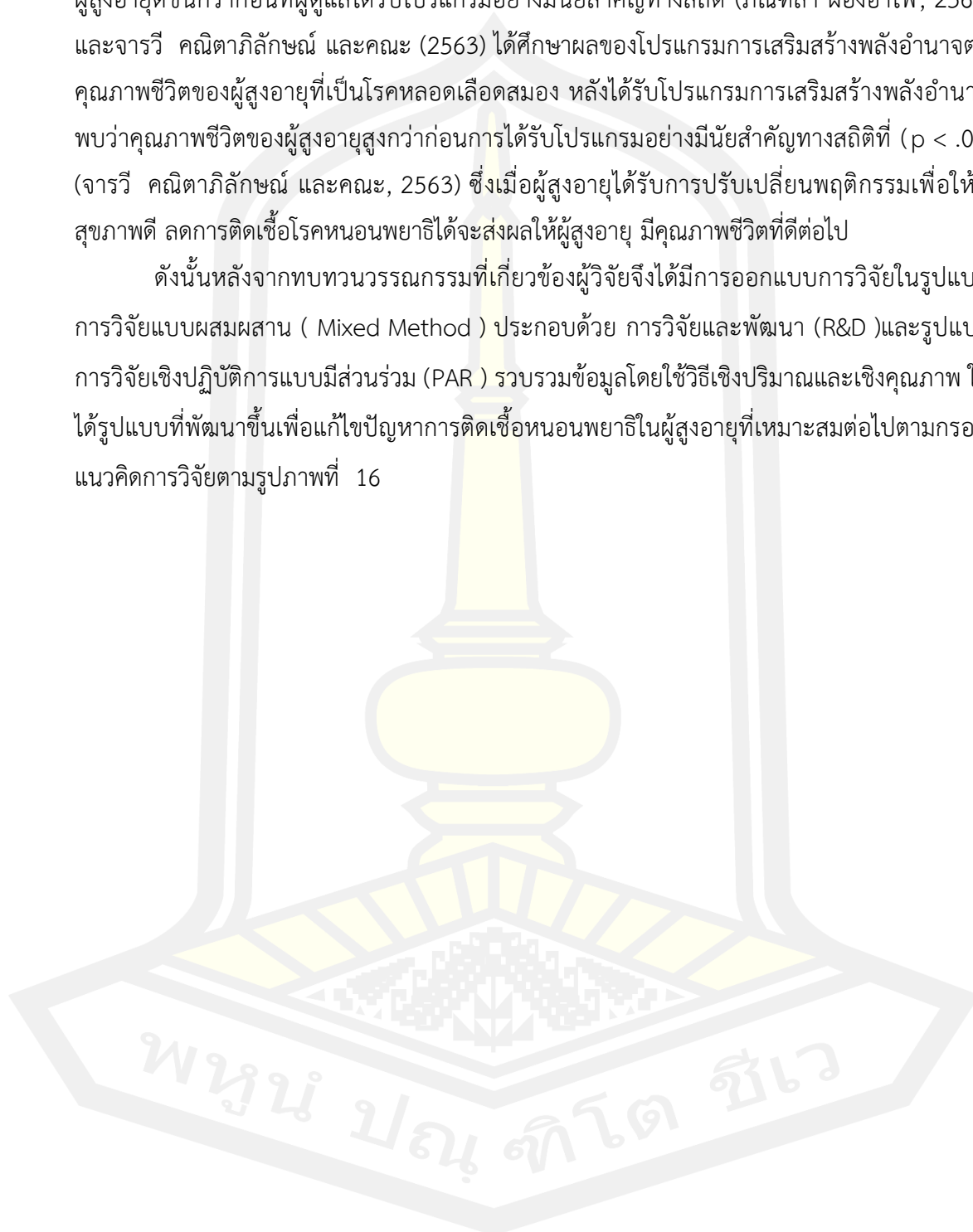
2.7.2.1 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดการติดเชื้อหอนอนพยาธิ ซึ่งได้มีผู้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับในกลุ่มประชาชน เช่น การศึกษาของ ศิวชัย ทองนา เมืองและรุจิรา ดวงสงค์ (2555).ในกลุ่มนักเรียนพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิ ใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีการรับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ในตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็ง ท่อน้ำดีมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (ศิวชัย ทองนาเมืองและรุจิรา ดวงสงค์ ,2555).และแพรเพชร พัฒนราช (2555) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี ความสามารถตนเองกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรม การบริโภคปลาดิบ ที่อาศัยอยู่ ในพื้นที่เขตพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 60 คน พบว่าหลังทดลองประชาชนมี คะแนนเฉลี่ยความตระหนักและความตั้งใจมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ด้านการปฏิบัติในการบริโภคพบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติระดับ ดีเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และกลุ่มทดลองมีความพึง พอใจของต่อโปรแกรมมากกว่าร้อยละ80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (แพรเพชร พัฒนราช , 2555) และมีงานวิจัยอื่น ๆที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้มีการประยุกต์ใช้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค พยาธิใบไม้ในตับ โดยพบว่าหลังทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ความสามารถในการปฏิบัติตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (กาญจนา ฮามสมพันธ์และคณะ, 2559 ;กัญญาลักษณ์ ศักดิ์สิทธิ์,และ คณะ, 2561; ฉัตรลดา ดีพร้อมและนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่., 2561; ทวีเลิศ ขายงามและคณะ, 2563).

2.7.2.2 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งการศึกษาการใช้รูปแบบการ สร้างเสริมพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งการสร้างพลังอำนาจจะเป็นกระบวนการ หนึ่งที่สนับสนุน ส่งเสริมให้บุคคลสามารถนำเอาส่วนที่ดีของตนเองนำมาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพในการ ดูแลตนเองให้สุขภาพดี ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษาของปรเมษฐ์

นามชู (2554) ที่มีการนำเอาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย และระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ซึ่งผลการศึกษาพบว่าระดับเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การปรับตัวด้านร่างกายโดยรวม และรายด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีระดับ HbA1C ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (ปรเมษฐ์ นามชู, 2554) และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช (2556) ศึกษา ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของ คะแนนภาวะซึ่มเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจหลังการทดลอง ต่ำกว่า ระหว่างการทดลองและก่อนการทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับเป็นรายคู่พบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะ ซึ่มเศร้า หลังการทดลองต่ำกว่าระหว่างการทดลอง และก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, 2556) ซึ่งปรางทิพย์ อัจจะรัตนา (2557) ได้ศึกษานำเอาการ สร้างเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน Gibson ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ การตัดสินใจเลือกวิถี ปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพผลการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและระดับการควบคุมน้ำตาลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติและนาถอนงค์ บำรุงชน และคณะ (2557) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลัง อำนาจผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการดูแลมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (นาถอนงค์ บำรุงชน และคณะ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แนวน บุตร (2558) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล ผู้ป่วยในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยใน ครอบครัวรายด้านและโดยรวม หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($t_{29} = 42.17, p\text{-value} < .001$) (สุภาพร แนวนบุตร, 2558) การเสริมสร้างพลัง อำนาจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งด้านโภชนาการ ออก กกำลังกาย สังคม จิตใจ จิตวิญญาณ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และในกลุ่มผู้สูงอายุได้ผู้ที่ศึกษา การใช้การสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนากระบวนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้นเช่น สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์ (2557) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้าง ศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) (สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, 2557) และภัญชिता ผ่องอำไพ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลัง ครอบครัวต่อความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการทดลองพบว่า ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

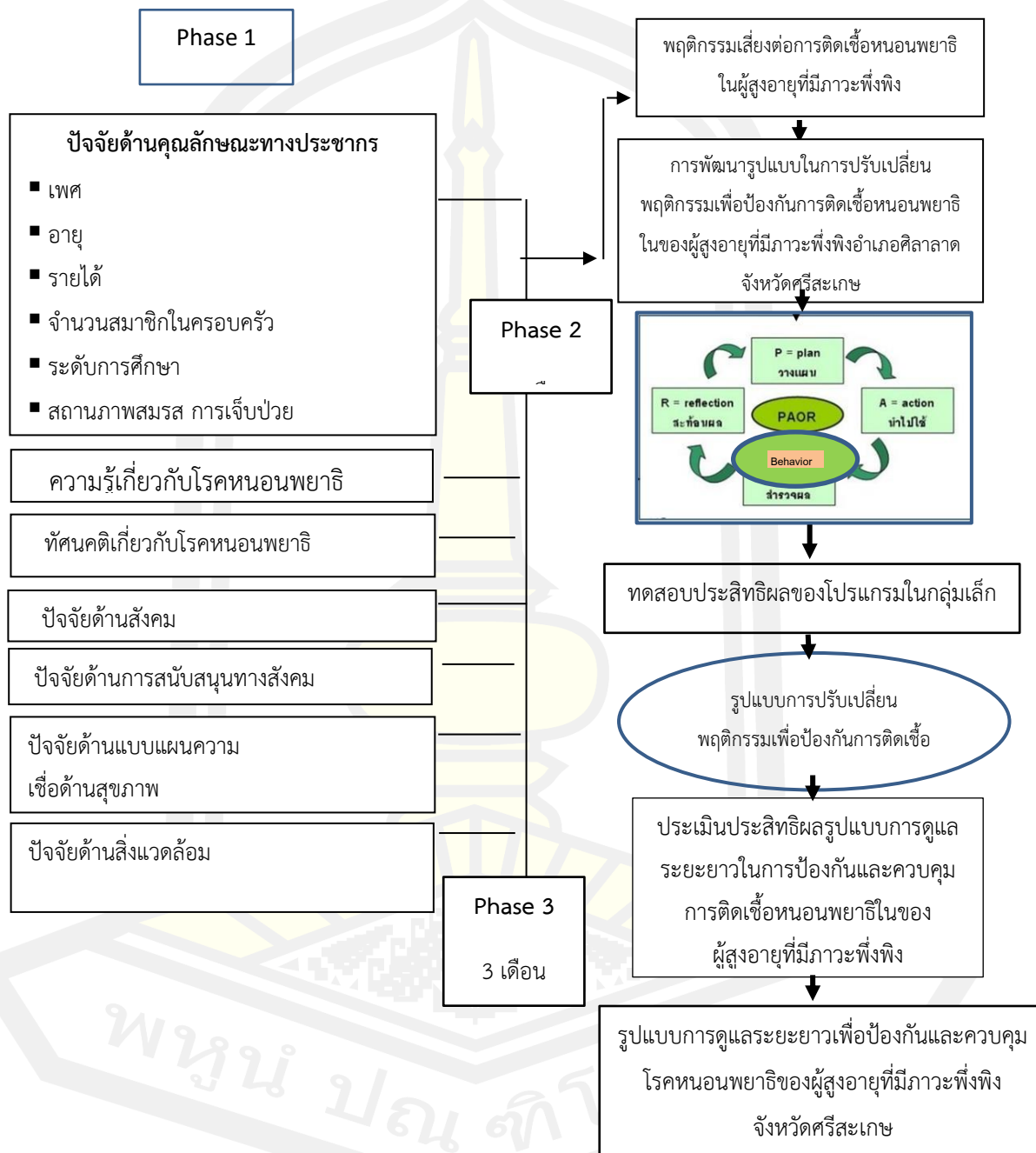
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสามารถป้องกันและลดการหกล้มได้และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภักดีทิลา ผ่องอำไพ, 2560) และจารวี คณิตาภิลักษณ์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) (จารวี คณิตาภิลักษณ์ และคณะ, 2563) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดี ลดการติดเชื้อโรคหอนอนพยาธิได้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ดังนั้นหลังจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงได้มีการออกแบบการวิจัยในรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ประกอบด้วย การวิจัยและพัฒนา (R&D)และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) รวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ให้ได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการติดเชื้อหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไปตามกรอบแนวคิดการวิจัยตามรูปภาพที่ 16



2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยและจัดทำกรอบแนวคิดและกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวเพื่อควบคุมและป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุดังกรอบแนวคิดดังนี้

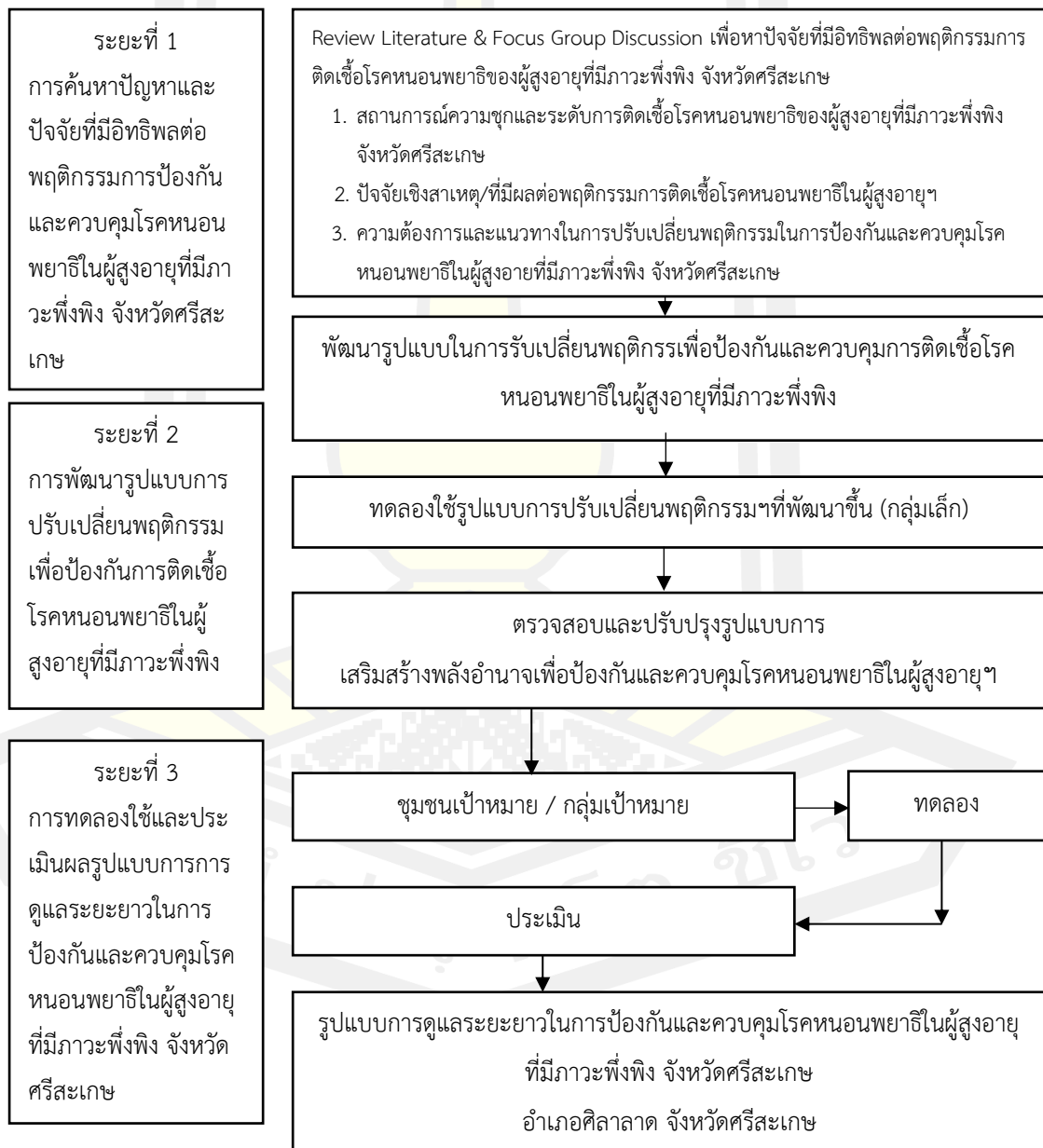


ภาพประกอบที่ 15 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้รูปแบบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน(Mixed Method) โดยใช้วิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีขั้นตอนการวิจัย ดังภาพที่ 3.1



ภาพประกอบที่ 16 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1.การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค หนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

เป็นการศึกษาความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการวิจัยปริมาณ (Quantitative research) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระยะเวลาระหว่างเดือน มกราคม 2563- กุมภาพันธ์ 2563

1.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนเขตเมืองจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 272 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง เคลลีและแม็กเวล (Kelly & Maxwell, 2003) นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{XXj}^2} \right) \left(\frac{\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}}{N-p-1} \right) + p + 1$$

โดยที่:

- N_M = จำนวนของตัวอย่าง
- N = 50% ของโอกาสที่จะได้ 95%CI ของ R^2 น้อยกว่า 0.01
- P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 5 predictors)
- α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)
- w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก
- R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการคาดและประมาณการจากการศึกษาของอภิชาติ แสงปราษฎ์ (2553) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ($R^2=0.520$)

$R^2_{x \rightarrow y}$ = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้น
อภิชิต แสงปราษฎ์ (2553) ($R^2=0.230$)

$X^2_{(1-\gamma; N-1)}$ = ควอไทล์ ของการกระจายแบบ ไค-สแควร์ (0.8)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน AIPE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนองพยาธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 130 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความ คลาดเคลื่อน(Design Effect) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 260 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาสัดส่วนจากประชากรผู้สูงอายุแบ่งเป็นโซน ของระดับอำเภอจำนวน 6 โซนและสุ่มอำเภอมาจำนวน 1 อำเภอต่อ 1 โซน เพื่อมาคำนวณขนาด ตัวอย่างดังนี้

ตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	สัดส่วนประชากรในอำเภอจำนวน 6 โซนของจังหวัดศรีสะเกษ		
	อำเภอ	จำนวนประชากร ผู้สูงอายุ	ขนาดตัวอย่าง
1	พยุห์	4,908	34
2	ราชสีสไล	14,681	103
3	ศรีรัตนะ	6,902	48
4	ภูสิงห์	6,071	42
5	โพธิ์ศรีสุวรรณ	3,770	26
6	ศิลาลาด	2,583	18
	รวมผู้สูงอายุทั้งหมด	38,915	272

1.3 ตัวแปรในการศึกษาและการวัดตัวแปร

(1) ตัวแปรต้น (Independent variable) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคหนองพยาธิ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ ทักษะคติเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ บรรทัดฐานทางสังคม ปัจจัยด้านสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตาม แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ

(2) ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรค หนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกิง จังหวัดศรีสะเกษที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน การขับถ่าย ฯลฯ ผลจากแบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหอนอนพยาธิ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 16 ข้อ รวม 16 คะแนน โดยประเมิน

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคหอนอนพยาธิ จำนวน 16 ข้อประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการบริโภคอาหารประเภทปลาดิบของครอบครัวและเพื่อนที่ไปมาหาสู่กัน รวมทั้งลักษณะการขับถ่ายอุจจาระและการส่งตรวจอุจจาระลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าแบบ likert scale โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าคะแนนดังนี้

การปฏิบัติ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

คะแนน โดยประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

ระดับความรู้	ค่าคะแนน
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79.9
ต่ำ	ร้อยละ 0 – 59.9

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามบรรทัดฐานทางสังคม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยการได้รับข้อมูลด้านความเชื่อ วัฒนธรรมของชุมชนในการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมของชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า แบบ likert scale โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าคะแนนดังนี้

การปฏิบัติ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

คะแนน โดยประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

ระดับความรู้	ค่าคะแนน
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79.9
ต่ำ	ร้อยละ 0 – 59.9

ส่วนที่ 5 ปัจจัยการสนับสนุนด้านสังคม ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลด้านการป้องกันโรคหนอง
 พยาธิ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบ
 ประเมินค่า แบบ likert scale โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าคะแนนดังนี้

การปฏิบัติ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

คะแนน โดยประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

ระดับความรู้	ค่าคะแนน
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79.9
ต่ำ	ร้อยละ 0 – 59.9

ส่วนที่ 6 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค มีจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็นด้านละ 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าแบบ likert-scale โดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีค่าคะแนนดังนี้

การปฏิบัติ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

คะแนน โดยประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

ระดับความรู้	ค่าคะแนน
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79.9
ต่ำ	ร้อยละ 0 – 59.9

ส่วนที่ 7 แบบวัดสภาวะสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการเกิดโรคหอนอนพยาธิ ประกอบด้วย สภาพสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ การขับถ่ายอุจจาระ มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าแบบ likert-scale โดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีค่าคะแนนดังนี้

การปฏิบัติ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

คะแนน โดยประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

ระดับความรู้	ค่าคะแนน
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79.9
ต่ำ	ร้อยละ 0 – 59.9

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 27 ข้อ แปลผล เป็นแบบประเมินค่าแบบ likert scale โดยมีค่าคะแนนดังนี้

การปฏิบัติ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

คะแนน โดยประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

ระดับความรู้	ค่าคะแนน
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79.9
ต่ำ	ร้อยละ 0 – 59.9

3.1.2.2.4.3 เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์หาไข่พยาธิในอุจจาระของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมืออุปกรณ์และสารเคมีที่ใช้สำหรับการหาไข่พยาธิในอุจจาระของผู้สูงอายุโดยวิธี Formalin Ether Concentration Technique (FECT)

1.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.5.1 ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป ได้ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ -1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามไม่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

1.5.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธี

หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ วัฒนธรรมกลุ่ม การรับรู้ความสามารถของตน และ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ในด้านความรู้ ค่าความเชื่อมั่นรายด้านต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

1.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประมวลผล

มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดย

1.6.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่มีกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

1.6.2 ติดต่อประสานงานพบปะพูดคุยแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้บริหารเพื่อกำหนดวัน/เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยอธิบายวิธีการตอบให้ละเอียดจนเข้าใจดีและ

1.5.4 เก็บรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละฉบับ โดยเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณผู้บริหาร

1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

1.7.1 สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการกระจายมาก ทดสอบความโค้งไม่ปกติ ให้ใช้ค่ามัธยฐาน และค่าควอไทล์ที่ 1 และควอไทล์ที่ 3

1.7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

1) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์รายตัวแปร (Univariate Analysis) กรณีตัวแปรต้นเป็นข้อมูลกลุ่ม 2 กลุ่มกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ใช้สถิติ Independent t-test กรณีตัวแปรต้นเป็นข้อมูลกลุ่มมากกว่า 2 ตัวใช้สถิติ One-Way ANOVA กรณีตัวแปรต้นเป็นข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

2) วิเคราะห์สมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม

และการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

2.1.รูปแบบการวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, 2002) ร่วมกับการนำทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยในเขตตำบลสีกล้วย อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 4 เดือน

2..2 กิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

2.2.1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์โรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิและปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุ แนวทางและมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิ

2.2.2 ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ถึงศักยภาพ ความรู้ การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสัมภาษณ์

2.2.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ในการวิจัยระยะที่ 1 มาออกแบบพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลระยะยาวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบทและการประเมินสถานการณ์โรคติดเชื้อหอนอนพยาธิ นโยบาย แนวทาง และมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิ ร่วมกันออกแบบการดูแลระยะยาวในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.3 กลุ่มเป้าหมาย

2.3.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ผู้แทนชุมชน 5 ชุมชน,ผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุขจำนวน 4 คน(โรงพยาบาล 1 คน สสอ.1 คน ,รพ.สต.บ้านเตือ 1 คน,แพทย์ 1 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 5 คน, ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 2 คน,คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 5 คน,ผู้แทนจากโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 4 คนและผู้ดูแลผู้สูงอายุใน ครอบครัวจำนวน 43 คน รวมกลุ่มเป้าหมายที่ใช้พัฒนากระบวนการทั้งสิ้น 70 คน

2.3.2 กลุ่มเป้าหมายในการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงจำนวน 43 คน

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

2.4.1 แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structure Interview Guide) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบไปด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ของกลุ่มเป้าหมายและบริบทและการประเมินสถานการณ์โรคติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุ โดยการ การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อหนองพยาธิ นโยบาย แนวทาง และมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.4.2 แบบคัดลอกข้อมูล ใช้เก็บข้อมูลมือสองที่มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ด้านข้อมูลพื้นฐาน และสถานการณ์โรคติดเชื้อหนองพยาธิ การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง

2.4.3 แบบสอบถาม ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิงภาคีเครือข่ายผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมถึงสถานการณ์ทั่วไป ที่มีความ เกี่ยวข้องกับการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหนองพยาธิ

2.5 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย

2.5.1 แนวทางการสนทนาและประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ บันทึกการสนทนากลุ่มด้วย เครื่องบันทึกเสียง และการจดบันทึกภาคสนาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบสนทนากลุ่มที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นในหัวข้อบริบทของชุมชน สถานการณ์โรคติดเชื้อหนองพยาธิ บทบาทของผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง แนวทางการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหนองพยาธิ การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในประเด็นการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การระบาดของโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิ นโยบาย แนวทาง และมาตรการในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิ สิ่งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิ ความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ วัฒนธรรมกลุ่มและการรับรู้ความสามารถของตน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุฯ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิ ได้แก่ ไรบ่าง และ ชุมชนมีแนวทางในป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุฯ อย่างไรบ้าง ได้รับการสนับสนุนขององค์กรในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุฯ อย่างไรบ้าง

2.5.2 แนวทางการสังเกต ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินโครงการฯ ทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย

1) การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็นความสนใจ ขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่มการแสดงความคิดเห็นและการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการตามวัตถุประสงค์รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค

2) อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียงช่วยให้มีข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยทำการขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยทุกครั้งก่อนการบันทึกและบันทึกในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา บริบทของเนื้อหา ทั้งนี้ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมดผู้ศึกษาได้มีการเตรียมตัวก่อนเริ่มดำเนินการศึกษา โดยการอบรมเกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาหาความรู้ก่อนล่วงหน้าจากตำราเอกสารและบทความต่าง ๆ ที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยเฉพาะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และบทบาทของกระบวนการ พร้อมทั้งทักษะฝึกการตั้งคำถามเชิงวิเคราะห์ การฟัง การสรุปความรวบยอด และเป็นผู้ช่างสังเกต ที่จะทำให้เกิดความไว้วางใจ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานการศึกษาอิสระและได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

2.5.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม

(1) หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากคู่มือการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคหนองพยาธิของกระทรวงสาธารณสุข (2561)

(2) วัสดุทัศนังการสร้างปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างมือ

(3) ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องหนองพยาธิ

(4) แผ่นซีดีเพลงจิตตปัญญา เพื่อนำมาใช้ในการนำเข้าสู่บทเรียนและช่วงกิจกรรมผ่อนคลายตระหนักรู้และกิจกรรมการอบรม

(5) หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากคู่มือการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคหนองพยาธิของกระทรวงสาธารณสุข (2561)

(6) คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจประยุกต์มาจาก KKU Model (นิตยั ทศนิยม ,2555) ได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) และการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

(7) แผ่นซีดีเพลงจิตตปัญญา เพื่อนำมาใช้ในการนำเข้าสู่บทเรียนและช่วงกิจกรรมผ่อนคลายตระหนักรู้และกิจกรรมการอบรม

2.6 การพัฒนารูปแบบการบูรณาการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

2.6.1 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ผู้แทนชุมชน 5 ชุมชน ผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 4 คน (โรงพยาบาล 1 คน สสอ.1 คน ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต.บ้านเตื่อ 1 คน แพทย์ 1 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 5 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 5 คน ผู้แทนจากโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 4 คนและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 43 คน โดยนำปัญหาและความต้องการจากระยะที่ 1 มาวางแผนร่วมกับชุมชนในการปฏิบัติการจริง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) และการสร้างเสริม

พลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งการการพัฒนาในรูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ (PLAN) เป็นขั้นตอนของการทำความเข้าใจในกระบวนการ และการเตรียมความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายก่อนจะเริ่มการเรียนรู้

2) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ (DO) เป็นขั้นตอนของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเนื้อหา เรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อเชื้อหนองพยาธิ โดยแบ่งกิจกรรมการพัฒนาในรูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผ่านกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

D 1 การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพ และมีความพร้อมในการดูแลตนเองและมีความรู้ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่บุคคลในครอบครัว และชุมชน ใน 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและแกนนำผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุสุขบัญญัติ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 9 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมนั้นจะมีการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊อบสัน ครบทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 -120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยแบ่งการอบรมออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข(ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน และเครือข่ายผู้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้และเข้าใจกระบวนการในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว ชุมชน

D 2 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้แก่ ระบบคัดกรองตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบรักษา ระบบส่งต่อและระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใน 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อหนองพยาธิ ร่วมคิด ร่วมรับรู้ ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และ ร่วมรับประโยชน์ พัฒนาความรู้และทักษะให้กับประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ ผ่านกระบวนการการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบสื่อสุขศึกษา ซึ่งการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบ่งกิจกรรมการให้สุขศึกษา ออกเป็น 2 กิจกรรม คือ กิจกรรม

“สุขภาพดี ชีวิตใสห่างไกลโรคหนองพยาธิ” และกิจกรรม “โส ชอม ส่อ บ่อพ้อกัน แบ่งปันผ่านสื่อออนไลน์”

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาระบบการบริการและส่งต่อแบบไร้รอยต่อระหว่างศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนและหน่วยบริการสาธารณสุขโดยจัดเวทีเสวนาและถอดบทเรียนในการออกแบบกิจกรรมการดำเนินการในการจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน จำนวน 3 ครั้ง

D 3 การพัฒนานวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ เช่น สื่อเพลงหมอลำโปสเตอร์บ้านนี้กินปลาร้าสุก ชมรมคนกินสุก รวมถึงเครื่องมือป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ ซึ่งออกแบบให้มีความใกล้เคียงกับสังคม เศรษฐกิจ ของชุมชนเมือง ผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อหนองพยาธิ ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

กิจกรรมที่ 5 การสร้างค่านิยมใหม่ที่ถูกต้อง (values) หมายถึง การสร้างรูปแบบที่ดีของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อยกย่อง เชิดชูเป็นแบบอย่าง โดยการปรับทัศนคติที่ดีต่อการมีจิตอาสา สร้างอุดมการณ์และความมุ่งมั่นในการทำความดี เสียสละทุ่มเท และรักในอาชีพและวิชาชีพของตนเอง โดยมอบประกาศเกียรติบัตรบุคคลตัวอย่าง ชุมชนงดปลาร้าดิบ

3) ขั้นตอนที่ 3 O การประเมินการวัดการคงอยู่ของการปฏิบัติกิจกรรม (Observe) การประเมินผลการจัดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อหนองพยาธิโดยผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกการดำเนินกิจกรรมของประชาชน วิถีชีวิต และการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

4) ขั้นตอนที่ 4 R การสะท้อนการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ (Relaxion) เป็นการสะท้อนถึงผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด เกิดความไม่ครอบคลุม และสิ่งที่ต้องแก้ไขอย่างไรเพื่อนำสู่การพัฒนาในรอบ PAOR รอบต่อไป

2.7 วิธีเก็บข้อมูล

2.7.1 การเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอศีลาจาด จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.7.2 การลงพื้นที่เบื้องต้นเพื่อทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ เช่น ข้อมูลทางกายภาพ ข้อมูลทางสาธารณสุข ข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เห็นภาพรวมของพื้นที่อันเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและวางแผนวิจัยต่อไป

2.7.3 การเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนา

2.7.4 การลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันตามที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยใช้การเข้าสู่ภาคสนามโดยผ่านแกนนำเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลและเข้าไปสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

2.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาระยะนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สืบสนุนข้อมูลเชิงปริมาณที่วิเคราะห์ได้โดย

2.8.1 ข้อมูลจากการสำรวจพื้นที่ บริบทของพื้นที่ ลักษณะทางกายภาพ แหล่งทรัพยากรต่างๆ ภายในของพื้นที่ ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมืองและสถานการณ์การเกิดโรคไข้มาลาเรีย วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ การนำเสนอด้วยรูปภาพ และการเขียนอธิบายประกอบความเรียง

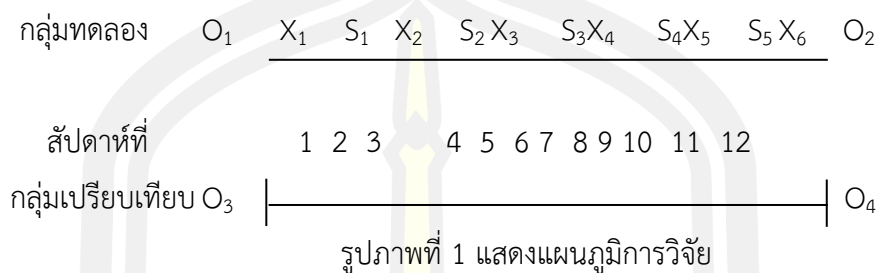
2.8.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจากการจดบันทึก การสังเกต และการถอดเทปบันทึกเสียง การนำข้อมูลที่ได้มาจัด เป็นหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้อง และอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3. การวิจัยในระยะที่ 3 ผลของรูปแบบการดูแลระยะยาวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยทำการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อหนองพยาธิ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติตัว แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ดำเนินการทดลองตามแบบแผนของงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ Two group pretest-posttest design ได้ดำเนินการโดยกำหนดพื้นที่ศึกษาเป็น 2 อำเภอที่มีพื้นที่ภูมิศาสตร์และอัตราการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุใกล้เคียงกัน โดยเลือกอำเภอศีลาลาด เป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 คนและอำเภอราชไศล เป็นอำเภอ

เปรียบเทียบ(Comparison Group) กลุ่มเป้าหมายจำนวน 79 คนโดยผู้วิจัยนำร่องรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยในระยะที่ 2 ไปทดลองใช้สำหรับในอำเภอเปรียบเทียบที่มีการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม



โดยกำหนดให้

- O₁ คือ การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O₂ คือ การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O₃ คือ การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ
- O₄ คือ การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ
- X₁ – X₅ คือ กิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด
- S₁ - S₅ คือ กิจกรรมการกระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- X₆ คือ กิจกรรมสรุปบทเรียนที่ได้รับ

โดยในการเก็บข้อมูลนั้น จะประกอบด้วยคะแนนความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจ และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิและการติดเชื้อหอนอนพยาธิ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 การคัดเลือกพื้นที่วิจัย จำนวน 2 กลุ่มจากอำเภอที่มีสภาพภูมิศาสตร์ คุณลักษณะประชากรและอัตราการติดเชื้อหอนอนพยาธิในอัตราใกล้เคียงกันได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ได้แก่ กลุ่มทดลอง ได้แก่กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในพื้นที่ตำบลลี้ลี้ อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 69 คน และกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในพื้นที่ ตำบลด่าน อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 79 คน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2563 ถึง มกราคม 2564

3.2.2 กลุ่มประชากรซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) กลุ่มเป้าหมาย มีดังต่อไปนี้

3.2.2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

(1) ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปี ที่มีระดับคะแนน ADL <12 สิทธิ UC ทั้งหมดที่มีรายชื่อตาม ทะเบียนข้อมูลรายงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่เป้าหมายของการวิจัย ณ วันที่สำรวจ

(3) ผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3.2.2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงกับการดูแล ผู้สูงอายุของครอบครัว ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้ดูแลหลักในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่กำลังทำหน้าที่ในปัจจุบันทุกคน

(2) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลมีสิทธิการรักษาภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(3) อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุที่ให้การดูแล ได้แก่ บุตร เขย/สะใภ้ คู่สมรส หลาน ญาติพี่น้อง หรือไม่มี ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล

(4) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

(5) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.2.2.3 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุประจำสถานบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่จากหน่วยงาน

(2) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

(3) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล การติดตามประเมินผลภายใต้โครงการวิจัย

(4) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.2.2.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงกับการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ใช่คนในครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่ได้รับการมอบหมายจากชุมชนหรือ หน่วยงานในชุมชนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ อาสาสมัครอื่น ๆ

(2) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลอยู่ในประสภาวะความยากลำบาก มีข้อจำกัดในการ ปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index ในระดับ

ทูปพล 54 ภาพรุนแรง (ADL < 12 คะแนน) หรือมีภาวะบกพร่องทางเขาว์ปัญญา ที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ซึ่ง ประเมินจาก เครื่องมือ MMSE - Thai ที่มีค่าคะแนนสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

(3) ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุที่ให้การดูแล หรือไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุที่ให้การดูแล

(4) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(5) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

(6) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.2.2.5 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เป็นกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรม สนับสนุน ส่งเสริม กระบวนการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่มีความหลากหลาย ประกอบด้วย

(1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระสงฆ์

(2) บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เป็นต้น

(3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค้การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

(4) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยกระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ และผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยอื่น ๆ ในพื้นที่ ได้แก่ การศึกษานอก โรงเรียน

(5) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

(6) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.2.3 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

(1) ประชากร (Populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลคลีกลิ่ง อำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 69 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลด่าน อำเภอรามายี่ไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 79 คน

(2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990)

$$n/\text{group} = \text{เมื่อ}$$

$$n = \text{ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม}$$

$$= \text{ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ } = 0.05$$

$$\text{ดังนั้น } = 1.65$$

= ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ

$$80\% = 0.84$$

= ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

= ความต่างของผล (Effect size)

สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์ (2557) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มทดลองจำนวน 26 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 29 คน รวม 55 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความสามารถในการดูแลและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่ากับ 122.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 5.06 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความสามารถในการดูแลและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 117.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 2.73 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$= 17.05$$

$$= 122.80 - 117.29$$

$$= 5.51$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้ $n/\text{group} = 6.97$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 6.97 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout และคณะ อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดวง (2548) พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26

$$= 8.20 \text{ ประมาณ } 9$$

จากการคำนวณในการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 9 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาทดลองเป็นจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดจาก 2 ตำบลได้แก่

1) กลุ่มทดลองได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลคึกคัก อำเภอสีลาสาท จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 จำนวน 69 คน

2) กลุ่มทดลองได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลด่าน อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 จำนวน 79 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอบรมเชิงปฏิบัติการการสร้างพลังอำนาจจำนวน 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) การสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Empowerment management) หมายถึงการสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในการป้องกันโรคหนองพยาธิ ได้แก่ การรับประทานอาหารสุก การล้างมือ การขับถ่าย การดื่มน้ำสะอาดฯ

(2) การสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มเครือข่ายผู้สูงอายุติดสังคม โดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการการสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 2 ครั้ง เพื่อให้รู้สึกมีคุณค่าในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(3) การสร้างเสริมพลังอำนาจแก่กลุ่มผู้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง (Learning by Doing) ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบ CBL เรียนรู้ ปฏิบัติ ส่งต่อความรู้และชื่นชม

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมกลุ่ม (Focus group) และจัดเวทีประชาคม การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน (Participation and transparency) หมายถึง การบริหารที่เปิดโอกาสให้ทุกคนมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการกิจหรือกิจกรรมของของการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ใช้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลที่เกิดขึ้นทุกอย่างทั้งดีและไม่ดี ร่วมรับรู้ข้อมูลทุกอย่าง ทุกคนได้รับรู้ข้อมูลทุกอย่างอย่างโปร่งใส ไม่ซ่อนเร้นปิดบัง มีการจัดการบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาระบบบริการเชิงรุกและเชิงรับให้ได้มาตรฐาน (Community based excellent) ตามมาตรฐาน 3S (Service, Structure, Support) โดยการจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชนโดยใช้บริบทเป็นฐาน จัดทำแนวทางเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ, การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุเพื่อลดการติดเชื้อ , การบริหารจัดการงบประมาณและการบริการเชื่อมต่อข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ (Seamless)

ขั้นตอนที่ 4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนานวัตกรรมใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Knowledge transformation & Sustainable) หมายถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องมีการปรับเปลี่ยนเทคนิคหรือวิธีการใหม่ๆเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมที่ทำงานจะเกิดองค์ความรู้ใหม่เพื่อพัฒนาต่อยอดไปเรื่อย ๆ และเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพัฒนาแนวทางการดูแลที่สามารถแก้ปัญหาได้โดยทีมโดยใช้ทุนในชุมชนที่มี กิจกรรมการดำเนินงานนั้นจะมีความยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างค่านิยมใหม่ที่ถูกต้อง (values) หมายถึง การสร้างรูปแบบที่ดีของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อยกย่อง เชิดชูเป็นแบบอย่าง โดยการปรับทัศนคติที่ดีต่อการมีจิตอาสา สร้างอุดมการณ์และความมุ่งมั่นในการทำ ความดี เสียสละ ทุ่เมเท และรักในอาชีพและวิชาชีพของตนเอง โดยมอบประกาศเกียรติบัตรบุคคลตัวอย่าง ชุมชนงดปลาร้าดิบ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.2.1 แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยได้มีการประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะของการพึ่งพิง ระยะเวลาในการเข้ารับการดูแลจากระบบ ผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนจากสังคม หน่วยบริการสาธารณสุขที่รับบริการ

ส่วนที่ 2 แบบวัดประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อคำถาม จำนวน 2 ตัวเลือกได้แก่ ถูก ผิด โดยถ้าตอบถูก จะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนสังคมเป็นลักษณะคำถามแบบ 5 ตัวเลือก คำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale จำนวน 12 ข้อ มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
เห็นด้วย	= 4 คะแนน	เห็นด้วย	= 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน	ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	= 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 การวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 9 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
เห็นด้วย	= 4 คะแนน	เห็นด้วย	= 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน	ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	= 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิจำนวน 9 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
เห็นด้วย	= 4 คะแนน	เห็นด้วย	= 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน	ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	= 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบวัดความพึงพอใจในการได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบุคลากรสาธารณสุขและ อปท. จำนวน 7 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
พึงพอใจอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน	พึงพอใจอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
พึงพอใจ	= 4 คะแนน	พึงพอใจ	= 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน	ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน
ไม่พึงพอใจ	= 2 คะแนน	ไม่พึงพอใจ	= 4 คะแนน
ไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน	ไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิโดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือก คือ ทำได้เต็มที่ ทำได้บางครั้ง ทำได้น้อย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ปฏิบัติประจำ	= 3 คะแนน	ปฏิบัติประจำ	= 1 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน
 ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 3 คะแนน

ระดับคะแนน โดยประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

ระดับ	ค่าคะแนน
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79.9
ต่ำ	ร้อยละ 0 – 59.9

3.3.2.2 ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในอุจจาระของผู้สูงอายุโดยวิธี Formalin Ether Concentration Technique (FECT)

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป ได้ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 เมื่อแน่ใจว่าวัตถุประสงค์สอบถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ -1 เมื่อแน่ใจว่าวัตถุประสงค์สอบถามไม่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าวัตถุประสงค์สอบถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ วัฒนธรรมกลุ่ม การรับรู้ความสามารถของตน และ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ในด้านความรู้ ค่าความเชื่อมั่นรายด้านต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยได้เตรียมแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงเรียบร้อยแล้ว เพื่อนำไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ประชากรศึกษา
- 3.5.2 ขั้นตอนการดำเนินการ ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ลงไปในพื้นที่จริงในพื้นที่ก่อนได้รับความรู้
- 3.5.3 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 3.5.4 ขั้นตอนดำเนินการการมีส่วนร่วม โดยการสัมมนาตามกระบวนการ AIC การประชุมเชิงปฏิบัติการ การเข้าร่วมกิจกรรมทำสมาธิ การสะท้อนข้อมูล
- 3.5.5 การค้นหาปัญหา / รับทราบปัญหา
- 3.5.6 การวิเคราะห์ปัญหา / กำหนดทางเลือก
- 3.5.7 ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ
- 3.5.8 ขั้นตอนการประเมินผล เก็บข้อมูลหลังการดำเนินงาน และติดตามผลอีก 1 ครั้ง หลังจากดำเนินงาน 24 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

3.6.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3.6.2 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อหนองพยาธิ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหนองพยาธิ โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Un-adjusted mean difference) และช่วงเชื่อมั่น 95%

3.7 ปฏิทินการดำเนินงานวิจัย

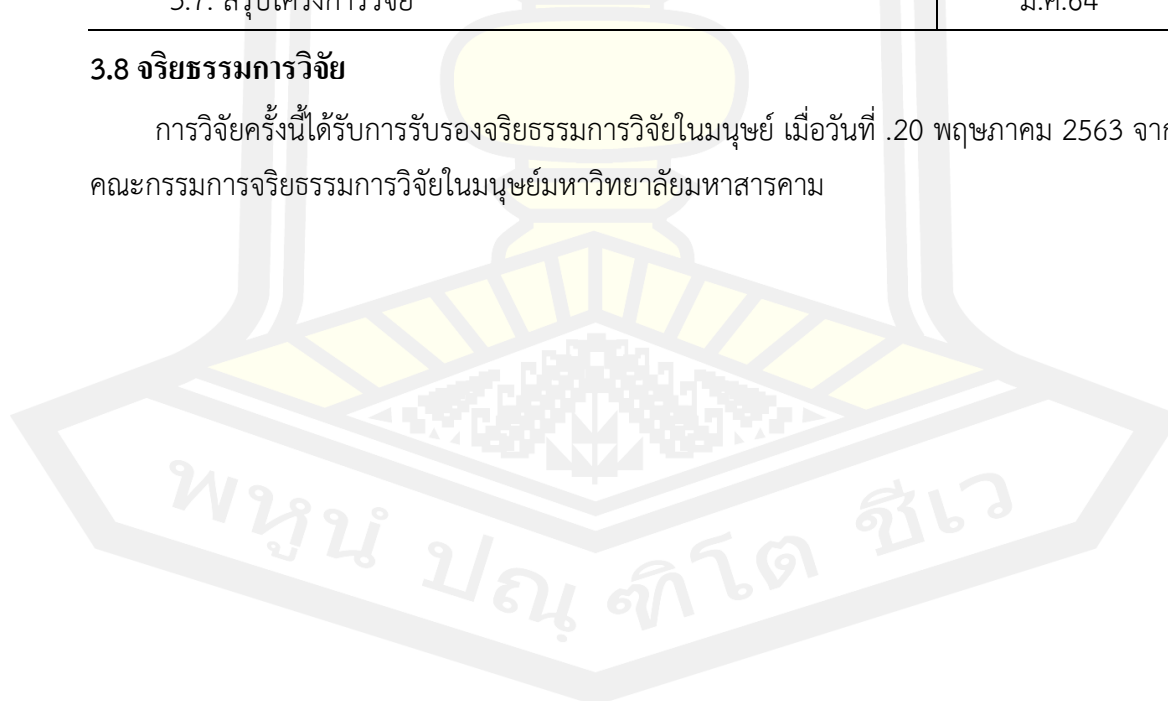
ตารางที่ 8 ปฏิทินการดำเนินงานการวิจัยการบูรณาการระยะยาวเพื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ จังหวัดศรีสะเกษ

กิจกรรมการดำเนินการวิจัย	ระยะเวลา
1.การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการสถานการณ์ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุ	ม.ค.-ก.พ. 63 ม.ค. 63
1.1 จัดตั้งทีมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ม.ค. 63
1.2 ค้นหากลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายและกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนกิจกรรมงานวิจัย	ก.พ.63
1.3 ดำเนินศึกษาสถานการณ์และปัญหาของโรคหนองพยาธิและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ	ก.พ.63
1.4 เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์และตรวจคัดกรองไข หนองพยาธิในผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ	ก.พ.63
1.5 จัดสนทนากลุ่มย่อย เพื่อค้นหาพฤติกรรมเสี่ยง แนวทางการ แก้ไขปัญหาโรคหนองพยาธิในระดับจังหวัดศรีสะเกษ	ก.พ.63
1.6 สรุปผลการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สถิติและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและแนวทาง และกำหนดประเด็นการพัฒนากิจกรรมเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิใน ผู้สูงอายุ	มี.ค.63
2. พัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุ	เม.ย.-ก.ค.63
2.1 จัดกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมสมองในการค้นหาปัญหา ให้แก่ชุมชน และประเด็นในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	เม.ย.63
2.2 จัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะความรู้ของบุคลากรและทีม ผู้เข้าร่วมวิจัยในการพัฒนารูปแบบ	
2.2 จัดกิจกรรมการตามหลักสูตรพัฒนาต้นแบบในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	พ.ค.63
2.3 นำต้นแบบลงจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในชุมชน	
2.4 ติดตามประเมินผลหลังต้นแบบได้จัดกระบวนการเรียนรู้	
2.5 จัดกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกของการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อ สร้างชุมชนสุขภาพดี “ชุมชนไม่กินปลาดิบ” “ชุมชนปลอดพยาธิ”	

2.6. ประชาคมเพื่อร่วมกันสร้างนโยบาย “ชุมชนสุขภาพดี ปลอดภัย”	
2.7. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ชุมชนผู้สูงวัย สุขภาพดี”	ก.ค.63
3. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	ส.ค.63 – ม.ค. 64
3.1. จัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตแก่กลุ่มตัวอย่าง	
3.2. จัดกิจกรรมพัฒนาตัวแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ	ก.ย.63
3.3. นำกิจกรรมพัฒนาตัวแบบไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	
3.4. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของตัวแบบก่อนและหลังการทดลอง	ก.ย.63
3.4. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง	ก.ย. 63
3.5 ประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	พ.ย.63
3.6. สรุปทเรียน	ธ.ค.63
3.7. สรุปโครงการวิจัย	ม.ค.64

3.8 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ .20 พฤษภาคม 2563 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



บทที่ 4

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 1.ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและประวัติการติดเชื้อหนองพยาธิ และ 2.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคหนองพยาธิได้แก่ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคติ บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลแบ่งเป็น การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และรับรู้ความสามารถแห่งตน รวมทั้งสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 293 ราย ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามลำดับดังนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ดังนี้

n	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
95%CI	ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95
p-value	ค่า p (Significance)
Mdn	ค่ามัธยฐาน (Median)
P ₂₅	เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25
P ₇₅	เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75
M	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)
α	ระดับนัยสำคัญ
b	ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยในตัวแปรแต่ละตัวที่ถูกเลือกเข้าสมการ
β	ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยในตัวแปรแต่ละตัวที่ถูกเลือกเข้าสมการและปรับค่าแล้ว
R	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple R)
R ²	ประสิทธิภาพในการทำนาย (R Square)

Adj. R ²	ประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว (Adjust R Square)
Sr ²	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการประมาณค่า
A	ค่าคงที่ (Constant)
X ₁	เพศชาย
X ₂	อายุ
X ₃	ไม่ได้รับการศึกษา
X ₄	ประถมศึกษา
X ₅	มัธยมต้น
X ₆	มัธยมปลาย
X ₇	เกษตร
X ₈	ค้าขาย
X ₉	รับจ้าง
X ₁₀	ข้าราชการ
X ₁₁	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
X ₁₂	จำนวนผู้อยู่ร่วมบ้าน
X ₁₃	สถานสุขภาพ
X ₁₄	โรคเบาหวาน
X ₁₅	โรคความดันโลหิตสูง
X ₁₆	โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
X ₁₇	ดัชนีมวลกาย (BMI)
X ₁₈	สมส่วน
X ₁₉	ผอม
X ₂₀	โภชนาการเกิน
X ₂₁	ตรวจพยาธิ
X ₂₂	ใบไม้
X ₂₃	ปากขอ
X ₂₄	แส้ผ้า
X ₂₅	ตัด
X ₂₆	ความรู้เกี่ยวกับหนองพยาธิ
X ₂₇	ทัศนคติเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ
X ₂₈	บรรทัดฐานทางสังคม

X ₂₉	แรงสนับสนุนทางสังคม
X ₃₀	การรับรู้ความรุนแรง
X ₃₁	การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน
X ₃₂	การรับรู้อุปสรรค
X ₃₃	ความสามารถแห่งตน
X ₃₄	สิ่งแวดล้อม
Y	พฤติกรรมการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยโดยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุฯ
- ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แยกรายตัวแปรระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ
- ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 67 ปี (S.D. = 5.18 ปี) อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 45.5 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่ครอบครัวประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 92.8 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 1.7 และส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000-2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.9 รองลงมา คือ มีรายได้ในช่วง >5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 17.7 ตามลำดับ สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุฯ พบป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 43.7 และไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 56.3 ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ตรวจไม่พบไข่พยาธิ จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 86.34 ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 13.65 แยกเป็นชนิดของไข่พยาธิที่ตรวจพบได้แก่ พยาธิปากขอจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 6.82 ตัวตืดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.43 และใบไม้ดับจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.39 รายละเอียดตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุฯ (n=293 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	111	37.9
หญิง	182	62.1
อายุ (ปี)		
60-64	122	41.6
65-69	83	28.3
70-74	50	17.1
75-79	36	12.3
80ปีขึ้นไป	2	7
Mean (S.D.) : Median (P ₂₅ : P ₇₅)	67 (5.18) : 66.00 (63, 72)	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	17	5.8
ประถมศึกษา	265	90.4
สูงกว่าระดับประถมศึกษา	11	3.8
อาชีพ		
เกษตรกร	272	92.8
รับจ้าง	5	1.7
ค้าขาย	2	0.7
อื่น ๆ	14	4.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3000 บาท	207	70.6
มากกว่า 3000 บาท ขึ้นไป	86	29.4
Mean (S.D.) : Median (P ₂₅ : P ₇₅),	3,718.80 (4,363.94) : 2,350 (1,500 : 4,000)	
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	29	9.9
อยู่กับคู่สมรส	66	22.5
อยู่กับบุตร	134	45.7
อยู่กับญาติ	36	12.3
อื่น ๆ	28	9.6

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุฯ (n=293 คน)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	16	5.5
โรคความดันโลหิตสูง	66	22.5
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	25	8.5
โรคเรื้อรังอื่น ๆ	21	7.2
ไม่มีโรคประจำตัว	165	56.3
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ปกติ	147	50.2
สมส่วน	99	33.8
ผอม	24	8.2
อ้วน	23	7.8
ระยะเวลาที่มีผู้ดูแลจากรัฐของผู้สูงอายุ		
น้อยกว่า 3 ปี	106	36.1
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ขึ้นไป	187	63.8
Mean (S.D.) : Median (P ₂₅ : P ₇₅), 1.97 (0.68) : 3 (2 : 3)		
ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองผู้ดูแลหลักในบ้าน		
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	3	1
ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ลูกดูแล	241	82.3
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล	34	11.6
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีคู่ชีวิตดูแล	13	4.4
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงCG จากหน่วยงานอื่น ๆ	2	.7
การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน		
ด้านการประกอบอาชีพ	9	3
ด้านรายได้	10	3.4
ด้านสุขภาพ	178	60.6
ด้านสังคม	96	32.8

หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	112	38.2
องค์การบริหารส่วนตำบล	23	7.8
ชุมชน	11	3.8

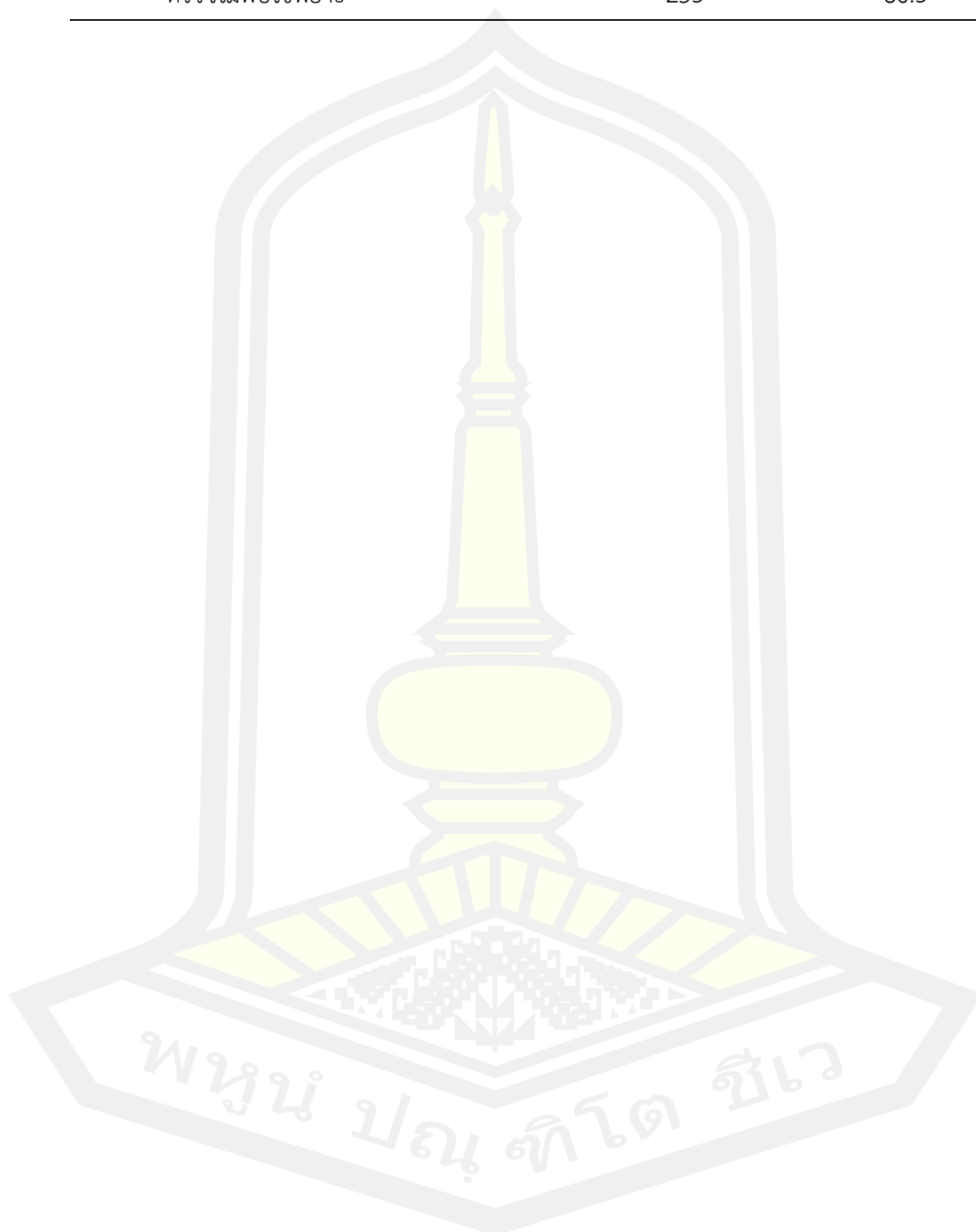
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุฯ
จังหวัดศรีสะเกษ (n=293 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หน่วยงานอื่นๆ	145	49.5
ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ	1	0.3
การขับถ่าย		
มีส้วมแบบราดน้ำ	277	94.5
ถ่ายอุจจาระลงแหล่งน้ำ	8	2.7
ถ่ายอุจจาระในป่า	3	1
ถ่ายอุจจาระแบบฝังกลบ	3	1
การกำจัดน้ำเสียและสิ่งปฏิกูล		
ปล่อยตามธรรมชาติไม่มีน้ำท่วมขัง	202	68.9
ปล่อยตามธรรมชาติมีน้ำท่วมขัง	25	8.5
ปล่อยลงแหล่งน้ำสาธารณะ	13	4.4
มีบ่อบำบัดน้ำเสีย	53	18.1
ท่านเลี้ยงสัตว์ประเภทใดในบริเวณบ้านของท่าน		
ไก่ เป็ด	128	43.7
หมู	6	2
หมา แมว	12	4.1
วัว ควาย	83	28.3
อื่นๆ	64	21.8
ท่านใช้มูลสัตว์ชนิดใดมาทำปุ๋ย		
ไม่ใช้	142	48.5
มูลไก่ เป็ด	28	9.6
มูล วัว ควาย	110	37.5
รถดูดส้วม	13	4.4

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุฯ
จังหวัดศรีสะเกษ (n=293 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การกำจัดขยะในบ้านของท่าน		
เผา	145	49.5
ฝังกลบ	20	6.8
ขยะเทศบาล / อบต.จัดเก็บ	69	23.5
ทิ้งในป่า / อื่นๆ	59	20.2
ท่านบริโภคน้ำดื่มจากแหล่งใด		
น้ำบรรจุขวด	179	61.1
น้ำประปาจากหมู่บ้าน	80	27.3
น้ำบ่อบาดาล	30	10.2
น้ำจากป่า / ภูเขา	4	1.3
ประวัติการตรวจสุขภาพหาไขพยาธิ		
พบ พยาธิปากขอ	44	15
พบพยาธิใบไม้ตับ	14	4.8
ตรวจไม่พบไขพยาธิ	205	69.9
ไม่เคยตรวจ	30	10.2
สถานที่ตรวจ		
หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่	18	6.8
รพ.สต.ใกล้บ้าน	214	73.0
รพ.ของรัฐ	21	8
คลินิก / สถานที่อื่นๆ	10	3.8
ท่านเคยรับประทานยาถ่ายพยาธิหรือไม่ ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา		
จากร้านขายยา	39	13.3
คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน	11	3.8
รพ.สต.ใกล้บ้าน	83	28.3
ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิ	160	54.6
ผลการตรวจสุขภาพหาไขพยาธิของท่านในครั้งนี้		
ปากขอ	20	6.8
ตัวตืด	13	4.4

ใบไม้ตັບ	7	2.4
ตรวจไม่พบเชื้อพยาธิ	253	86.3



ตารางที่ 12 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุ
(n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	32.5
หญิง	27	67.5
อายุ (ปี)		
60-64	22	55
65-69	6	15
70-74	7	17.5
75-79	5	12.5
80 ปีขึ้นไป	0	0
Mean (S.D.) : Median (P ₂₅ : P ₇₅)	66.28 (5.29) : 64.00 (62, 71.75)	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2.5
ประถมศึกษา	36	90.0
สูงกว่าระดับประถมศึกษา	2	5
อาชีพ		
เกษตรกร	32	80
รับจ้าง	1	2.5
ค้าขาย	0	0
อื่น ๆ	7	17.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
1000-2000	17	42.5
2001-3000	6	15
3001-4000	4	10
4001-5000	2	5
5000 ขึ้นไป	11	27.5
Mean (S.D.) : Median (P ₂₅ : P ₇₅)	2600 (1706.7) : 3,000 (1,000 : 5,000)	

ตารางที่ 13 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุ
(n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	6	15
อยู่กับคู่สมรส	10	25
อยู่กับบุตร	18	45
อยู่กับญาติ	5	12.5
อื่น ๆ	1	2.5
การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	2	5
โรคความดันโลหิตสูง	7	17.5
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	2	5
โรคเรื้อรังอื่นๆ	2	5
ไม่มีโรคประจำตัว	27	65.5
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ปกติ	18	45
ท้วม	17	42.5
ผอม	4	10
อ้วน	1	2.5
ระยะเวลาที่มีผู้ดูแลจากรัฐของผู้สูงอายุ		
น้อยกว่า 3 ปี	16	40
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ขึ้นไป	24	60
Mean (S.D.) : Median (P ₂₅ : P ₇₅)	1.97 (0.68) : 3 (2 : 3)	
ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองผู้ดูแลหลักในบ้าน		
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	0	0
ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ลูกดูแล	40	100
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องมีผู้ดูแล	0	0
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีคู่ชีวิตดูแล		
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี		
ภาวะพึ่งพิงCG จากหน่วยงานอื่น ๆ		

ตารางที่ 14 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุ
(n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน		
ด้านการประกอบอาชีพ	4	10
ด้านรายได้	6	15
ด้านสุขภาพ	10	25
ด้านสังคม	20	50
หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	16	40
องค์การบริหารส่วนตำบล	14	35
ชุมชน	4	10
หน่วยงานอื่นๆ	6	15
ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ	0	0
การขับถ่าย		
มีส้วมแบบราดน้ำ	36	90
ถ่ายอุจจาระลงแหล่งน้ำ	1	2.5
ถ่ายอุจจาระในป่า	1	2.5
ถ่ายอุจจาระแบบฝังกลบ	2	5
การกำจัดน้ำเสียและสิ่งปฏิกูล		
ปล่อยตามธรรมชาติไม่มีน้ำท่วมขัง	29	72.5
ปล่อยตามธรรมชาติมีน้ำท่วมขัง	4	10
ปล่อยลงแหล่งน้ำสาธารณะ	1	2.5
มีบ่อบำบัดน้ำเสีย	6	15
ท่านเลี้ยงสัตว์ประเภทใดในบริเวณบ้านของท่าน		
ไก่ เป็ด	21	52.5
หมา แมว	1	2.5
วัว ควาย	8	20
อื่น (ไม่มีการเลี้ยงสัตว์)	10	25

ตารางที่ 15 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุ
(n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ท่านใช้มูลสัตว์ชนิดใดมาทำปุ๋ย		
ไม่ใช่	20	50
มูลไก่ เป็ด	5	12.5
มูล วัว ควาย	14	35
รดดูดส้วม	1	2.5
การกำจัดขยะในบ้านของท่าน		
เผา	29	72.5
ฝังกลบ	4	10
ขยะเทศบาล / อบต.จัดเก็บ	15	37.5
ทิ้งในป่า / อื่นๆ	6	15
ท่านบริโภคน้ำดื่มจากแหล่งใด		
น้ำบรรจุขวด	0	0
น้ำประปาจากหมู่บ้าน	12	30
น้ำบ่อบาดาล	8	20
อื่นๆ (น้ำฝน)	20	50
ประวัติการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ		
พบ พยาธิปากขอ	6	15
พบพยาธิใบไม้ตับ	4	10
ตรวจไม่พบไข่พยาธิ	26	65
ไม่เคยตรวจ	4	10
สถานที่ตรวจ		
หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่	4	10
รพ.สต.ใกล้บ้าน	28	70
รพ.ของรัฐ	3	7.5
คลินิก / สถานที่อื่น ๆ	5	12.5

ตารางที่ 16 ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุ
(n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ท่านเคยรับประทานยาถ่ายพยาธิหรือไม่ ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา		
จากร้านขายยา	7	17.5
คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน	2	5
รพ.สต.ใกล้บ้าน	9	22.5
ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิ	22	55
ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิของท่านในครั้งนี้		
ปากขอ	20	50
ตัวตืด	13	32.5
ไปไม้ต็บ	7	17.5

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ ของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องหนองพยาธิต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.83 (1.55) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 14.64-15.00 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 91.50-93.75 ปัจจัยทางทัศนคติเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.20 (S.D.=4.26) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 16.77-17.62 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 67.08-70.48 ปัจจัยบรรทัดฐานทางต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.91(4.32)ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 38.41-39.41คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 85.36-87.58ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.87(6.33) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 47.14-48.59คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 78.56-80.98 ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.75(3.60) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 18.33-19.16คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 67.89-70.96 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.37(2.85) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 23.03-23.69 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 85.29-87.74 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.39(3.73) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 21.97-22.81 คะแนน โดย

เทียบเป็นร้อยละ 73.03-76.03 ปัจจัยด้านการสามารถในการป้องกันตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหอนปยาธิของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.70(3.86) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 38.26-39.13 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 91.09-93.16 ปัจจัยด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหอนปยาธิของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.98(1.25) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 19.83-20.12 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 94.42-95.80 และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหอนปยาธิของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.02(8.02) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 55.11-56.94 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 68.03-70.29 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหอนปยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ (n= 293)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหอนปยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	95%CI	การแปลผล (%)
ความรู้เกี่ยวกับโรคหอนปยาธิ	0-16	14.83(1.55)	14.64-15.00	91.50-93.75
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคหอนปยาธิ	16-90	50.74(6.09)	50.03-51.43	55.59-57.14
บรรทัดฐานทางสังคม	9-45	38.91(4.32)	38.41-39.41	85.36-87.58
การสนับสนุนทางสังคม	20-60	47.87(6.33)	47.14-48.59	78.56-80.98
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	9-27	18.75(3.60)	18.33-19.16	67.89-70.96
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	9-27	23.37(2.85)	23.03-23.69	85.29-87.74
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	10-30	22.39(3.73)	21.97-22.81	73.03-76.03
ความสามารถในการป้องกันตนเอง	14-42	38.70(3.86)	38.26-39.13	91.09-93.16
สภาวะสิ่งแวดล้อมในการป้องกันโรค	7-21	19.98(1.25)	19.83-20.12	94.42-95.80
พฤติกรรมป้องกันโรคหอนปยาธิ	27-81	56.02(8.02)	55.11-56.94	68.03-70.29

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน

โรคหอนปยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ แยกรายตัวแปร

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในการติดเชื้อหอนปยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ ทีละตัวแปร พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้นกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในการติดเชื้อหอนปยาธิในผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหอนปยาธิ($r=0.308$, $p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหอนปยาธิ ($r=0.203$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคหอนปยาธิ($r=-0.020$, $p\text{-value}=0.732$) ปัจจัยด้านบรรทัดฐานทางสังคม ($r=0.034$, $P\text{-value}=0.563$) การสนับสนุนทางสังคม ($r=0.106$, $P\text{-value}=0.069$) ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r=0.024$, $P\text{-value}=0.686$) ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคหอนปยาธิ ($r=0.030$, $P\text{-value}$

= 0.607) ปัจจัยด้านการสามารถในการป้องกันตนเอง ($r=0.41, P\text{-value}=0.484$) และปัจจัยด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมในการป้องกันโรค ($r=0.066, P\text{-value}= 0.260$) ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์ รายละเอียดตามตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ ($n=293$ คน)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสัมพันธ์(r)	p-value
เพศชาย		.012	.844
อายุ	67 (5.177)	.021	.723
ไม่ได้รับการศึกษา		-.063	.284
ประถม		.105	.074
มัธยมต้น		.006	.915
มัธยมปลาย		.081	.166
เกษตรกร		.047	.421
ค้าขาย		.023	.701
รับจ้าง		.069	.241
ราชการ		.006	.923
รายได้	2757.34(2897.60)	-.041	.486
สมาชิกภายในครอบครัว	2.89 (1.06)	-.041	.486
สถานะทางสุขภาพ		.113	.053
เบาหวาน		.070	.229
ความดันโลหิตสูง		-.038	.519
เบาหวานและความดันโลหิตสูง		.030	.604
ดัชนีมวลกายปกติ		.067	.255
สมส่วน		-.093	.113
ผอม		.017	.770
โภชนาการเกิน		.008	.887
ไขไม่ดับ		.020	.737
ปากขอ		.040	.497
ดีด		-.018	.754
ความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ	14.83(1.55)	.308	<0.001**
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ	50.74(6.09)	0.020	0.732
บรรทัดฐานทางสังคม	38.91(4.32)	0.034	0.563
การสนับสนุนทางสังคม	47.87(6.33)	0.106	0.069

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ ความสัมพันธ์(r)	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	18.75(3.60)	0.024	0.686
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหนองพยาธิ	23.37(2.85)	0.203	<0.001**
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหนองพยาธิ	22.39(3.73)	0.030	0.607
ความสามารถในการป้องกันตนเอง	38.70(3.86)	0.041	0.484
สถานะสิ่งแวดล้อมในการป้องกันโรค	19.98(1.25)	0.066	0.260

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค หนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหนองพยาธิ ของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 9 ($R^2=0.095$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 4 ($R^2=0.040$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางด้านสังคม พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 1 ($R^2=0.013$) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคต่อโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 1 ($R^2=0.014$) โดยสรุปพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือระดับปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางด้านสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ ของผู้สูงอายุฯจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 16.2 ($R^2=0.162, R^2_{adj}=0.150, SE_{est}=7.39094, F= 13.383, p=0.03$) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ (n=293 คน)

โมเดล วิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์		R ²	R ² _{adj}	Sr ²	R ² change
		ถดถอย					
		B	β				
ความรู้		1.681	0.325	0.095	0.092	7.64	0.095
โมเดล	การรับรู้ประโยชน์	0.595	0.212	0.135	0.129	7.48	0.040
ที่ดีที่สุด	การสนับสนุนทางสังคม	0.159	0.126	0.148	0.139	7.43	0.013
	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	-0.254	-0.121	0.162	0.150	7.39	0.014
Constant = 19.419, R ² =0.162, R ² _{adj} =0.150, SE _{est} =7.39094, F= 13.383, p=0.03							

จากตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุเชิงเส้น พบว่าตัวแปรซึ่งเป็นสามารถ
ร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหนองพยาธิของ
ผู้สูงอายุฯ ได้ร้อยละ 16.20 (R²=0.162, R²_{adj}=0.150, SE_{est}=7.39094, F= 13.383, p=0.03) ตัว
แปรที่เป็นปัจจัยทำนายได้แก่

1. ปัจจัยด้านความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคหนองพยาธิของ
ผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ มากที่สุด มีอำนาจทำนายร้อยละ 59.64 ของอำนาจทำนายของโมเดลที่
ดีที่สุด (R²=0.095 R²_{adj}=0.092, R²_{change}=0.095; B =1.681 β =0.325, p-value<0.001)

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรค
หนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ ในลำดับถัดมา มีอำนาจทำนายร้อยละ 24.69 ของ
อำนาจทำนายของโมเดลที่ดีที่สุด (R²=0.135, R²_{adj}=0.129, R²_{change}=0.040; B =-0.595, β =-0.212,
p-value<0.001)

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางด้านสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ป้องกันการโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ ในลำดับถัดมา มีอำนาจทำนายร้อยละ 8.02
ของอำนาจทำนายของโมเดลที่ดีที่สุด (R²=0.148, R²_{adj}=0.139, R²_{change}=0.013; B =0.159,
 β =0.126, p-value=0.022)

4. ปัจจัยด้านรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ป้องกันการโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ ในลำดับถัดมา มีอำนาจทำนายร้อยละ 8.64
ของอำนาจทำนายของโมเดลที่ดีที่สุด (R²=0.162, R²_{adj}=0.150, R²_{change}=0.014; B =-0.254,
 β =-0.121, p-value=0.030)

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรค
หนองพยาธิของผู้สูงอายุฯ จังหวัดศรีสะเกษ เรียงตามลำดับตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนาย ได้แก่

ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 20

ตารางที่ 20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยด้านด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ โดยวิธีการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบหลายขั้นตอน

พฤติกรรมการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ	b	Beta	t	p-value
ความรู้	1.681	0.325	5.984	<0.001
การรับรู้ประโยชน์	0.595	0.212	3.852	<0.001
การสนับสนุนทางด้านสังคม	0.159	0.126	2.307	0.022
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	-0.254	-0.121	-2.180	0.030
Constant = 19.419, R ² =0.162, R ² _{adj} =0.150, SE _{est} =7.39094, F= 13.383, p=0.03				

จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบหลายขั้นตอน เพื่อหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ ของกลุ่มตัวอย่างในรูปคะแนนดิบและในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ

$$a = \text{ค่าคงที่ (19.419)}$$

$$b_1 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยด้านความรู้ (B=1.681: \beta=0.325)}$$

$$b_2 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ (B=0.595: \beta=0.212)}$$

$$b_3 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางด้านสังคม (B=0.159: \beta=0.126)}$$

$$b_4 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (B=-0.254: \beta=-0.121)}$$

$$X_1 = \text{ปัจจัยด้านความรู้}$$

$$X_6 = \text{ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์}$$

$$X_4 = \text{ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางด้านสังคม}$$

$$X_8 = \text{ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง}$$

สมการคะแนนดิบ คือ

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหอนพยธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ= 19.419 + 1.681 (ความรู้) + 0.595(การรับรู้ประโยชน์) + 0.159 (การสนับสนุนทางสังคม) + (-) 0.254 (การรับรู้ความสามารถของตนเอง)

$$Y' = 19.419 + 1.681 X_1 + 0.595 X_6 + 0.159 X_4 - 0.254 X_8$$

สมการคะแนนมาตรฐาน คือ

Z (พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหอนพยธิของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ) = 0.325 (Zความรู้) + 0.212(Zการรับรู้ประโยชน์) + 0.126 (Zการสนับสนุนทางสังคม) - 0.121 (Zการรับรู้ความสามารถของตนเอง)

$$Z'_y = 0.325 Z_1 + 0.212 Z_6 + 0.126 Z_4 - 0.121 Z_8$$

การศึกษาระยะที่ 2

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหอนพยธิของผู้สูงอายุฯ อำเภอกิตลลลาด จังหวัดศรีสะเกษ

จากการศึกษาปัจจัยซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหอนพยธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษพบว่ามี 4 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอาปัจจัยที่ได้มาออกแบบในการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคหอนพยธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิตส์ และแมกแทกการ์ดร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ(Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยผลการศึกษแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1. บริบทและการประเมินสถานการณ์

1.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านระบบบริการดูแลผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิงและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

1.2 การศึกษาข้อมูลเชิงลึกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวและชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาที่พบ และสะท้อนปัญหาคืนสู่ชุมชนผ่านการประชาคม

ส่วนที่ 2 กระบวนการดำเนินงาน

2.1 การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหอนอนพยาธิโดยบูรณาการกับระบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเดิม

2.2 การพัฒนาทักษะและจัดการเรียนรู้ให้แก่ บุคลากรผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 3. ผลลัพธ์และการประเมินผล ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในกลุ่มเล็ก

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1. บริบทและการประเมินสถานการณ์ ประเมินสถานการณ์และวางแผน (Plan)

ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้มาออกแบบในการวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1.การศึกษาบริบทข้อมูลสถานบริการในการจัดบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุฯ

1.1 ข้อมูลสถานบริการ

อำเภอศิลาลาด มีหน่วยบริการด้านสาธารณสุขทั้งหมดรวม 6 แห่ง มีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 40 คน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขทั้งหมด 13 คน ประชากรทั้งหมด 22,787 คน ผู้สูงอายุ 3,171 คน

ตารางที่ 21 สถานบริการสาธารณสุขและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอศิลาลาด

รายการ	จำนวน (แห่ง)	หมายเหตุ
โรงพยาบาลศิลาลาด	1	ระดับ F3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	4	
คลินิกการพยาบาล/ผดุงครรภ์	1	
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	1	

1.2 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศีลาลาด

ตารางที่ 22 บุคลากรสาธารณสุขอำเภอศีลาลาด

สาขาวิชาชีพ	จำนวน (คน)	อัตราต่อประชากร	หมายเหตุ
แพทย์	3	1 : 7,595	
ทันตแพทย์	2	1 : 11,394	
เภสัชกร	2	1 : 11,394	
พยาบาลวิชาชีพ	27	1 : 844	
จนท.สาธารณสุข	44	1 : 518	

1.3 ข้อมูลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด

ตารางที่ 23 ข้อมูลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด

หน่วยบริการ	จำนวน (คน)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาลศีลาลาด	750	47	6.26
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุง	500	63	12.6
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลีกลิ้ง	514	84	16.34
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ	373	43	11.52
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโจดมวง	383	89	23.23
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวดง	651	76	11.36
รวม	3,171	402	12.67

ตารางที่ 24 ข้อมูลแสดงกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หน่วยบริการ	กลุ่มติดบ้าน (คน)		กลุ่มติดเตียง (คน)		รวม (คน)
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4	
โรงพยาบาลศีลาลาด	28	12	6	1	47
รพ.สต.กุง	46	3	14	0	63
รพ.สต.บ้านคลีกลิ้ง	60	11	10	3	84

รพ.สต.บ้านเตี๋ย	39	2	1	1	43
รพ.สต.บ้านโจดม่วง	66	15	6	2	89
รพ.สต.บ้านหนองบัวดง	61	11	3	1	76
รวม	300	54	40	8	402

1.4. ข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

ตารางที่ 25 ข้อมูลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver : CG)

หน่วยบริการ	จำนวน (คน)	อัตราต่อผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลศิลาลาด	4	1 : 9
รพ.สต.กุง ตำบลกุง	4	1 : 6
รพ.สต.บ้านคลีกลิ่งตำบลคลีกลิ่ง	10	1 : 8
รพ.สต.บ้านเตี๋ย ตำบลคลีกลิ่ง	4	1 : 9
รพ.สต.บ้านโจดม่วง ตำบลโจดม่วง	8	1 : 9
รพ.สต.บ้านหนองบัวดง ตำบลหนองบัวดง	8	1 : 11

ตารางที่ 26 ข้อมูลอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หน่วยบริการ	จำนวน (คน)	อัตราต่อผู้สูงอายุ (คน)	อัตราต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)
โรงพยาบาลศิลาลาด	82	1 : 10.93	5.7 : 1
รพ.สต.กุง ตำบลกุง	67	1 : 13.40	1 : 1
รพ.สต.บ้านคลีกลิ่งตำบลคลีกลิ่ง	79	1 : 15.36	1 : 1.06
รพ.สต.บ้านเตี๋ย ตำบลคลีกลิ่ง	43	1 : 11.52	1 : 1
รพ.สต.บ้านโจดม่วง ตำบลโจดม่วง	98	1 : 25.58	1 : 1.10
รพ.สต.บ้านหนองบัวดง ตำบลหนองบัวดง	81	1 : 12.44	1.32 : 1

1.5. ข้อมูลของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

ตารางที่ 27 ข้อมูลผู้จัดการระบบการดูแลและยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager : ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM))

หน่วยบริการ	จำนวน (คน)	อัตราต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลศีลาลาด	2	1 : 2
รพ.สต.กุง ตำบลกุง	3	1 : 1.3
รพ.สต.บ้านคลีกลิ่งตำบลคลีกลิ่ง	2	1 : 5
รพ.สต.บ้านเตือ ตำบลคลีกลิ่ง	2	1 : 2
รพ.สต.บ้านจอม่วง ตำบลจอม่วง	2	1 : 4
รพ.สต.บ้านหนองบัวดง ตำบลหนองบัวดง	2	1 : 4

ที่มา : งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูล 31 ตุลาคม 2561

ระยะที่ 2 ศึกษาสถานการณ์และระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ศึกษาได้ศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ จากแบบสัมภาษณ์ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ดังนี้

2.1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากแบบสัมภาษณ์และคำถามปลายเปิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคิดเป็นร้อยละ 11.52 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 30.2 เพศหญิงร้อยละ 69.8 แบ่งเป็นช่วงอายุน้อยกว่า 80 ปีร้อยละ 55.8 และอายุ 80ปีขึ้นไปร้อยละ 44.2ระดับการศึกษาจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 98 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่หม้ายร้อยละ 96 รายได้เฉลี่ยในครอบครัว 4,941.86 บาท/เดือน ข้อมูลการประเมินด้านสังคม การอยู่อาศัยหรือผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ร้อยละ 96 มีลูกหลานดูแล ร้อยละ 8.7 ไม่เคยได้รับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของตนเอง ร้อยละ 60 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ข้อติดร้อยละ 52.1 การขับถ่ายปัสสาวะร้อยละ 26,การขับถ่ายอุจจาระร้อยละ 39.1,แผลกดทับ ร้อยละ 26,ปัญหาด้านการกลืนร้อยละ 19.6,ภาวะสับสนทางสมองร้อยละ 47.8 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 64 ส่วนข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้าน พบว่ามีการจัดสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ร้อยละ 21.4 โดยแบ่งเป็นสภาพอากาศไม่ถ่ายเทร้อยละ 6.7 มีแหล่งน้ำเฉอะแฉะร้อยละ 0.5 และมีการจัดเก็บสิ่งของไม่เป็นระเบียบร้อยละ 9 และตรวจพบไข้พยาธิของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.6 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	จำนวน (N= 43)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	30.2
หญิง	30	69.8
อายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	24	55.8
มากกว่า 80 ปีขึ้นไป	19	44.2
Mean (S.D.) : Median (P ₂₅ : P ₇₅)	78.81 (8.61) : 80.00 (70, 86)	
สถานภาพสมรส		
คู่	1	2
หม้าย	41	96
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	42	98
มัธยม(แบบเดิม) /ปวช./เทียบเท่า	1	2
การอ่านเขียน		
สามารถอ่านเขียนได้	41	94.73
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	22	51.2
มากกว่า 3,000 บาท ขึ้นไป	21	48.8
Mean (S.D.) : Median (P ₂₅ : P ₇₅)	= 4,941.86 (5,481.05) : 3,000 (1,500 : 5,000)	
ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองผู้ดูแลหลักในบ้าน		
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	8	18.6
ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ลูกดูแล	33	76.7
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ช่วยเหลือดูแล	2	4.7
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) รัฐดูแล		
การได้รับข้อมูลข่าวสาร		
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	39	91.3
โทรทัศน์	10	23.8
วิทยุ	14	33.3
หออกระจายข่าว	12	28.5

ลักษณะประชากร	จำนวน (N= 43)	ร้อยละ
เพื่อนเล่า	6	14.2
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	4	8.7
สมาชิกในครอบครัว(ไม่รวมตัวเอง)		
อยู่คนเดียว	1	4.0
สมาชิก 1 คน	7	17.4
สมาชิก 2 คน	6	13.0
สมาชิก 3 คน	11	26.1
สมาชิก 3คนขึ้นไป	19	43.5
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
รักใคร่ปรองดอง	39	91.3
ขัดแย้งบางครั้ง	4	8.7
การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม		
เข้าร่วม	11	26.0
ไม่เข้าร่วม	32	73.9
ปัญหาที่พบด้านสุขภาพสูงอายุ		
แผลกดทับ	11	26.0
ข้อติด	22	52.1
การขับถ่ายปัสสาวะ	11	26.0
การขับถ่ายอุจจาระ	17	39.1
การกลืนอาหาร	8	19.6
ภาวะสับสนทางสมอง	21	47.8
ซึมเศร้า	28	64
ขาดการรักษาต่อเนื่อง	10	23.9
ผลกระทบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ภายในบ้าน		
ภาวะเครียดของผู้ดูแล	32	73.9
รายได้ไม่เพียงพอ	17	39.1
ขาดผู้ดูแลภายในครอบครัว	36	82.6
การดูแลผู้สูงอายุของชุมชน		
ชุมชนเข้ามาดูแลผู้สูงอายุ	11	25.6
ครอบครัวดูแลอย่างเดียว	32	73.9

ลักษณะประชากร	จำนวน (N= 43)	ร้อยละ
การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน		
เยี่ยมเป็นครั้งคราว (1 ปี /ครั้ง)	36	82.6
เยี่ยมทุก 6 เดือน	0	0
เยี่ยมทุก 3 เดือน	6	13.0
เยี่ยมเดือนละ1 ครั้ง	2	4.3
สภาพที่อยู่อาศัยภายในและรอบๆบ้าน		
อากาศไม่ถ่ายเท	3	6.7
เสียงต่ออุบัติเหตุหกล้ม	2	5.2
มีแหล่งน้ำเฉอะแฉะ	1	0.5
การจัดเก็บสิ่งของไม่มีระเบียบ	4	9.0
สิ่งแวดล้อมเหมาะสม	34	78.6
การติดเชื่อหนองพยาธิ		
ตรวจพบไข่หนองพยาธิ	8	18.60

2.1.2. ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีจำนวน 70 คน ประกอบด้วย เพศหญิงร้อยละ 51.4 เพศชายร้อยละ 48.6 อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ48.6 อายุเฉลี่ย 48 ปีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.6 ระยะเวลาปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ระหว่าง6-10ปี ร้อยละ 40 ตามตารางที่ 29

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	จำนวน (N = 70)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	48.6
หญิง	36	51.4
อายุ		
20-40 ปี	22	31.4
41-60 ปี	34	48.6
60 ปีขึ้นไป	14	20.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	22	31.4

มัธยมศึกษา	34	48.6
อนุปริญญา	8	11.4
ปริญญาตรี	6	8.6
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน/ ดูแลผู้สูงอายุ		
0-5ปี	12	17.1
6-10 ปี	28	40.0
11-15 ปี	24	34.2
16 ปีขึ้นไป	6	8.6

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพสถานการณ์ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการประชุมกลุ่มระดมสมองร่วมกับภาคีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อสนับสนุนผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกำบังโรคหนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

2.2.1. ผลการระดมสมองครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 เมษายน 2563 ผู้ร่วมกระบวนการในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 2 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีลิ่งและผู้รับผิดชอบงานกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ อสม.จำนวน 4 คน บุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุของ อปท.จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจำนวน 2 คน ผู้รับผิดชอบงานกองทุนผู้สูงอายุระดับอำเภอจำนวน 2 คน (จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศิลาลาดและโรงพยาบาลศิลาลาด) แพทย์จากโรงพยาบาลศิลาลาด นักเทคนิคการแพทย์ ท้องถิ่นอำเภอศิลาลาด สาธารณสุขอำเภอศิลาลาด โดยผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์และแปลผลข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อเท็จจริงด้วย จากนั้นก็ให้ผู้ร่วมประชุมซึ่งที่ประชุมตกลงกันว่าเป็นกลุ่มแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในชุมชนโดยจัดบรรยากาศการประชุมโดยนั่งล้อมเป็นวงกลมพูดคุยแลกเปลี่ยนโดยใช้ กระบวนการสุนทรียสนทนา มีการตั้งกฎกติการ่วมกันก่อนการพูดคุยว่าจะไม่มีการตำหนิความคิดของใคร ให้ฟังอย่างตั้งใจและไม่สอดแทรก เมื่อต้องการแสดงความคิดเห็นให้ยกมือขึ้นและให้กลุ่มเป็นผู้อนุญาต การนำพาเข้ากิจกรรมผู้ศึกษาได้ให้ประธานชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้นำชุมชนเป็นผู้นำสวดมนต์และนั่งสมาธิโดยใช้แผ่นซีดีเสียง หลังจากนั้นได้ให้ทุกคนได้ลุกเดินไปรอบๆห้องอย่างไม่มีจุดหมายพร้อมกับให้เขียนสิ่งที่คาดหวังจากการเสวนาในครั้งนี้ในสมุดบันทึก แล้วตั้งเป็นวงใหญ่ให้สมาชิกได้เล่าให้กลุ่มใหญ่ฟังเกี่ยวกับความคาดหวังคนละ 5 นาที ผู้ศึกษาได้สรุปประเด็นและนำเข้าสู่การประชุมขั้นต่อไป โดยการเรียนรู้ใช้แผนที่ความคิดในการวางแผนในการทำงานและกำหนดจุดหมายปลายทางร่วมกัน เขียนแผนงานและกำหนดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน คิดวางแผนด้านบวกโดยการ

ค้นหาสิ่งดีที่มีในชุมชนและสิ่งที่คาดหวังให้เกิดขึ้นในชุมชน ผ่านมุมมอง 4 มุมมอง ได้แก่มุมมองด้านรากฐาน กระบวนการ เครือข่าย และผลลัพธ์ที่ได้จาก ทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้ข้อสรุปของการจัดทำแนวทางในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลลี้กั้งเพื่อลดการติดเชื้อโรคหนองพยาธิ ดังนี้

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุของทีมที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง และประเด็นที่ต้องนำมาพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพมีดังนี้

2.2.1.1. การรับรู้ถึงปัญหาในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

(1) วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุซึ่งมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ
 (2) ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง เช่น การดูแลสุขวิทยาของผู้สูงอายุ เช่น ไม่เห็นความสำคัญของการล้างมือก่อนและหลังการดูแลผู้สูงอายุและหลังขับถ่าย การล้างผักก่อนรับประทาน การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การทิ้งอุจจาระผู้สูงอายุลงถังขยะที่ อบรม. จัดไว้

(3) มีความเครียดเนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งต้องสูญเสียรายได้และไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนบ้านคนอื่นๆ

2) กลุ่ม อสม.

(1) ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากพบว่า มีปัญหาด้านสุขภาพหลายด้าน ตั้งแต่ด้านร่างกายจนถึงด้านจิตใจ

(2) ต้องการพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อดูแลผู้สูงอายุเพราะส่วนหนึ่งจะได้ดูแลพ่อแม่ด้วย

(3) ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพของชุมชน ต้องการการยอมรับในชุมชน

3) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

(1) ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะด้าน เช่น การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

(2) ไม่ทราบนโยบายหรือแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชน

(3) ขาดผู้รับผิดชอบงานที่มีความรู้ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

(4) ไม่มีแหล่งงบประมาณสนับสนุน

(5) มีทัศนคติว่าเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นเรื่องของภายในครอบครัวมองไม่เป็นปัญหาของส่วนรวม ควรมีการแก้ไขปัญหาเองภายในครอบครัว สอนกันเองทำไมต้องให้บุคคลอื่นเข้าไปเกี่ยวข้อง

4) ระบบบริการสุขภาพในชุมชน

(1) ขาดบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากมีพยาบาล 1 คนได้แก่ ผู้วิจัยเนื่องจากภาระงานมากทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึงซึ่งบางครั้งมีการจัดอบรมบ่อยทำให้การบริการแก่กลุ่มผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม ซึ่งบางครั้งปัญหาของผู้สูงอายุเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างทันที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อตัวผู้รับบริการและขาดความศรัทธาต่อระบบการให้บริการ

(2) กลุ่มผู้สูงอายุยังไม่เข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพด้านการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น เช่น โรคพยาธิ โรคโลหิตจาง เพราะระบบบริการสาธารณสุขส่วนมากจะคัดกรองในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเท่านั้น

(3) การทำงานยังขาดความเชื่อมโยงกับชุมชน ขาดช่วงในการติดตามในระดับครอบครัวซึ่งถือเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของชุมชนที่ต้องมีการพัฒนา การเชื่อมต่อการบริการระหว่างครอบครัว ชุมชนและสถานบริการเพื่อดำเนินการในเชิงส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนที่ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนกลุ่มจากการติดบ้านไปถึงกลุ่มติดเตียงและการให้การรักษาเชิงรุกในชุมชนไม่ครอบคลุมทุกโรค

(4) การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและรอบๆบ้านในการดูแลผู้สูงอายุ ยังไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบและบางครั้งเป็นรังโรคติดต่อชนิดอื่นๆได้ เช่น โรคฉี่หนู โรคไข้เลือดออก โรคหนองพยาธิ

2.2.2 ผลการระดมสมองครั้งที่ 2 วันที่ 8 เมษายน 2563 ประเด็นในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหนองพยาธิและการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน

ผู้ร่วมกระบวนการในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานกองทุนดูแลระยะยาวในองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต.จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 27 คน และผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 43 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมกระบวนการ จำนวน 70 คน บรรยากาศเป็นไปด้วยความเป็นกันเอง ประเด็นการร่วมสนทนามีความผ่อนคลายมากขึ้นจากการร่วมพูดคุย มิตรภาพเริ่มแนบแน่นมากขึ้น หลายคนเข้าใจถึงเป้าหมายที่จะเดินไปด้วยกัน ในประเด็นการดูแลระยะยาวร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนของเราต้องทำอย่างไรบ้าง

2.2.2.1 นายองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลคลีกล้วย ได้ให้ข้อคิดเห็นดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบลเราเริ่มมีมากขึ้นเรื่อยๆตามลำดับ แต่ยังคงขาดการสะท้อนข้อมูลปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในการประชุมประจำเดือนในแต่ละหมู่บ้านโดยเฉพาะการแจ้งข่าวกิจกรรมที่จะลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อประเมินเรื่องการรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน รวมถึงการปรับปรุงเรื่องการจัดอาหารขยะที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุต้องทำอะไรบ้าง

(2) ประชาชนยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ไม่ทราบการบริหารจัดการ ในการดูแลผู้สูงอายุ

(3) ในการปฏิบัติงานขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่ควรเพิ่มกิจกรรมการจ่ายเบี้ยยังชีพถึงบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกัน มีการสอบถามความคิดเห็นของประชาชนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่รัฐจัดบริการให้ และจัดทำประชาคมเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมต่างๆให้มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชนมากขึ้น

2.2.2.2 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

(1) การบริหารเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่เข้าไปมีส่วนร่วมมากขึ้นในการตัดสินใจในประเด็นการดูแลของผู้สูงอายุ สุขอนามัยภายในบ้านผู้สูงอายุ การจัดการขยะและการสนับสนุนองค์ความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในครอบครัว

(2) มีการใช้แนวทางการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบของทางราชการอย่างตรงไปตรงมามากขึ้น โดยเฉพาะการเบิกจ่ายงบประมาณในโครงการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ และให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการและตรวจสอบได้

(3) ลดการเอื้อประโยชน์แก่กลุ่มของตนเอง เช่น ช่วยญาติ เพื่อน คนรู้จัก หรือการได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินงานของกองทุนดูแลผู้สูงอายุ

(4) มีความเสียสละ สร้างการมีส่วนร่วม และมีความรับผิดชอบมากขึ้น

ระยะที่ 3 สรุปประเด็นปัญหาที่ค้นพบและต้นทุนในการพัฒนารูปแบบ ผลการระดมสมองร่วมกันพบว่าปัญหาอุปสรรคและการดำเนินงานต่อในการที่จะแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้แก่

1) ผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการป้องกันการติดเชื้อโรคหอนอนพยาธิและขาดการตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกสุขอนามัย

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวขาดความรู้และยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหอนอนพยาธิ ความเชื่อเดิมที่สืบทอดกันมาจนเป็น

วัฒนธรรมในการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆและการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งรังโรคที่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากภาวะฟุ้งฟิงและติดเชื้อโรคหนองพยาธิได้

3) ระบบการบริหารจัดการในชุมชน ได้แก่การมองหาทรัพยากรที่เป็นสิ่งดีในชุมชนที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการทำงาน การกำหนดนโยบายหรือกฎของชุมชน บุคลากรในชุมชน สถานที่ที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ตลอดจนแหล่งงบประมาณที่จะสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม

4) ระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมต่อกันระหว่างบ้าน ชุมชนถึงหน่วยบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับเครือข่ายซึ่งสอดคล้องกับบริบทของชุมชนยังไม่ได้กำหนดเป็นแนวปฏิบัติ และนโยบายของการดำเนินกิจกรรมของชุมชนที่ร่วมกันออกแบบเองและยังไม่เกิดความยั่งยืน

ส่วนที่ 2 กระบวนการดำเนินงาน การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิโดยผู้วิจัยได้มีการออกแบบกิจกรรมการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิโดยเปรียบเทียบกับการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม และรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นตาม PAOR ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (Plan)

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบการวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ รูปแบบเดิม และรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นดังนี้

ประเด็นในการพัฒนา	เป้าหมายของการพัฒนา	กิจกรรมการดำเนินงาน (เดิม)	กิจกรรมการดำเนินงาน (ใหม่)	การประเมินผล
1.พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงแบบเดิมเชื่อมต่อกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิ	1.บุคลากรผู้รับผิดชอบในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง 2.สนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3.สร้าง นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	1.แต่งตั้งบุคลากรรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะฟุ้งฟิงโดยเฉพาะ 2.จัดระบบบริการตั้งแต่ระบบการคัดกรอง รักษาฟื้นฟู ที่ครอบคลุมในประเด็นปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุที่อาจส่งผลต่อภาวะฟุ้งฟิงที่มากขึ้น 3.จัดเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุในไฟล์เอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุและนำไปใช้ในการวางแผนในการดูแล	1.เพิ่มการบริการเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น กิจกรรม” ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (CG) บัดดี้ เคาะประตูบ้าน” 2.พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อหนองพยาธิ 3.เพิ่มคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในประเด็นปัญหาที่สำคัญเพิ่มขึ้นเช่น การคัดกรองพยาธิ คัดกรองภาวะซีด 4 จัดการ วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำประชาคมในระดับชุมชนเพื่อนำเอาข้อมูลมาใช้เพื่อวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมมากขึ้น 5 จัดทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงให้เป็นระบบทั้งเชิงรับและเชิงรุก	1.เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง 2.ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3.เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

		4. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนและการส่งต่อในกรณีที่มีผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 5. จัดทำระบบติดตามและประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุได้มาตรฐาน	6. มีระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ 7. กระบวนการมีส่วนร่วมโดยการประชาคมและจัดทำแผนระดับชุมชน	
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1. บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และทักษะในการดูแลและบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ	1. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้แก่การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากโรคและวัยของผู้สูงอายุและการจัดระบบการบริการให้ได้มาตรฐานและการติดตามประเมินผล	1. พัฒนาทักษะบุคลากรด้านความรู้เทคนิคการสร้างความตระหนักแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและเครือข่ายการดูแลเพื่อควบคุมโรคพยาธิ	1. บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ
ประเด็นในการพัฒนา	เป้าหมายของการพัฒนา	กิจกรรมการดำเนินงาน (เดิม)	กิจกรรมการดำเนินงาน (ใหม่)	การประเมินผล
	2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว, ผู้จัดการ	1. อบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุใน	2. การเยี่ยมเสริมสร้างพลังอำนาจจากองค์กรภายนอก	2. บุคลากรสาธารณสุขรู้สึกมี

	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, ณะอนุกรรมการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและภาคีเครือข่ายในชุมชน	ครอบครัว, ละผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองการจัดการสิ่งแวดล้อมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลักสูตร1 วันจำนวน 2 ครั้งโดยเน้นการรู้จักตัวตนของตนเองรู้จักคุณค่าในตัวเองโดยการใคร่ครวญรู้จักพึ่งพิงและสะท้อนคิดโดยใช้วงแลกเปลี่ยนแบบสุนทรียสนทนา 3.พัฒนาทักษะในการติดตามและประเมินผล	1.อบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและเน้นการดูแลด้านสุขบัญญัติสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในทักษะการล้างมือ การปรุงอาหารการกำจัดขยะจากการดูแลผู้สูงอายุ 2.อบรมพัฒนาการจัดการกับอารมณ์ของผู้สูงอายุและการจัดการกับอารมณ์ตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 3.จัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณค่าในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจำนวน 1 ครั้ง 4.การจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีม LTC ระดับตำบลและประเมินไขว้เมนูอาหารปรุงสุกของครัวเรือนที่เข้าร่วมกิจกรรม 5.จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุสุขบัญญัติตามหลักสูตรในการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชนในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อหนองพยาธิอาทิติดยละ 1 ครั้งระยะเวลา 9 สัปดาห์. 6.กิจกรรม บัดดีและติดตามเยี่ยมบ้านรายสัปดาห์โดยทีม	คุณค่าในการให้การดูแลผู้สูงอายุ 1.ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้จัดการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความรู้และตระหนักในการดูแล 2.มีกิจกรรมที่เผยแพร่และประชาสัมพันธ์เรื่องการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3.ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีความพึงพอใจในการได้รับบริการของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4.ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ร่วมกิจกรรมในชุมชนอย่างน้อย 1 กิจกรรม/ เดือน
ประเด็นในการพัฒนา	เป้าหมายของการพัฒนา	กิจกรรมการดำเนินงาน (เดิม)	กิจกรรมการดำเนินงาน (ใหม่)	การประเมินผล
3.พัฒนาระบบสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมการ	1.คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	1.อบรมพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่	โรงเรียนผู้สูงอายุสุขบัญญัติ 7กิจกรรมเสริมพลังเชิงรุกในครัวเรือน มอปปายเกียรติ	1.บุคลากรสาธารณสุข,และ ผู้เกี่ยวข้องมีทักษะใน

ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับชุมชน	2.ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3. คณะอนุกรรมฯ LTC 4. คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ 5. ผู้รับผิดชอบการจัดสรรงบประมาณในหน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	งบประมาณวัสดุอุปกรณ์ ระบบการประสานงาน การจัดการข้อมูลการติดตาม ประเมินผล เพื่อจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะเวลา 1 วัน 2 จัดทำเอกสารประกอบการปฏิบัติงาน การบริหารงบประมาณ 3 ศึกษาดูงาน ณ หน่วยบริการที่มีผลสำเร็จด้านการจัดการดูแลผู้สูงอายุ การจัดสรรงบประมาณ 4. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงาน	บัตร“ครอบครัวกินสุข ปลอดภัย โรคพยาธิ ตำบลคลีกลิ้ง” 1.อบรมฟื้นฟูทักษะการบริหารจัดการระบบการดำเนินงาน LTC ในประเด็นการบริหารจัดการ 3 M การติดตามประเมินผลและการวิเคราะห์จัดการข้อมูล 2.จัดทำประชาคม ร่างระเบียบข้อกฎหมายในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคหนองพยาธิ การกำจัดสิ่งปฏิกูลของชุมชน 3, ศึกษาดูงานด้านการกำจัดสิ่งปฏิกูลเพื่อนำมาใช้ในชุมชน	การบริหารงบประมาณที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 2.มีระบบติดตามและประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณที่ถูกต้องและชัดเจน 3.เป็นแหล่งศึกษาดูงานของหน่วยอื่นๆ ด้านการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ
4.พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชื่อมต่อกันระหว่างชุมชนและหน่วยบริการ	1.ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 2.ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม.อบต. พระภิกษุกลุ่มเยาวชน 3.องค์กรต่างๆในชุมชน โรงเรียน วัด มูลนิธิ ชมรมผู้สูงอายุ 4.ส่วนราชการในชุมชนได้แก่ พัฒนาชุมชน กศน.ท้องถิ่น ท้องที่	1ประชุมชี้แจงการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 1 ครั้ง 2.จัดกิจกรรมร่วมในการออกเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย1ครั้ง/ผู้สูงอายุ 1 คน 3จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 4จัดกิจกรรมถอดบทเรียนของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างน้อย1ครั้งต่อปี	1.ประชุมชี้แจงการดำเนินกิจกรรมควบคุมและป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับอำเภอและตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 1 ครั้ง 2.จัดกิจกรรมประชาคมรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหนองพยาธิ 1ครั้งต่อหมู่บ้าน กระตุ้นให้หมู่บ้านดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกเดือน 3.เกิดนวัตกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สุ. อายุอย่างน้อย 1 ประเด็นต่อ 1 หมู่บ้าน	1.เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อระหว่างหน่วยบริการเชิงรุกเชิงรับและชุมชน

จากแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตารางที่ 6 ทีมผู้วิจัยจึงได้มาวางแผนดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการตามแผน (DO)

กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ โดยผู้วิจัยได้นำปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคหนองพยาธิที่ได้ในระยะเวลาที่ 1 จำนวน 4 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนสังคม

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเข้าสู่กระบวนการคืนข้อมูลและประชุมระดมสมองแก่ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลบริบท, ข้อมูลทฤษฎีในหน่วยบริการในเขตตำบลคลีลิ่งที่ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ นำเข้าสู่ที่ประชุมระดับตำบลและผู้วิจัยและทีมพัฒนารูปแบบฯ ได้ออกแบบประเด็นในการพัฒนาแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1) การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุ ระยะที่ 2) การพัฒนาระบบการจัดบริการ 3) ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุฯ เชิงรับและเชิงรุก รายละเอียดดังนี้

การดำเนินงานระยะที่ 1 (D1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

(1) การประชุมเชิงปฏิบัติการในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ ของกิบสันร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อช่วยเพิ่มพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้ดูแลผู้สูงอายุและแกนนำผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 9 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมนั้นจะมีการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันครบทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 - 120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 “กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ”

แนวความคิด เป็นกิจกรรม สำหรับการมาพบกันในการทำกิจกรรมครั้งแรก การเข้ามาเป็นสมาชิกใหม่ใน กลุ่ม และสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย สมาชิกกลุ่มมักจะเกิดความเครียด สับสน และกังวลใจในการปรับตัว เพื่อสร้างความรู้สึกละผ่อนคลายให้เกิดขึ้นกับสมาชิกภายในกลุ่ม กิจกรรมแนะนำตนเองด้วยภาพ จึงเป็น กิจกรรมทำความรู้จักกัน ที่มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักความเป็นตัวตนของแต่ละคนมากขึ้น มองสิ่งที่ ดีในตัวเองและผู้อื่น นำสิ่งดี ๆ เหล่านั้นมาพัฒนาให้เกิดสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยและการเชื่อมความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน แนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ได้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่มนุษย์เราจะต้องเรียนรู้การมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการคงไว้ ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น กระตุ้นให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจนครบระยะเวลา 5 สัปดาห์ สมาชิกให้ความร่วมมือและตั้งใจในการดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนระบุเป้าหมาย และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้โดยทีม

ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมประชุมระดมสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2 ครั้งจนได้ข้อสรุปของประเด็นปัญหาจากกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุดังนี้ 1) การเข้าถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ การขาดยาและการรักษาที่ต่อเนื่อง 2) แสงสว่างภายในไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อการหกล้มและถูกสัตว์พิษกัด 3) การสนับสนุนการรับประทานอาหารที่สะอาดปรุงสุกและสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) ผู้สูงอายุยังขาดวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลตนเอง เช่น แพนเพิร์ส อาหารที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ นม 5) การเยี่ยมบ้านจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องได้รับการดูแลเมื่อมีความยุ่งยากทางปัญหาสุขภาพ 6) โอกาสการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนในกิจกรรมสำคัญทำให้เหงาและมีความรู้สึกด้อยคุณค่า 7) ความเบื่อหน่ายจากการดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา นานาของผู้ดูแลในครอบครัว และจากการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการ ติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะที่ 1 พบว่าปัจจัยสาเหตุซึ่งส่งผลต่อการ เปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอ ศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ ดังนั้นในการเพิ่มระดับ ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อชะลอการพึ่งพิงของผู้สูงอายุซึ่งส่งผล ให้อัตราการติดเชื้อของโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง ซึ่งมีประเด็นหลักที่ต้องมีการ พัฒนาเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแล สุขภาพและระบบการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและจัดบริการ การดูแลตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อในการ ดูแลผู้สูงอายุในรายที่มีผลตรวจคัดกรองผิดปกติและการเข้าถึงการรักษา รวมถึงการแก้ไขปัญหา ชับซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจ พัฒนานวัตกรรมใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ระบบการดูแล ผู้สูงอายุมีความยั่งยืน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์จริง และข้อมูลจากการ ศึกษาวิจัย มาออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

ครั้งที่ 2 “กิจกรรม สุขภาพดี สร้างได้ด้วยมือเราเอง”

แนวความคิด การฝึกทักษะการควบคุมตนเองให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็น การช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนตนเอง ให้แสดง ออกถึง พฤติกรรมที่ เหมาะสม รับมือกับ สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ การเริ่มต้นฝึกการ ควบคุมตนเองให้ผู้สูงอายุและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงควรเริ่มต้นจากการฝึกการ ควบคุมภาพลักษณ์ร่างกายของตนเองก่อน เมื่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพและรูปร่างที่ดี แล้ว จะทำให้เกิดความมั่นใจในการแสดงออกมากขึ้น ถ้าแสดงความคิดเห็น ถ้าแสดงความรู้สึก

และกล้าที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งการแสดงออกที่ดี จะทำให้คนรอบ ๆข้างผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความสนใจและความเชื่อมั่นในตัวของผู้สูงอายุและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้หลักวิธีปฏิบัติ 5 อ. ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ โดยทีมผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสะท้อนคิดให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้วิจัยได้นำเอาประเด็นปัญหาที่ได้มาพูดคุยกันจนได้ประเด็นในการเรียนรู้ 3 เรื่องดังนี้ บทบาทของท่านในการดูแลสุขภาพของตนเองต้องทำอะไรบ้าง ผลสำเร็จและความภาคภูมิใจของท่าน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของท่านและสิ่งที่ต้องการในการดูแลสุขภาพของท่านได้แก่อะไรบ้าง โดยผู้วิจัยได้พัฒนาหลักสูตรการสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณผ่านการเรียนรู้ด้วยกระบวนการจิตตปัญญา โดยการเรียนรู้ผ่านปัญญา 3 ฐานได้แก่ ฐานคิด ฐานกาย ฐานใจ โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม 2 วันและเพื่อให้ได้หลักสูตรในการพัฒนาศักยภาพที่แท้จริงจากผู้เข้าอบรมและกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมมากที่สุด ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนแบบสุนทรียสนทนา โดยแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพและความต้องการของผู้อบรม ขั้นตอนที่ 2 กำหนดมโนทัศน์ที่ต้องเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 3 กำหนดจุดประสงค์การสอน ขั้นที่ 4 ออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอน เน้นการเรียนรู้ผ่านปัญญาทั้ง 3 ฐาน คือการลงมือกระทำ ความรู้สึก และความคิด ลักษณะกิจกรรมมีคุณสมบัติ 5 ประการ ได้แก่ 1) การเรียนต้องลงมือกระทำด้วยความคิด 2. ต้องมีการแสดงออก 3) ต้องมีการเรียนแบบร่วมมือ ซึ่งหมายถึงเรียนเป็นกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ 4) มีการค้นพบ อาจค้นพบตัวเองด้านความรู้หรือความเข้าใจในตน 5) รู้ความก้าวหน้าทางการเรียนของตน นอกจากนั้นการเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ผ่านกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อพัฒนาตน ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการพัฒนา ขั้นตอนที่ 6 ประเมินภาพการเรียนรู้ ดังนั้นหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าอบรมโดยผ่านปัญญา 3 ฐาน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้คิดทบทวนด้วยการเรียนแบบร่วมมือกับกลุ่ม เกิดการค้นพบข้อความรู้และน้อมนำตนเองให้ก้าวหน้าและเกิดคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 3 “กิจกรรม พยาธิตัวร้าย ภัยสุขภาพของผู้สูงอายุ”

แนวความคิด เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการลดการติดเชื้อนอนพยาธิของผู้สูงอายุ ระบุผลกระทบที่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อนอนพยาธิ โดยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และการจัดแบ่งกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันของผู้เข้าอบรมได้แก่ กิจกรรมการล้างมือที่ถูกต้อง ตัวอย่างของอาหารสุกดิบ การรับประทานอาหารสะอาด และกิจกรรมการสาดิการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและรอบๆบ้าน การสวมรองเท้าที่ถูกวิธีรวมถึงการสร้างเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 “กิจกรรม ท่านดูแลตนเองได้ เมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ”

แนวความคิด เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทบทวนโรคต่างๆที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ โรคที่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อออกแบบการดูแลที่เหมาะสมกับตนเองหรือผู้สูงอายุที่ต้องดูแลซึ่งในเนื้อหาจะอ้างถึงกิจกรรมที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุขอนามัย และการปราศจากโรคภัยโดยกิจกรรมเป็นลักษณะการล้อมวงคุยกันผ่านเรื่องเล่าของการดูแลสุขภาพและการถ่ายทอดความรู้ผ่านโมเดลผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 5 “กิจกรรม ทุกปัญหาหนีทางออก”

แนวความคิด การแก้ปัญหาเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยกระบวนการแก้ปัญหาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมส่งผลให้บุคคลมีความคิด ความเชื่อต่อปัญหาในด้านบวก และสามารถที่จะปรับตัวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด นำมาซึ่งรูปแบบของการเป็นผล และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้ทักษะในปัญหาอย่างหลากหลาย และพัฒนาทักษะใหม่ในการเลือกจัดการกับปัญหา ดังนั้น ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น แก้ไขอารมณ์ตึงเครียด และบรรเทาอารมณ์ตึงเครียดต่างๆได้ และจัดการความเครียดด้วยตนเองได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้โดยเกิดผลกระทบจากความเครียด น้อยที่สุดโดยจัดกิจกรรมการนั่งสมาธิและการส่งต่อความสุขโดยใช้เกม หินพูดได้เป็นตัวสื่อสารทางอารมณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ระยะเวลาจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 6 “กิจกรรม อารมณ์ดี ชีวิตมีสุข”

แนวความคิด ในผู้ที่มีความเสื่อมทางด้านร่างกาย มีความพิการและผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลาที่ยาวนานจะเกิดภาวะเครียด ท้อแท้และขาดประสิทธิภาพการทำงานและการดำเนินชีวิตปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์จึงเป็นสาเหตุหลักประการต้นๆของการนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านลบ ดังนั้นบุคคลจึงควรมีการฝึกฝนเพื่อผ่อนคลายความเครียด เพื่อจัดการกับความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเงื่อนไขทางด้านร่างกาย โดยการออกกำลังกาย ส่วนเงื่อนไขทางด้านจิตใจจะเพิ่มความความต้านทานต่อความเครียด ได้แก่ การได้รับความภาคภูมิใจ ความสามารถในตนเอง เพิ่มพฤติกรรมกล้าแสดงออก พัฒนาทางเลือกของเป้าหมาย ริเริ่มสร้างแหล่งสนับสนุนการปรับตัว ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และทำให้เกิดการสร้างทักษะการทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพอีกด้วยโดยจัดกิจกรรมขยับกายสบายชีวี โดยใช้ผ้าขาวม้า ใช้ระยะเวลา 45 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 7 “กิจกรรม ซ้ำๆ ได้พำเฒ่างาม”

แนวความคิด ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีความไม่มั่นใจในการเคลื่อนไหวหรือการกระทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ดังนั้นการ

สร้างความมั่นใจในการก้าวเดิน การเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้า การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร การถ่ายอุจจาระลงส้วม การสวมรองเท้าทุกครั้งก่อนออกจากบ้านฯ จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการกระตุ้น การสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ดังนั้นจึงต้องมีการเรียนรู้และปรับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำในทิศทางที่ต้องการ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรค ปัญหาหรือความขัดแย้งในจิตใจ การควบคุมตนเองเป็นผลจากประสบการณ์ตรง และผลจากการเรียนรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้กระทำพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้สถานการณ์นั้น และผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำเป็นที่พึงพอใจ ในเวลานั้น การควบคุมตนเองนี้บุคคลจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานของพฤติกรรมสำหรับของตน ตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ และมีความรู้สึกซึ่งเป็นปฏิกิริยาต่อตนเองตามผลการประเมินซึ่งมาตรฐานของพฤติกรรมที่บุคคลตั้งไว้จะเป็นสิ่งที่ช่วยตัดสินใจและเป็นแนวทางในการปฏิบัติการของบุคคลโดยจัดกิจกรรมประชุมถอดบทเรียน เสริมแรงโดยบัดดี

กิจกรรมครั้งที่ 8 “กิจกรรม ก้าวอย่างที่มีมั่นคง”

แนวความคิด อนาคตเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถกำหนดได้ด้วยตนเองว่าจะก้าวไปสู่ความสำเร็จได้อย่างไร การมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจนจะทำให้ทุกคนไปสู่เป้าหมายนั้นได้ เป้าหมายในชีวิตหมายถึง สิ่งที่เราให้ความสำคัญและปรารถนาจะเกิดขึ้นในอนาคตมุ่งไปสู่อนาคต การมีเป้าหมายจะช่วยให้คนเรามีการใช้ชีวิตอย่างมีความหมายและมีทิศทาง เพราะการมีเป้าหมายจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า เราต้องการอะไร มีชีวิตเพื่ออะไร เพื่อใครและอะไร การวางแผนชีวิตเป็นการคิดและเตรียมการดำเนินชีวิตไว้ล่วงหน้าไม่หลงทาง ช่วยให้เราป้องกันและรับมือกับความเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจให้เข้มแข็ง เพื่อเตรียมพร้อมในการต่อสู้กับความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อนจากโรคภัยต่าง ๆ ต่อไปโดยมีกิจกรรมการประชุมกลุ่มเล่าถึงประสบการณ์ของการปฏิบัติตัว ปัญหาและปัจจัยความสำเร็จ

กิจกรรมครั้งที่ 9 “กิจกรรม สัญญาว่าจะไม่ลืม”

แนวความคิด การมีเพื่อนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ด้านต่างๆการจัดกิจกรรมให้เพื่อนสมาชิกทุกคนได้แสดงการชื่นชม ให้กำลังใจ ต่อเพื่อนสมาชิกด้วยกัน จะเป็นการสนับสนุนให้ทุกคนมีความรู้สึกพึงพอใจและแนวโน้มของการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในกลุ่มสมาชิกรวมถึงการมีเอกลักษณ์ที่แสดงถึงการรับรู้ การเข้าใจร่วมกันเป้าหมายที่ใกล้เคียงกัน มีความตั้งใจหรือเจตนาไปในแนวทางเดียว ดังนั้น ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง สมาชิกกลุ่มเองจะต้องเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ การให้คำมั่นสัญญาจะเป็นส่วนให้แผนนั้นลุล่วงและสำเร็จไปได้ โดยมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายการดำเนินงานผู้สูงอายุ

ผลการประเมินการจัดกิจกรรมจำนวน 9 ครั้ง พบว่า

(1) ผู้สูงอายุฯและเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุฯมีระดับคะแนนหลังการอบรมในด้านความรู้ การปฏิบัติตัวและการเห็นคุณค่าของตนเองและระดับคะแนนความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มากกว่าก่อนการอบรม

(2) ผู้สูงอายุฯ, เครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุฯได้เรียนรู้ส่วนขาดในการพัฒนาทักษะของตนเองโดยการสะท้อนผ่านเรื่องเล่าในการประชุมกลุ่มเล็กและเติมเต็มส่วนขาดจากกลุ่มและทีมวิทยากร

(3) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมและมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส

(4) ทีมผู้จัดกิจกรรมได้สร้างคุณค่าแก่ผู้เข้าร่วมอบรม โดยให้เข้ารับใบประกาศเกียรติบัตรผ่านการอบรมจากนายอำเภอศีลาลาด

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุฯและเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุฯ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ตระหนักและพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการการแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเองจนเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเลือกใช้วิธีต่างๆ ไปปฏิบัติจนสามารถควบคุมตนเองในการส่งเสริมสุขภาพและจัดการกับปัญหาเมื่อผู้สูงอายุฯและผู้ดูแลผู้สูงอายุฯมีการควบคุมตนเองได้ก็จะเกิดศักยภาพในการควบคุมตนเองให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคและเกิดอันตรายจากภาวะเสื่อมถอยของร่างกายน้อยที่สุด (Harm reduction)

ผลการประเมินการเรียนรู้พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับคะแนนความรู้ คุณค่าในตัวเองและความพึงพอใจในการอบรมหลังการอบรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การดำเนินงานระยะที่ 2 (D2) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการป้องกันและควบคุมโรคหอนปวยาลิดังนี้ จากการระดมสมองและคืนข้อมูลการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการป้องกันและควบคุมโรคหอนปวยาลิพบประเด็นปัญหา ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเรื่องการป้องกันโรคหอนปวยาลิ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลยังไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุที่ตรวจพบไขุพวยาลิไม่เข้าถึงระบบบริการการรักษาที่ถูกต้อง
- 2) บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชืุหอนปวยาลิ
- 3) วัสดุอุปกรณ์ในการสนับสนุนการดูแลยังไม่เพียงพอ
- 4) ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

5) คุณภาพการจั้ดบริการดูแลผู้สูงอายุและระบบติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยได้ออกแบบการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามกระบวนการและขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการจั้ดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

(1) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข(ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)) ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบ (Creativity-based learning : CBL) การเรียนรู้จากบริบทในพื้นที่ผ่านทีมพี่เลี้ยง โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในทักษะเฉพาะในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิจำนวน 2 ครั้ง เช่น ความรู้เรื่องโรคหนองพยาธิ การเฝ้าระวังการเกิดโรคได้แก่กิจกรรมการล้างมือ การปรุงอาหารสุก การจัดเก็บสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและรอบ ๆ บ้าน

(2) อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวหรือชุมชน จำนวน 1 ครั้งเพื่อให้มีความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุในรายที่มีความซับซ้อน เช่น การดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง การช่วยฟื้นคืนชีพฯ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเส้นเลือดในสมองแตกมีแขนขาอ่อนแรง อัมพาตครึ่งซีกฯและส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติมจากอายุรแพทย์ รพ.ศรีสะเกษ จำนวน1 ครั้งและมีการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนโดยผู้จัดการระบบ (ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)) เป็นพี่เลี้ยง จนมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีปัญหาจากภาวะหลอดเลือดในสมองแตกรวมถึงการดูแลผู้สูงอายุเพื่อชะลอระดับการพึ่งพิงที่มากขึ้นตามหลักสุขบัญญัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อหนองพยาธิได้แก่ การสร้างการรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อรับประทานอาหารปรุงสุก การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย การใช้ห้องน้ำที่ถูกต้อง การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การจัดการสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน เช่น สุนัข แมว

(3) อบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1 ครั้งโดยเชิญวิทยากรมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้เข้าอบรมได้แก่ผู้จัดการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและคณะอนุกรรมการจั้ดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองหลักสูตร 1 วันจำนวน 2 รุ่นโดยเน้นการรู้จักตัวตนของตนเอง รู้จักคุณค่าในตัวเองโดยการใคร่ครวญรู้จักฟังและสะท้อนคิดโดยใช้วงแลกเปลี่ยนแบบสุนทรียสนทนา จัดกิจกรรมการฝึกทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ การจั้ดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยฯ

(4) อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิง โดยการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พัฒนาการจัดการกับอารมณ์ของผู้สูงอายุและการจัดการกับอารมณ์ตนเองรวมถึง

การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อโรคหนองพยาธิ และการปฏิบัติตัวตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลจำนวน 1 ครั้งและเยี่ยมบ้านติดตามประเมินผลจำนวน 2 ครั้ง

(5) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุสุขบัญญัติเพื่อสนับสนุนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมาทำกิจกรรมร่วมกันโดยใช้หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุสุขบัญญัติเน้นการอบรมให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเช่น ทักษะการล้างมือ ทักษะการปรุงอาหารสุก การล้างผัก การสวมรองเท้า การจัดการขยะในครัวเรือน โดยมีกิจกรรมพัฒนาทักษะ จำนวน 12 อาทิตย์ และนำกลุ่มสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุเยี่ยมบ้านให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มฟุ้งฟิง เป็นบัดดี 1:1 จำนวน 3 ครั้ง หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ลงประเมินการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะฟุ้งฟิงในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิทุก 3 เดือน

2) พัฒนาระบบบริการและส่งต่อแบบไร้รอยต่อระหว่างศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนและหน่วยบริการสาธารณสุข ได้แก่ การสนับสนุนบุคลากรจากหน่วยบริการสาธารณสุขในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลและควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเช่น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคซีด โรคหนองพยาธิและส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการที่สูงขึ้นตามลำดับ

3) การออกแบบกิจกรรมการดำเนินการในการจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน โดยมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานดังนี้

(1) ปรับบทบาทการทำงานของคณะอนุกรรมการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง จากบทบาทหน้าที่เดิมในด้านการอำนวยความสะดวก ติดตามประเมินผล ควบคุมกำกับ การดำเนินงานและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ควบคุม ดูแลและกำกับการปฏิบัติงานของ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) , ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (CG) และบุคลากรในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหน่วยบริการให้มีบทบาทในเชิงรุกโดยเน้นการปฏิบัติงานในชุมชนร่วมกับทีมผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (CG) และกำหนดนโยบายที่สนับสนุนการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อหนองพยาธิ เช่น ร้านส้มตำปลาสุก ควบคุมการทิ้งสิ่งปฏิกูลจากรถตุ๊ดส้วม การจัดการขยะในชุมชน

(2) เพิ่มบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวให้มีทักษะในการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะในครัวเรือน การรับประทานอาหารสุกและทักษะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในครอบครัว

(3) การจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุทั้งในรูปแบบเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุและนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อดูแลผู้สูงอายุตลอดจนการลงข้อมูลในระบบโปรแกรมของกรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(4) จัดทำระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนและการส่งต่อในกรณีที่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน สร้างนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และสร้างระบบการมีส่วนร่วมของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีการจัดระบบการดูแลในชุมชนด้านสุขภาพและด้านสังคมโดยจัดบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุจำนวน 4 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1. เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน กลุ่มที่ 2. เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหา การกิน การขับถ่าย กลุ่มที่ 3. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน ขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรงและกลุ่มที่ 4. เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง อยู่ในระยะท้ายชีวิต ดังนี้

1) จัดระบบการดูแลตามมาตรฐานการให้บริการและสอดคล้องกับบริบทโดยผู้สูงอายุทุกกลุ่มต้องได้รับการดูแลจากผู้จัดการระบบ สหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งโดยเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงความถี่ของการได้รับการเยี่ยมบ้านครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 100

2) มีระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อของผู้สูงอายุพึ่งพิงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลตติยตติยที่มีประสิทธิภาพ

3) จัดกิจกรรมบริการโดยมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์และมีระบบติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยทีมคณะอนุกรรมการดูแลระยะยาวระดับตำบลทุก 2 เดือน

4) ประเมินความพึงพอใจในการได้รับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติทุก 3 เดือนและมีการเฝ้าระวังข้อร้องเรียนจากการได้รับบริการและข้อร้องเรียนการให้บริการตามกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นโดยใช้กฎระเบียบของชุมชน

5) สร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยการประชุมชี้แจง อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพและทักษะการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

6) จัดทำระบบติดตามและประเมินผลประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทุก 3, 6, 9, 12 เดือน

การดำเนินงานระยะที่ 3 (D3) พัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการระดมความคิดในครั้งที่ 2 พบว่า ทีมผู้บริหาร ภาคีเครือข่ายในชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุน้อย เรื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังเป็นเรื่องของคนในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อระดมความคิดกับภาคีเครือข่ายจำนวน 1 ครั้งได้แนวปฏิบัติและข้อตกลงดังนี้

3.1 แนวทางที่จะทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของทีม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า

(1) การสร้างความสัมพันธ์ในหน่วยงานให้เกิดขึ้น ทุกคนเสมือนเป็นฟันเฟืองตัวหนึ่งของหน่วยงานที่มีความสำคัญ จะขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้ เสมือนพี่น้อง เน้นการทำงานเป็นทีม มีความไวเนื้อเชื่อใจ รัก สามัคคี เสียสละ และมีจุดหมายเดียวกันในการพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดคุณค่าสูงสุดต่อประชาชนผู้รับบริการ

(2) เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นในการเข้ารับบริการ ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานอย่างโปร่งใส นำเสนอข้อมูลข่าวสารตรงไปตรงมาให้ประชาชนและผู้ร่วมงานเข้าใจ

(3) ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริหารจัดการ สร้างภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ทุกระดับ

(4) สนับสนุนส่งเสริมการให้คุณค่าของความเป็นคน เคารพสิทธิและคุณค่าความเป็นมนุษย์ ให้ความสำคัญทุกคน และสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการเคารพผู้อาวุโส และยึดถือความถูกต้องเป็นหลักในการทำงาน

(5) ปลุกฝังการมีคุณธรรม จริยธรรม สร้างจิตสำนึก มีความรับผิดชอบในหน้าที่และมีส่วนร่วมในสังคม

(6) เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงาน มีความซื่อสัตย์ เสียสละ มีความตั้งใจในการทำงาน มีความโอบอ้อมอารี มีน้ำใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ การอยู่ร่วมกันต้องร่วมทุกข์ ร่วมสุข และร่วมรับผิดชอบ

(7) สร้างภาคีเครือข่ายในการทำงาน ร่วมมือและเข้าหาภาคีเครือข่ายในการทำงาน ให้ชุมชนรับข้อมูลและเปิดโอกาสให้เขาได้แสดงความคิดเห็น นำข้อมูลต่างๆที่สะท้อนมาปรับระบบการทำงานให้ดีขึ้น

(8) สร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ชื่นชมยินดีและช่วยเหลือกันในการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นคงไว้ในกาปฏิบัติการตามแผน (Check)

จัดกิจกรรมและแผนการควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงานโดยทีม ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ลงติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุประเมินการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารสุก การล้างมือ การจัดการสิ่งแวดล้อมรอบๆบ้านของผู้สูงอายุลงเยี่ยมบ้านกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 เดือนละ 2 ครั้งและกลุ่มที่ 3 และ 4 อย่างน้อย 1 ครั้งต่ออาทิตย์และมีการเยี่ยมเสริมพลังการปฏิบัติตัวและการติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคโดย สหสาขาวิชาชีพและทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

เดือนละ 1 ครั้งและมีการประชุมสะท้อนย้อนคิดการดำเนินงานโดยทีมคณะอนุกรรมการดูแลระยะยาวทุก 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสังเกตการณ์ปฏิบัติการและการสะท้อนผล (ACT)

จัดประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง สะท้อนคิดในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภาคีเครือข่ายจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นการทบทวนถึงกิจกรรมที่ประสบผลสำเร็จใน 1 ปีที่ผ่านมาและปัญหาอุปสรรคที่พบ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เล่าถึงความภาคภูมิใจในการดูแลผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะผู้นำชุมชนได้ร่วมลงเยี่ยมบ้านและผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เล่าถึงประเด็นปัญหาที่พบและทีมผู้จัดการอบรมได้บันทึกเพื่อนำเข้าที่ประชุมครั้งที่ 2 การจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นได้มีการทบทวนกระบวนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบและแนวทางที่ทีมจะร่วมกันออกแบบแก้ไขปัญหา การประชุมในครั้งนี้ได้ข้อสรุปในการดำเนินกิจกรรมในวงรอบต่อไปโดยทีมมีการจัดสรรคนดูแลให้เหมาะสมรวมทั้งการประเมินติดตามผลเป็นระยะ และปัญหาที่พบได้แก่ประเด็นการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลจากชุมชน ซึ่งทีมได้นำมาประชุมหารือเพื่อหาแนวทางในการจัดการขยะโดย อบต. ได้มีมติที่จะก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลขึ้นในชุมชนและจัดทำกฎกติกาและบังคับใช้กฎหมายในการจับปรับในกรณีที่มีรถมาทิ้งสิ่งปฏิกูลในชุมชน ซึ่งประเด็นปัญหานี้ได้ถูกแก้ไขโดยชุมชนช่วยกัน ซึ่งผู้วิจัยได้มีผลการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญห จำนวน 3 วงรอบจนได้รูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่นำมาใช้แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้จริง และผู้วิจัยจะได้มีการขยายผลนำเอารูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในเฟสที่ 3 ต่อไป

ส่วนที่ 3. ผลลัพธ์และการประเมินผล การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ประชากรกลุ่มเล็ก

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การสนับสนุนสังคม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล และพฤติกรรมเสี่ยงของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การสนับสนุนสังคม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล และพฤติกรรมเสี่ยงของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า หลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้ เพิ่มขึ้น 1.93 คะแนน (95%CI=1.59-2.26) มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 4.74 คะแนน (95%CI= 3.98-5.50) มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 5.34 คะแนน(95%CI=

4.52-6.17) มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติตัว 12.06 คะแนน (95%CI= 11.27-12.86) มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในการได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น 2.93คะแนน (95%CI=2.30-3.60) และมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ ขึ้น 9.88คะแนน (95%CI=8.85-10.91) รายละเอียดตามตารางที่ 31

ตารางที่ 31 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การสนับสนุนสังคม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล และพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมป้องกันโรคหอนอนพยาธิ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อน (n=43) \bar{X} (S.D.)	หลัง (n=43) \bar{X} (S.D.)	\bar{d}	95%CI l	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคหอนอนพยาธิ	5.72(1.03)	7.65(0.75)	1.93	1.59- 2.26	11.7 4	<0.00 1
การสนับสนุนทางสังคม	46.74(4.21)	51.48 (4.86)	4.74	3.98- 5.50	12.6 5	<0.00 1
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	36.16(3.42)	41.51(4.34)	5.34	4.52- 6.17	13.1 3	<0.00 1
การรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติ	23.42(1.78)	35.48(2.70)	12.0	11.27 6 - 12.86	30.7 2	<0.00 1
ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล	26.34(3.351)	29.30(3.66)	2.93	2.30- 3.60	9.26	<0.00 1
พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิ	27.02(4.99)	36.90(3.35)	9.88	8.85- 10.91	19.3 2	<0.00 1

P- value <0.05 *

ส่วนที่ 4 รูปแบบการบูรณาการการดูแลระยะยาวในป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ อธิบายได้ตามกรอบของSISAKET MODEL ประกอบด้วย 6s คือ

S: Social & Value หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในรูปแบบ

การเงิน การให้ข้อมูล วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและการประเมินตนเองซึ่งจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดียิ่งขึ้นและจะส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น รวมถึงการจัดบริการทางสังคมเพื่อให้มีการจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่การระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งกรมอนามัยนำมาใช้ประเมินในการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นเน้นการการบำบัดรักษาการเจ็บป่วยตามความจำเป็นโดยบริบาล (Care Giver: ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)) จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันและการพิทักษ์สิทธิ์ จัดหาเครื่องใช้พื้นฐานเช่น เครื่องช่วยหรือเครื่องมือในการช่วยฟังและช่วยเดินรวมทั้งยาต่าง ๆ การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้มีปัญหาทางจิต เช่น วิตกกังวล หรือปัญหาทางจิตอื่น ๆ พัฒนาเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการเพื่ออำนวยความสะดวกทางสังคม การกำหนดแนวทางทางสังคมและบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลของชุมชนบนพื้นฐานข้อมูลจริงในพื้นที่แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นปัญหาที่แท้จริง รู้ปัญหาที่ถูกต้องผ่านกระบวนการ การบูรณาการและการสร้างการมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในภารกิจหรือกิจกรรมของการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ใช้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลที่เกิดขึ้นทุกอย่างทั้งดีและไม่ดี ร่วมรับรู้ข้อมูลทุกอย่าง มีการจัดการบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ให้คุณค่ากับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอย่างต่อเนื่องเพราะปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุมีหลากหลายจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติการดูแลและการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ อยู่เสมอ

S: Service System หมายถึง การจัดการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ประสานเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเชิงรับและหน่วยบริการในชุมชนโดยยึดเอาการให้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีข้อดีคือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนในครอบครัวในท้องถิ่น จึงสามารถใช้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกในการจัดการและเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพพื้นที่บทบาทในการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการประสานงานเชื่อมต่อในการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่เป็นระบบ

S:Structure & Policy หมายถึง มีโครงสร้างและแนวนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจน มีการดำเนินงานเป็นขั้นตอน และกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน จัดให้มี ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการดูแลความคุมของพยาบาลผู้ดูแล ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รวมถึงการจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุข

(ทีมหมอครอบครัว) เพื่อให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลจัดให้มีการฝึกอบรม ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และบริหารจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อการจัดบริการเชิงรุกที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคลและติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามแผนการดูแลรายบุคคล โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ร่วมกับ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และรายงานผลต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

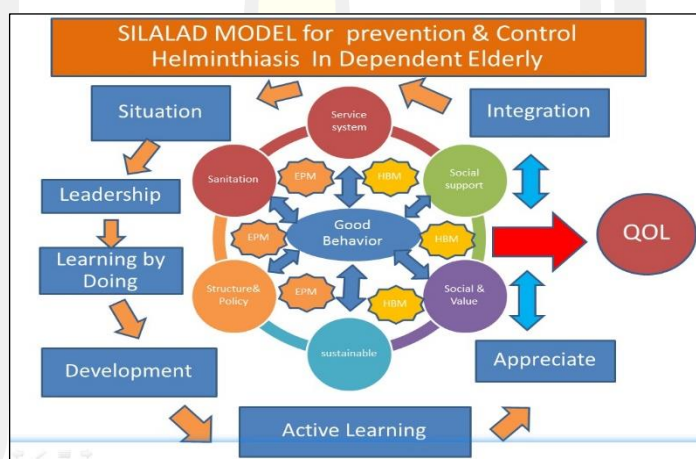
S: Social Support หมายถึง การดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยสังคมชุมชนต้องสนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง การเสริมพลังอำนาจให้มีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา การสนับสนุนบุคลากรที่อยู่ในชุมชนให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้จากหลักสูตรในการฝึกอบรม มีการเชื่อมต่อระบบบริการแบบไร้รอยต่อระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนได้แก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีการสอดประสานกันตั้งแต่บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งานด้านวิชาการและงบประมาณสนับสนุน รวมถึงการชื่นชมและให้กำลังใจ (Appreciate) เห็นคุณค่า ชมเชย ชื่นชม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบข้างหรือบุคลากรซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง

S: Sanitation เป็นวิธีการทางสุขอนามัยของการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการป้องกันมนุษย์มิให้สัมผัสกับภัยจากปฏิภูล การปฏิบัติสุขลักษณะส่วนตัวง่าย ๆ (เช่นการล้างมือด้วยสบู่, การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมถึงการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสำหรับการกำจัดที่ปลอดภัยของปัสสาวะและอุจจาระของมนุษย์. การเก็บขยะและการกำจัดน้ำเสียและรวมถึงการสุขาภิบาลอาหาร (Food Sanitation) สุขภาพอนามัย และการดำรงชีวิตของผู้บริโภคโดยการปรุงอาหารเน้นหลัก 3 ส ได้แก่ ส.สงวนคุณค่าคือ มีวิธีการปรุงเพื่อช่วยสงวนคุณค่าของอาหารให้มีประโยชน์เต็มที่ ส.สุกเสมอ คือใช้ความร้อนในการปรุงอาหารให้สุกเพื่อเป็นการทำลายเชื้อโรค และ ส.สะอาดปลอดภัย อาหารดิบก่อนปรุงทุกครั้งต้องอยู่ในสภาพที่สะอาด ปลอดภัยและมี กรรมวิธีในการปรุงอาหารที่สะอาดถูกต้อง ผู้ปรุงอาหารมีสุขนิสัยในการปรุงอาหารที่ดีใช้ภาชนะอุปกรณ์และสารปรุงแต่งอาหารที่ถูกต้อง

S: Sustainable หมายถึง การออกแบบดำเนินงานร่วมกันโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นบริบทที่นำมาออกแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุมชนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกว่าจะอยู่ที่บ้าน อบอุ่นและมีความอิสระในการดำเนินชีวิต และการผลิตบุคลากรที่มีอยู่เดิมในชุมชนมาเข้าสู่ระบบการดูแลที่เป็นมืออาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น เข้าใจ มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงทำให้ระบบนี้มีความยั่งยืนและมีต้นทุนน้อยในการใช้งบประมาณ

ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวมเพื่อก่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ยั่งยืนตลอดไป

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ที่พัฒนาขึ้นได้มีการผสมผสานเข้าไปในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ในแบบเดิม ขององค์ประกอบของ SILALAD MODEL ที่ประกอบไปด้วย การศึกษาบริบทของการจัดการบริการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Situation management) การบูรณาการและการสร้างการมีส่วนร่วม (Integration and Participatory) การมีคุณสมบัติของการเป็นผู้นำในการตัดสินใจ (Leadership and Teamwork) การชื่นชมและให้กำลังใจ (Appreciate) การเรียนรู้ผ่านกระบวนการลงมือปฏิบัติ (Learning by Doing) กระบวนการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบ (Active Learning) และการพัฒนา (Development) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาบูรณาการจนเกิดเป็นรูปแบบใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ติดเชื้อโรคหนองพยาธิ จังหวัดศรีสะเกษเรียกว่า **SISAKET Model - 6S** รายละเอียดตามภาพประกอบที่ 17



ภาพประกอบที่ 17 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัยในระยะที่ 3

ประสิทธิผลของของรูปแบบการดูแลระยะยาวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีผลการศึกษาดังนี้

หลังจากมีการพัฒนาโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุฯ ผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม จำนวน 69 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรม จำนวน 79 คน เก็บรวบรวม

ข้อมูลจากทั้ง 2 กลุ่ม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองในช่วงเวลาเดียวกัน ระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 30 มกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กรณีที่ข้อมูลมีความแปรปรวนเท่ากันทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกันโดยใช้สถิติ Paired t-test โดยนำเสนอสรุปย่อ อภิปราย และข้อเสนอแนะ ตามลำดับดังนี้

3.1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองผู้ดูแลหลักในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

3.2. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การสนับสนุนสังคม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนปวยธิ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการทดลอง

3.1. ข้อมูลทั่วไป

3.1.1 กลุ่มทดลอง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 44 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 79.72 ปี (S.D.=6.87 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 97.1 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 1000-3000บาท ร้อยละ 58.3 และรายได้มากกว่า 3000 บาทขึ้นไปร้อยละ41.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรร้อยละ 34.8 และอาศัยอยู่กับคู่สมสร้อยละ 33.3 สถานะสุขภาพ ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.2 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.9 โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.2และโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 5.8 ผลการตรวจหาไขพยาธิพบพยาธิปากขอจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 2.9 พบพยาธิตัวตืดจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8 พบพยาธิใบไม้ตับจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 2.9 ตรวจไม่พบไขพยาธิจำนวน 61 คนคิดเป็นร้อยละ 88.4

3.1.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 78 ปี (S.D.= 8.31 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 91.1 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 1000-3000บาท ร้อยละ 58.3 และรายได้มากกว่า 3000 บาทขึ้นไปร้อยละ41.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรร้อยละ 44.3 และอาศัยอยู่กับญาติร้อยละ 24.1 สถานะสุขภาพ ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 62 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.7 โรคเบาหวานร้อยละ 6.3 และโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.7 ผลการตรวจหาไขพยาธิพบพยาธิปากขอ

จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 5.1 พบพยาธิตัวตืดจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 พบพยาธิใบไม้ตับ
จำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 2.5 ตรวจไม่พบไข่พยาธิจำนวน 68 คนคิดเป็นร้อยละ 86.1

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกะ
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=69)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=79)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ			31	39.2
ชาย	25	36.2	48	60.8
หญิง	44	63.8		
2. อายุ				
Mean (S.D.)	79.72 (6.88)		80.62 (8.31)	
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	63	91.3	72	91.1
อื่นๆ	2	8.7	7	8.9

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกะ
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=69)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=79)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4 ครอบครัวประกอบอาชีพ				
เกษตรกรรม	67	97.1	72	91.1
ค้าขาย	1	1.4	0	0

รับจ้าง	1	1.4	6	7.6
รับราชการ	0	0	1	1.3
5. รายได้				
Median (Min: Max)	3,000 (1,500:15,000)		3,000 (1,500:20,000)	
6.การอยู่อาศัย				
อยู่คนเดียว	10	14.5	5	6.3
อยู่กับคู่สมรส	23	33.3	10	12.7
อยู่กับบุตร	24	34.8	35	44.3
อยู่กับญาติ	7	10.1	19	24.1
อื่นๆระบุ	5	7.2	10	12.7
7.การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว				
เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน	5	7.2	5	6.3
โรคความดันโลหิตสูง	22	31.9	10	12.7
โรค DM HT	4	5.8	10	12.7
โรคเรื้อรังอื่นๆ	2	2.9	5	6.3
ไม่มีโรคประจำตัว	36	52.2	49	62
8.การช่วยเหลือตัวเองใน ชีวิตประจำวัน				
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี				
ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	62	89.9	72	91.1
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	7	10.1	7	8.9
9.ประวัติการตรวจพบไข้พยาธิ ใน				
ระยะเวลา 6เดือน				
พบพยาธิปากขอ	6	8.7	4	5.1
พบพยาธิใบไม้ตับ	5	7.2	2	2.5
พบพยาธิตัวตืด	4	5.8	5	6.3
ไม่พบไข้พยาธิ	54	78.3	68	86.1

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=69)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=79)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10.คนในครอบครัวของท่านมี ประวัติเจ็บป่วยจากโรค มะเร็งตับ				
มี	6	8.7	10	12.7
ไม่มี	63	91.3	69	87.3
11.คนในครอบครัวของท่านมี ประวัติเจ็บป่วยจากโรค มะเร็งท่อน้ำดี				
มี	11	15.9	16	20.3
ไม่มี	58	84.1	63	79.7
12.คนในครอบครัวของท่านมี ประวัติเจ็บป่วยจากโรค หนองพยาธิ				
มี	8	11.6	16	20.3
ไม่มี	61	88.4	63	79.7

3.2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การสนับสนุนสังคม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคหนองพยาธิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคหนองพยาธิ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.74 คะแนน (95% CI = 1.24-2.23) รายละเอียดตามตารางที่ 35

ตารางที่ 35 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการ

ป้องกันโรคหนองพยาธิ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคและ การปฏิบัติตัวในการ ป้องกันโรคหนองพยาธิ	n	\bar{d}	SD	Mean Diff	95%CI	t	p- value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	7.43	0.17	1.74	1.24-	6.9380	<0.000 **
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	5.69	0.18		2.23		
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	12.01	.23	4.40	3.83-	15.2031	<0.000 1**
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	7.60	.18		4.98		

**p-value<0.01

3.2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 4.58 คะแนน (95% CI = 4.28-4.88) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 1.91คะแนน (95% CI = 1.71-2.11) รายละเอียดตามตารางที่ 36

ตารางที่ 36 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับโรคและ การปฏิบัติตัวในการ ป้องกันโรคหนองพยาธิ	n	\bar{X}	SD	\bar{d}	95%CI	t	p- value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	69	7.43	0.17	4.58	4.28-4.88	30.0732	<0.001 **
หลังทดลอง	69	12.01	0.23				
กลุ่มเปรียบเทียบ							

ก่อนทดลอง	79	5.70	0.18	1.91	1.71-2.11	18.9972	<0.001
หลังทดลอง	79	7.61	1.18				**

**p-value<0.01

3.2.3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.40 คะแนน (95% CI = 3.83-4.98) รายละเอียดตามตารางที่ 37

ตารางที่ 37 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ	n	\bar{d}	SD_d	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	69	12.01	0.23	4.40	3.83-4.98	15.2031	<0.0001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	7.60	0.18				

**p-value<0.01

3.2.4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.55 คะแนน (95% CI = 2.90-4.20) รายละเอียดตามตารางที่ 38

ตารางที่ 38 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัว

เพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การสนับสนุนสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิ	n	\bar{d}	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	16.26	0.27	3.55	2.90-4.20	10.7819	<0.001 **
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	12.70	1.77				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	21.10	0.32	7.52	6.77-8.27	19.7998	<0.001 **
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	13.58	1.97				

**p-value<0.01

3.2.5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 4.84 คะแนน (95% CI = 4.59-5.08) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.87 คะแนน (95% CI = 0.62-1.13) รายละเอียดตามตารางที่ 39

ตารางที่ 39 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

การสนับสนุนสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิ	n	\bar{x}	SD	\bar{d}	95%CI	t	p-value
---	---	-----------	----	-----------	-------	---	---------

กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	69	16.26	0.27				
หลังทดลอง	69	21.10	0.32	4.84	4.59-5.08	39.2821	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนทดลอง	79	12.70	0.20				
หลังทดลอง	79	13.58	0.22	0.87	0.62-1.13	6.8312	<0.001**

**p-value<0.01

3.2.6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.52 คะแนน (95% CI = 6.67-8.27) รายละเอียดตามตารางที่ 40

ตารางที่ 40 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การสนับสนุน							
สังคมในการปฏิบัติ							
ตัวเพื่อป้องกันโรค							
หนองพยาธิ							
	n	\bar{d}	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	69	21.10	0.32				
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	13.58	0.22	7.52	6.77-8.27	19.7998	<0.001**

**p-value<0.01

3.2.7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรค

หนองพวยอายุของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหนองพวยของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.12 คะแนน (95% CI = 0.36-1.88) รายละเอียดตามตารางที่ 41

ตารางที่ 41 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหนองพวยของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว	n	\bar{d}	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	19.75	0.19	1.12	0.36-1.88	2.9144	0.004
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	18.63	0.32				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	25.36	0.22	6.78	5.97-7.59	16.5805	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	18.58	0.33				

**p-value<0.01

3.2.8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหนองพวยของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหนองพวยของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหนองพวยของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 5.61 คะแนน (95% CI = 5.25-5.97)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหนองพวยของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหนองพวยของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง -0.50 คะแนน (95% CI = -0.22-0.12) รายละเอียดตามตารางที่ 42

ตารางที่ 42 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหนองพวยของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว	n	\bar{x}	SD	\bar{d}	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	69	19.75	0.19				
หลังทดลอง	69	25.36	0.22	5.61	5.25-5.97	30.9149	<0.001 **
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนทดลอง	79	18.63	0.31				
หลังทดลอง	79	18.58	0.33	-0.50	-0.22-0.12	-0.5873	0.5587

**p-value<0.01

3.2.9 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.78 คะแนน (95% CI = 5.97-7.59) รายละเอียดตามตารางที่ 43

ตารางที่ 43 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว	n	\bar{d}	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	69	25.36	0.22				
				6.78	5.97-7.59	16.5805	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	18.58	0.33				

**p-value<0.01

3.2.10 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-

value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.99 คะแนน (95% CI = 1.33-2.65) รายละเอียดตามตารางที่ 44

ตารางที่ 44 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว	n	\bar{d}	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	19.02	0.22	1.99	1.33-2.65	5.9964	<0.001 **
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	17.03	0.24				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	25.86	0.29	8.51	7.76-9.27	22.3483	<0.001 **
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	17.34	0.25				

**p-value<0.01

3.2.11 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 6.83 คะแนน (95% CI = 6.24-7.42) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.30 คะแนน (95% CI = 0.04-0.56) รายละเอียดตามตารางที่ 45

ตารางที่ 45 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

การการรับรู้ ความสามารถในการ ปฏิบัติตัว	n	\bar{X}	SD	\bar{d}	95%CI	t	p- value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	69	19.02	0.22				
หลังทดลอง	69	25.85	0.29	6.83	6.24-7.42	23.0943	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนทดลอง	79	17.03	0.24				
หลังทดลอง	79	17.34	0.25	0.30	0.04-0.56	2.2872	0.0249

**p-value<0.01

3.2.12 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.51คะแนน (95% CI =7.76-9.27) รายละเอียดตามตารางที่ 46

ตารางที่ 46 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การการรับรู้ ความสามารถใน การปฏิบัติตัว	n	\bar{d}	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	69	25.85	0.29				
				8.51	7.76-9.27	22.3483	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	17.34	0.25				

**p-value<0.01

3.2.13 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.99 คะแนน (95% CI = 1.33-2.65) รายละเอียดตามตารางที่ 47

ตารางที่ 47 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความพึงพอใจในการ ได้รับการดูแล	n	\bar{d}	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	19.02	0.22	1.99	1.33-2.65	5.9964	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	17.03	0.24				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	25.86	0.29	8.51	7.76-9.27	22.3483	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	17.34	0.25				

**p-value<0.01

3.2.14 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 6.83 คะแนน (95% CI = 6.24-7.42) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.30 คะแนน (95% CI = 0.04-0.57) รายละเอียดตามตารางที่ 48

ตารางที่ 48 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ความพึงพอใจใน การได้รับการดูแล	n	\bar{x}	SD	\bar{d}	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	69	19.02	0.22	6.83	6.24-7.42	23.0943	

หลังทดลอง	69	25.86	0.29				<0.001
**							
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนทดลอง	79	17.03	0.24	0.30	0.04-0.57	2.2872	0.0249
หลังทดลอง	79	17.34	0.25				

**p-value<0.01

3.2.15 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.51 คะแนน (95% CI = 7.76-9.27) รายละเอียดตามตารางที่ 49

ตารางที่ 49 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการได้รับการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล	n	\bar{d}	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	69	25.86	0.29	8.51	7.76-9.27	22.3483	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	17.34	0.25				

**p-value<0.01

3.2.16 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.64 คะแนน (95% CI = 1.65-3.63) รายละเอียดตามตารางที่ 50

ตารางที่ 50 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมกำรปฏิบัติตัวใน กำรป้องกันโรคหนองพยาริ	n	\bar{d}	SD	Mean Diff	95%CI	t	p- value
ก่อนกำรทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	46.98	0.28	2.64	1.65-3.63	5.2788	<0.001 **
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	44.34	0.40				
หลังกำรทดลอง							
กลุ่มทดลอง	69	57.17	0.73	12.30	10.67-13.93	14.9123	<0.001 **
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	44.87	0.44				

**p-value<0.01

3.2.17 กำรเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกำรปฏิบัติตัวในกำรป้องกันโรคหนองพยาริภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่ำ หลังกำรทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกำรปฏิบัติตัวในกำรป้องกันโรคหนองพยาริสูงกว่าก่อนกำรทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกำรปฏิบัติตัวในกำรป้องกันโรคหนองพยาริหลังกำรทดลองสูงกว่าก่อนกำรทดลอง 10.19 คะแนน (95% CI = 8.71-11.67) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ำ หลังกำรทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกำรปฏิบัติตัวในกำรป้องกันโรคหนองพยาริสูงกว่าก่อนกำรทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกำรปฏิบัติตัวในกำรป้องกันโรคหนองพยาริหลังกำรทดลองสูงกว่าก่อนกำรทดลอง 0.53 คะแนน (95% CI = 0.16-0.89) รายละเอียดตามตารางที่ 51

ตารางที่ 51 กำรเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกำรปฏิบัติตัวในกำรป้องกันโรคหนองพยาริภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมกำรปฏิบัติตัว ในกำรป้องกันโรค หนองพยาริ	n	\bar{x}	SD	\bar{d}	95%CI	t	p- value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	69	46.98	0.72	10.19	8.71-11.67	13.7222	<0.001 **
หลังทดลอง	69	57.17	0.28				
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนทดลอง	79	44.34	0.40	0.53	0.16-0.89	2.8821	0.0051

หลังทดลอง 79 44.87 0.43

**p-value<0.01

3.2.18 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค
หนองพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวใน
การป้องกันโรคหนองพยาธิสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-
value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกัน
โรคหนองพยาธิสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.30 คะแนน (95% CI = 10.67-13.93) รายละเอียดตาม
ตารางที่ 52

ตารางที่ 52 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค
หนองพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

พฤติกรรมการปฏิบัติ ตัวในการป้องกันโรค หนองพยาธิ	n	\bar{d}	SD_d	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	69	57.17	0.73	12.30	10.67- 13.93	14.9123	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	79	44.87	0.44				

**p-value<0.01

3.3 การเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อหนองพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ
ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 53 การเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อหนองพยาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ
ก่อนและหลังการทดลอง

อัตราการติดเชื้อหนองพยาธิใน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=69)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=79)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
พบพยาธิปากขอ	8.7	1.4	5.1	3.8
พบพยาธิใบไม้ตับ	7.2	2.9	2.5	2.5
พบพยาธิตัวตืด	5.8	-	6.3	3.8
ไม่พบไข่พยาธิ	78.3	95.7	86.1	89.9

3.4 ข้อมูลเชิงคุณภาพด้านศักยภาพของผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าภายหลังการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหนองพยาธิ หลายด้านดังนี้

3.4.1 มีความรู้เรื่องการแพร่ระบาดของโรคหนองพยาธิและการปฏิบัติตัวเพื่อลดการติดเชื้อ การมีทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อหนองพยาธิ ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัยและลดแหล่งสะสมโรค กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ,ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการป้องกันโรคหนองพยาธิที่ถูกต้องดังนี้

“ แต่ก่อน แม่กะบู้ตอกว่า การกินผักปล้าง การปล้างมือก่อนและหลังเข้าห้องน้ำ มันสิเฮ็ดให้เกิดโรคซึ่กะตืด เห็นในภาพเป็นต่ายานแส หุนหวยคัก บาดนี้สิเฮ็ดตามลูกหมอสอนไว้ สิบอกหลานนำว่าให้ล้างมือดูๆ ” GD-ED-06-22-01-2564

ภาษากลาง : แต่ก่อน แม่ก็ไม่รู้ว่า การกินผักไม่ได้ล้าง ไม่ได้ล้างมือก่อนและหลังเข้าห้องน้ำ จะทำให้ติดเชื้อหนองพยาธิ เห็นแต่ในรูปภาพน่ากลัว ต่อแต่นี้ไปจำปฏิบัติตามคำแนะนำของคุณหมอ จะบอกลูกหลานว่าให้ล้างมือบ่อยๆ : ผู้สูงอายุฯ

“ ก่อนเข้ากลุ่ม บู้เรื่องอียังเลย เดียวนี้บู้เรื่องขึ้นหลาย เข้าใจหลายขึ้น มันใจว่าสิปฏิบัติโตได้และกะสิมีแนวบอกสอนลูกได้”

GD-ED-08-22-01-2564

ภาษากลาง : ก่อนเข้ากลุ่ม ไม่รู้เรื่องอะไรเลย เดียวนี้บู้เรื่องการปฏิบัติตัวมากขึ้น คิดว่าจะสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง : ผู้สูงอายุ

“ ดีแองเต้อ ลูกหมอมานแนะนำ เฮ็ดให้บู้เรื่องโรคซึ่กะตืดหลายขึ้น เป็นแนวฮ้ายใกล้โต ต้องปฏิบัติโตดีสิ สิบัติเมื่อย บได้ท้องอืดท้องใหญ่ แล้วกะป่วยเป็นโรคตับ เป็นต่ายาน” GD-ED-09-22-01-2564

ภาษากลาง : ดีใจมากที่ลูกหมอมานแนะนำ ทำให้บู้เรื่องพยาธิมากขึ้น เป็นผลร้ายใกล้ตัว ต้องปฏิบัติตัวให้ดี จะได้ไม่เหนื่อย ท้องจะไม่อืดไม่แน่น แล้วก็จะไม่ป่วยเป็นโรคตับ : ผู้สูงอายุ

“การบล้างมือ ล้างผัก ตาก่อนคิกว่ามีโทษ บัดได้ฟังได้เห็นรูปภาพกับหนังสือที่คุณหมอเอามาให้เบิ่ง จังต้นโตที่จะดูแลผู้เฒ่าที่อยู่ในความรับผิดชอบของเฮาให้เพิ่นได้ปฏิบัติโตที่ถึ่กต้อง และที่สำคัญคือการจัดเก็บขยะในบ้าน รอบบ้านผู้เฒ่า เป็นแนวจำเป็นที่เฮาต้องปฏิบัติและทังให้ถึ่กต้อง” GD-ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) -22-01-2564

ภาษากลาง : การไม่ล้างมือ ล้างผักแต่ก่อนคิดว่าจะไม่มีโทษ เมื่อได้ดูหนังสือที่คุณหมอเอามาให้ดู มันน่ากลัวมาก เราจำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบให้ถูกต้องและที่สำคัญได้แก่การจัดเก็บ

ขณะในบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมรอบๆบ้านของผู้สูงอายุให้สะอาด เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง : ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

“การกินปลาร้าดิบ คิดว่ามีอันตรายหลาย พอมาเรียนรู้เรื่องพยาธิก็ขยับขึ้นมาเลย ต่อแต่นี้ไปเลิกกินแต่ปลาร้าสุก ลาบปลาดิบ ของดิบๆสุกๆกะสิเซากิน” GD-ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) -04-22-01-2564

ภาษากลาง : การรับประทานปลาร้าดิบ คิดว่าไม่เป็นอันตราย แต่พอมาเรียนเรื่องพยาธิยิ่งรู้ว่าปลาร้าดิบมีพยาธิ ต่อแต่นี้ไปจะรับประทานแต่ปลาร้าสุก และงดรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ: ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.4.2 ผู้สูงอายุ /ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/เครือข่ายในชุมชน มีความตระหนักและมั่นใจในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิมากขึ้น หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 9 ครั้งและกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ทำให้เรามีความรู้อย่างมากขึ้น รู้วิธีการยับยั้งชั่งใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเสี่ยง การปฏิบัติตัวตามหลักสุขอนามัย ดังนี้

“แต่ก่อนเรื่องกินของไม่สุกเป็นเรื่องปกติ เพราะมันเห็นผลช้ำมาก แต่พออายุเยอะขึ้นรู้สึกว่ามีเมื่อยหลายแสบ ลูกย่างกะลำบาก ท้องไส้กะบ่มีแสบตุ้ นับต่อเนี้ไปสิต้องปฏิบัติโตให้มันถูกหลักอนามัยเพิ่น มือกะสิล้างตุ้ๆ หมองล้างมือในบ้านกะสิเอ็ดไว้ เกิบกะสิใส่ยามอย่างอ้อมเฮือน”GD-ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) -09-24-01-2564

ภาษากลาง : แต่ก่อนการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆคิดว่าเป็นเรื่องปกติ ไม่มีอันตราย แต่พออายุเยอะขึ้นเหนื่อยมาก ต่อไปเนี้จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ล้างมือบ่อยๆ สถานที่ล้างมือในบ้านก็จะทำไว้ จะใส่รองเท้าเวลาเดินรอบๆบ้าน : ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

“ กินของดิบต่อก่อนเชื่อว่ามันเอ็ดให้มีแสบในการเอ็ดเวียก ต่อไปเนี้สิระวังแล้ว โทมมันหลาย ปลาร้าดิบคือกันเอามาใส่แกงใส่ตำบักฮุ่งแซบหลาย บัดนี้ฮู้แล้วว่ามันบ่ปลอดภัย สิต้มก่อนเอามาใช้ มากิน” GD-SH-12-24-01-2564

ภาษากลาง : การรับประทานอาหารดิบ แต่ก่อนเชื่อว่าจะทำให้มีแรงทำงาน ต่อแต่นี้จะเฝ้าระวังไม่กินปลาร้าดิบ และนำมาต้มให้สุกก่อนรับประทานทุกครั้ง: ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.4.3 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/เครือข่ายในชุมชน เห็นความสำคัญของการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิและการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนให้ปลอดภัย

“ พอเฮาเริ่มเรียนรู้เรื่องเจ็บป่วยของผู้เฒ่าจากโรคซึ่กะตืด คิดว่ามันเป็นปัญหาใกล้โตที่ทุกคนมองข้าม เฮาแนมต่่าปัญหาใหญ่เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงว่ามันเป็นตาย่าน แต่เนี้ไปสิได้พากันปลูกฝังความคิดที่ถูกต้องแก่ลูกหลาน ผู้เฒ่าว่าเรื่องสุขอนามัยเป็นเรื่องสำคัญ การอยู่การกินต้องสะอาด ผู้เฒ่าเฮาจึงสิสุขภาพดี ” GD-SH-14-24-01-2564

ภาษากลาง : เมื่อเราเริ่มเรียนรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจากโรคพยาธิ ถึงรู้ว่าเป็นปัญหาที่ทุกคนมองข้าม ทุกคนมองแต่ปัญหาใหญ่เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ว่าเป็นโรคที่หนักแล้ว ต่อไปนี้จะได้ปลูกฝังความคิดที่ถูกต้องแก่ลูกหลาน การดูแลผู้สูงอายุ เรื่องสุขอนามัย การรับประทานอาหารต้องสะอาด ผู้สูงอายุถึงจะสุขภาพดี: ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

“การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านในเรือนของตะเหาทุกคนจะมีความสำคัญคือกัน การทิ้งน้ำสกปรกจากบ้านเรือนมาซึ่งอยู่น้ำใต้ล่าง นำถนน จะเป็นแหล่งให้เกิดโรคได้ โดยเฉพาะพ่อแม่เอาลูกเหาย่างหือเล่นเล่นในเรือน และรอบๆเรือนบ่ได้ใส่เกิบ ก็สามารถติดโรคได้ ต้องส่อยกันทำความสะอาด” GD-SH-11-24-01-2564

ภาษากลาง : การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านของทุกคน ก็มีความสำคัญสำหรับทุกคนเรื่องการทิ้งน้ำสกปรกจากบ้าน มาท่วมซึ่งที่ใต้ถนน ตามถนน ซึ่งเป็นแหล่งเกิดโรคได้ โดยเฉพาะลูกเล็ก ๆ ที่วิ่งรอบ ๆบ้านไม่ใส่รองเท้า ก็สามารถติดโรคได้ ดังนั้นทุกคนจึงต้องรักษาความสะอาดช่วยกัน : ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

“ข่อยกะเห็นรถตุ๊ดส้มมาทิ้งอยู่ปลายนาหลายเพื่อแล้ว บัดนี้ต่อไป หมูเหาต้องพากันสอดส่องถ้าพ่อให้เตือนถ้าบ่ฟังให้แจ้งมาที่ผู้ใหญ่หมู เพื่อสี้ได้ดำเนินการจับปรับหรือแจ้งตำรวจ พวกนี้ต้องเอาให้จำสิบได้มั่งง่ายอีก” GD-SH-9-24-01-25634

ภาษากลาง : เราเห็นรถตุ๊ดส้มเอาของเสียที่ตุ๊ดจากส้มมาทิ้งในทุ่งนาหลายครั้งแล้ว ดังนั้นพวกเราจึงต้องมีการสอดส่องและแจ้งมาที่ผู้ใหญ่หมู เพื่อที่จะได้ดำเนินการจับปรับหรือแจ้งตำรวจจับเพื่อที่จะไม่ได้ทำอีก : ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.4.4 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/เครือข่ายในชุมชน มีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

“ ได้ออกเยี่ยมบ้านกับทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ คุณหมอ ได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ของผู้เฒ่าบ้านเหา ได้ไปถามข่าวได้ไปส่อยแก้ปัญหา รู้สึกดีหลายจิตใจสบายและได้บุญ ขอบคุณทีมงานคุณหมอ อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ผู้นำที่ได้ชวนกันออกไปเฮ็ดกิจกรรมครั้งนี้ ”GD-SH-09-24-01-2564

ภาษากลาง : ได้ออกเยี่ยมบ้านกับทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ คุณหมอได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุบ้านเรา ได้ไปถามข่าวได้ไปช่วยแก้ปัญหา รู้สึกสบายใจที่ได้บุญ ขอบคุณทีมคุณหมอ อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้นำชุมชนที่ได้ออกไปทำกิจกรรมร่วมกัน :ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

“ แต่ก่อนอยู่แบบเงียบๆ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวก็หมกมุ่นอยู่แต่เรื่องตัวเองทำให้ออนไม่หลับ หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรม มีเสี่ยวที่เราผูกข้อต่อแขนตั้งแต่เจอกันครั้งแรก พอเรามีปัญหา

เค้าก็ฟัง พอเค้าเกิดปัญหาเราก้เป็นที่ระบายให้เค้า รู้สึกดีมากเลยคะ รู้ว่าตัวเองก็มีประโยชน์กับคนอื่น ๆด้วย “ GD- (CG) -11-24-01-2564

“ ชุมชนเอาสิทธิเป็นตาอยู่ ย้อนเอาดูแลกัน การจัดการเรื่องการป้องกันโรคพยาธิในผู้เฒ่าถือว่าเป็นกิจกรรมในหลายๆกิจกรรมที่เอาพร้อมใจกันจนเกิดประโยชน์ ขอขอบคุณทีมงานที่บ้านเมืองเอาสิทธิเป็นตาอยู่ย้อนเอาดูแลกันนี้ ละ” GD-SH-01-24-01-2564

ภาษากลาง : ชุมชนเราจะนำอยู่ เพราะเราดูแลกัน การจัดการเรื่องการป้องกันโรคพยาธิในผู้สูงอายุถือว่าเป็นกิจกรรมในหลายๆกิจกรรมที่ทุกคนพร้อมใจกันจนเกิดประโยชน์ ขอขอบคุณทีมงานทุก ๆ ท่านครับ : ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.4.5 ได้ข้อคิดและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน ได้แก่ เทคนิคการพลิกตะแคงตัว การนวดกล้ามเนื้อ การฝึกสมองลดความเสี่ยง สุขอนามัยส่วนบุคคล เทคนิคการสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลัง

“ ดีใจมากค่ะ ได้มีโอกาสได้เรียนรู้การดูแลผู้เฒ่าในเรือนในชุมชน ซึ่งมีปัญหาหลากหลายต่อก่อนครอบครัวผู้เดียวไม่มีคนมาสนใจ พอได้เข้าร่วมกับทีม เห็นทีมพากันเฝ้ากิจกรรมทำให้มีกำลังใจในการดูแลพ่อแม่ในครอบครัวและใช้เวลาอีกส่วนหนึ่งได้ไปเบี่ยงสอยผู้เฒ่าในบ้านใกล้ เฝ้าให้เกิดความภาคภูมิใจและคิดว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์อหฺลี ” GD- (CG) -11-22-01-2564

ภาษากลาง : ดีใจมากค่ะ ได้มีโอกาสได้เรียนรู้การดูแลผู้เฒ่าในบ้าน ในชุมชน ซึ่งมีปัญหาหลากหลาย แต่ก่อนครอบครัวต้องดูแลเดียวไม่มีคนมาสนใจ พอได้เข้าร่วมกับทีม เห็นทีมพากันทำกิจกรรมทำให้มีกำลังใจในการดูแลพ่อแม่ในครอบครัวและใช้เวลาอีกส่วนหนึ่งได้ไปช่วยดูแลผู้สูงอายุในบ้านใกล้กัน ให้เกิดความภาคภูมิใจและคิดว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์อหฺลี :ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

“ พ่อมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ มีกิจกรรมดีดีให้ชาวบ้านรู้จัก อบต. รู้จักพ่อนายหลายขึ้น ได้ใกล้ชิดพ่อแม่ซึ่งท่านเคยเป็นผู้มีบุญคุณในชุมชนเอา ถือว่าเป็นประโยชน์หลาย อยากให้โครงการนี้ๆได้ดำเนินตลอดไป มีอหฺยังสิให้พ่อช่วยสนับสนุนให้แข็งแรงมาเลย ” GD-SH-01-22-01-2564

ภาษากลาง : พ่อมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ มีกิจกรรมดีดีที่ทำให้ชาวบ้านรู้จัก อบต. รู้จักพ่อนายมากขึ้น ได้ใกล้ชิดพ่อแม่ซึ่งท่านเคยเป็นผู้มีบุญคุณในชุมชนของเรา ถือว่ามีประโยชน์มาก อยากให้โครงการนี้ๆได้ดำเนินตลอดไป มีอะไรจะให้พ่อช่วยสนับสนุนให้แข็งแรง: ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

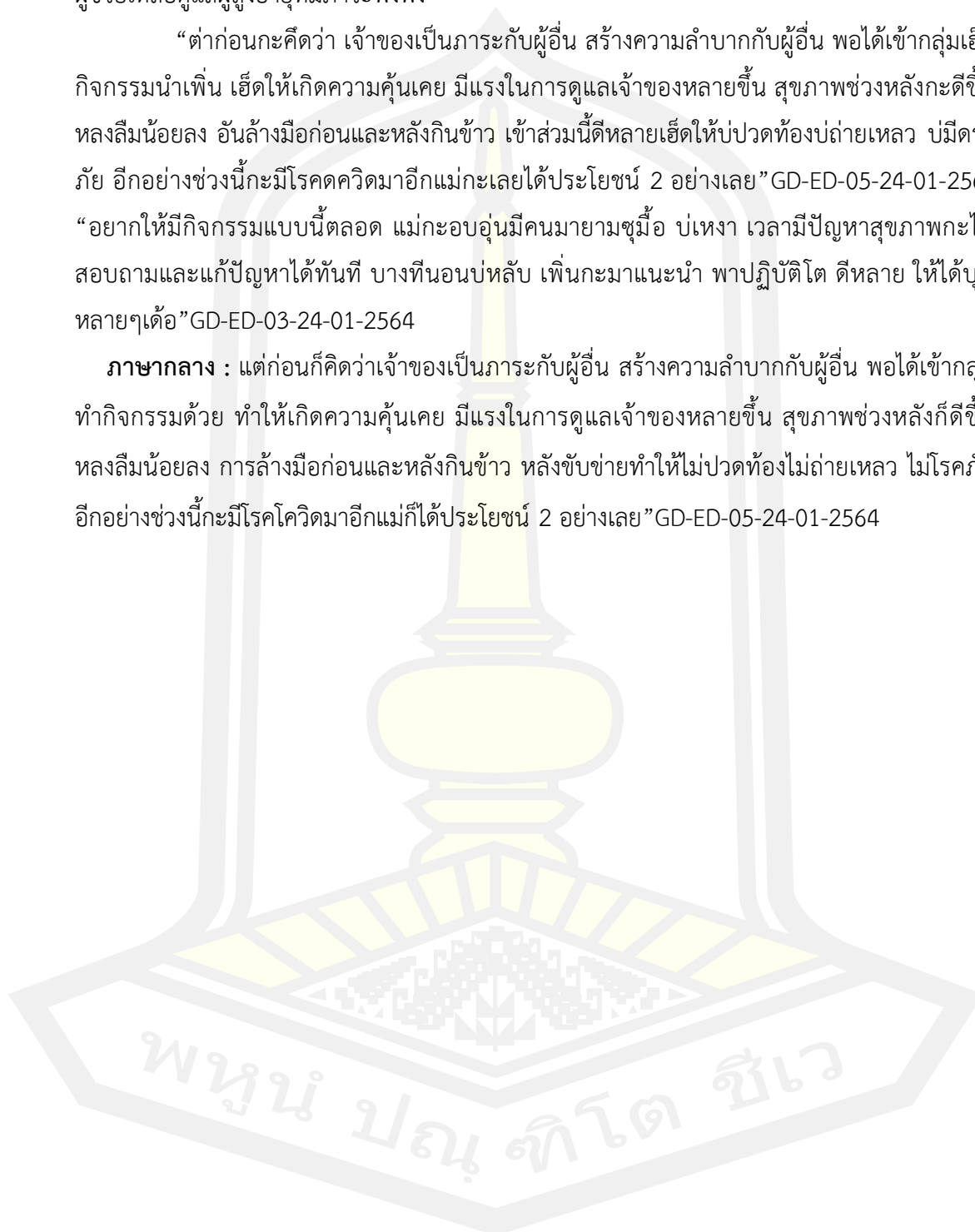
3.4.6 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลด้านสุขภาพจากชุมชน จากการได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขอนามัยที่ดีและลดระดับการพึ่งพิงจากบุคคลรอบข้างได้มากยิ่งขึ้น

“ ลูกๆมาเบ่งกะดีใจหลายกะสิพยายามปฏิบัติได้ให้ได้ตามที่เพิ่นแนะนำ ” GD-ED-08-22-01-2564

ภาษากลาง : ลูกๆมาดูกะดีใจมาก จะพยายามปฏิบัติตัวให้ได้ตามที่ลูกๆผู้ดูแลผู้สูงอายุแนะนำ: ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

“ต่อก่อนกะคิดว่า เจ้าของเป็นภาระกับผู้อื่น สร้างความลำบากกับผู้อื่น พอได้เข้ากลุ่มเฮ็ดกิจกรรมนำเฟิ่น เฮ็ดให้เกิดความคุ้นเคย มีแรงในการดูแลเจ้าของหลายชิ้น สุขภาพช่วงหลังกะดีขึ้น หลงลืมน้อยลง อันล้างมือก่อนและหลังกินข้าว เข้าส่วนนี้ดีหลายเฮ็ดให้บ่ปวดท้องบ่ถ่ายเหลว บ่มีโรคภัย อีกร้อยช่วงนี้กะมีโรคโควิดมาอีกแม่กะเลยได้ประโยชน์ 2 อย่างเลย”GD-ED-05-24-01-2564
 “อยากให้มีกิจกรรมแบบนี้ตลอด แม่กะชอบอันมีคนมาช่วยมือ บ่เหงา เวลามีปัญหาสุขภาพกะได้สอบถามและแก้ปัญหาคะทันที บางทีนอนบ่หลับ เฟิ่นกะมาแนะนำ พาปฏิบัติโต ดีหลาย ให้ได้บุญหลายๆเด้อ”GD-ED-03-24-01-2564

ภาษากลาง : แต่ก่อนก็คิดว่าเจ้าของเป็นภาระกับผู้อื่น สร้างความลำบากกับผู้อื่น พอได้เข้ากลุ่มทำกิจกรรมด้วย ทำให้เกิดความคุ้นเคย มีแรงในการดูแลเจ้าของหลายชิ้น สุขภาพช่วงหลังก็ดีขึ้น หลงลืมน้อยลง การล้างมือก่อนและหลังกินข้าว หลังขับถ่ายทำให้ไม่ปวดท้องไม่ถ่ายเหลว ไม่โรคภัย อีกร้อยช่วงนี้กะมีโรคโควิดมาอีกแม่ก็ได้ประโยชน์ 2 อย่างเลย”GD-ED-05-24-01-2564



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรค
หนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ โดยใช้รูปแบบวิธีการวิจัยแบบ
ผสมผสาน (Mixed Method) ซึ่งมีทั้งรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development:
R&D) โดยการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของ
สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ แล้วนำปัจจัยดังกล่าวเข้าสู่การพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกัน
และควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ
แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม
โรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาแบบ
การพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาที่พัฒนาขึ้น
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.1 สรุป

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค
หนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

1.1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ
อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวนสมาชิกใน
ครอบครัว ดัชนีมวลกาย และการตรวจพบพยาธิ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค
หนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

1.2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและ
ควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ แยกรายตัวแปร
พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้นกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่
มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 ตัวแปร คือ ความรู้ ($r=-0.308$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้
ประโยชน์ของการป้องกันโรคหนองพยาธิ ($r=0.203$, $p\text{-value}=0.001$) ตามลำดับ

1.3. การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและ
ควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ โดยพบตัวแปร

พยากรณ์ทั้งหมด 4 ตัวแปร คือระดับปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางด้านสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ ของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 16.20 ($R^2 = 0.162$, $R^2_{adj} = 0.150$, $SE_{est} = 7.39094$, $F = 13.383$, $p = 0.03$)

ระยะที่ 2 รูปแบบหรือผลลัพธ์ในพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด

2.1 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศีลาลาด ตามกรอบของSILALAD MODEL ประกอบด้วย 6s คือ

S: Social and Value หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในรูปแบบการเงิน การให้ข้อมูล วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและการประเมินตนเองซึ่งจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดียิ่งขึ้นและจะส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น รวมถึงการจัดบริการทางสังคมเพื่อให้มีการจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่การระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งกรมอนามัยนำมาใช้ประเมินในการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นเน้นการบำบัดรักษาการเจ็บป่วยตามความจำเป็นโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)) จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันและการพิทักษ์สิทธิ์ จัดหาเครื่องใช้พื้นฐานเช่น เครื่องช่วยหรือเครื่องมือในการช่วยฟังและช่วยเดินรวมทั้งยาต่าง ๆ การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้มีปัญหาทางจิต เช่น วิตกกังวลหรือปัญหาทางจิตอื่น ๆ พัฒนาเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการเพื่ออำนวยความสะดวกทางสังคม การกำหนดแนวทางทางสังคมและบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลของชุมชนบนพื้นฐานข้อมูลจริงในพื้นที่แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นปัญหาที่แท้จริง รู้ปัญหาที่ถูกต้องผ่านกระบวนการบูรณาการและการสร้างการมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในภารกิจหรือกิจกรรมของการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ใช้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลที่เกิดขึ้นทุกอย่างทั้งดีและไม่ดี ร่วมรับรู้ข้อมูลทุกอย่าง มีการจัดการบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ให้คุณค่ากับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

S: Service system หมายถึง การจัดบริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ประสานเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเชิงรับและหน่วยบริการในชุมชนโดยยึดเอาการให้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีข้อดีคือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนในครอบครัวในท้องถิ่น จึงสามารถใช้อำนาจการ

ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกในการจัดการและเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพพื้นที่ บทบาทในการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการประสานงานเชื่อมต่อในการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่เป็นระบบ

S: Structure and Policy หมายถึง มีโครงสร้างและแนวนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจน มีการดำเนินงานเป็นขั้นตอน และกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน จัดให้มี ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการดูแลความคุมของพยาบาลผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ(ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่ คณะอนุกรรมการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) หรือ คณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด รวมถึงการจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) เพื่อให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลจัดให้มีการฝึกอบรม ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และบริหารจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อการจัดบริการเชิงรุกที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคลและติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามแผนการดูแลรายบุคคล โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ร่วมกับ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

S: Social Support หมายถึง การดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยสังคมชุมชนต้องสนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง การเสริมพลังอำนาจให้มีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา การสนับสนุนบุคลากรที่อยู่ในชุมชนให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้จากหลักสูตรในการฝึกอบรม มีการเชื่อมต่อบริการแบบไร้รอยต่อระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนได้แก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีการสอดประสานกันตั้งแต่บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งานด้านวิชาการและงบประมาณสนับสนุน รวมถึงการชื่นชมและให้กำลังใจ (Appreciate) เห็นคุณค่า ชมเชย ชื่นชม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบข้างหรือบุคลากรซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง

S: Sanitation เป็นวิธีการทางสุขอนามัยของการส่งเสริมสุขภาพได้แก่การกำจัดสิ่งปฏิกูลที่สามารถก่อปัญหาสุขภาพได้ เช่น อุจจาระของมนุษย์หรือมูลของสัตว์, ปฏิกูลของแข็ง, น้ำทิ้งจากครัวเรือน(น้ำเสีย, สิ่งโสโครก, ปฏิกูลอุตสาหกรรมและปฏิกูลเกษตรกรรม. วิธีการทางสุขอนามัยในการป้องกันอาจเป็นการใช้วิธีการทางวิศวกรรม (เช่น การบำบัดน้ำเสีย, การบำบัดสิ่งปฏิกูล, การระบายน้ำท่วมจากพายุ, การจัดการปฏิกูลของแข็ง, การจัดการอุจจาระ), เทคโนโลยีเรียบง่าย (เช่น ส้วมหลุม

, ส้วมแห้ง, UDDT, และถังเกรอะ) หรือแม้แต่การปฏิบัติสุขลักษณะส่วนตัวง่ายๆ เช่นการล้างมือด้วยสบู่, การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมถึงการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการสำหรับการกำจัดที่ปลอดภัยของปัสสาวะและอุจจาระของมนุษย์. การสุขาภิบาลอาหาร (Food Sanitation) ได้แก่การบริหารจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อม รวมทั้ง บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมอาหารเพื่อทำให้อาหารสะอาด ปลอดภัย ปราศจากเชื้อโรค หนองพยาธิ และสารเคมีต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคหรืออาจจะเป็นอันตรายต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย สุขภาพอนามัย และการดำรงชีวิตของผู้บริโภคโดยการปรุงอาหารเน้นหลัก 3 ส ได้แก่ ส.สงวนคุณค่าคือ มีวิธีการปรุงเพื่อช่วยสงวนคุณค่าของอาหารให้มีประโยชน์เต็มที่ ส.สุกเสมอ คือใช้ความร้อนในการปรุงอาหารให้สุกเพื่อเป็นการทำลายเชื้อโรค และ ส.สะอาดปลอดภัย อาหารดิบก่อนปรุงทุกครั้งต้องอยู่ในสภาพที่สะอาด ปลอดภัย และมี กรรมวิธีในการปรุงอาหารที่สะอาดถูกต้อง ผู้ปรุงอาหารมีสุขนิสัยในการปรุงอาหารที่ดีใช้ภาชนะอุปกรณ์และสารปรุงแต่งอาหารที่ถูกต้อง

S: Sustainable หมายถึง การออกแบบดำเนินงานร่วมกันโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นบริบทที่นำมาออกแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุมชนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกว่าจะอยู่ที่บ้าน อบอุ่นและมีความอิสระในการดำเนินชีวิต และการผลิตบุคลากรที่มีอยู่เดิมในชุมชนมาเข้าสู่ระบบการดูแลที่เป็นมืออาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น เข้าใจ มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงทำให้ระบบนี้มีความยั่งยืนและมีต้นทุนน้อยในการใช้งบประมาณ ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวมเพื่อก่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ยั่งยืน

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมในการจัดบริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคหนองพยาธิส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นได้ตามองค์ประกอบของ SILALAD MODEL ที่ประกอบไปด้วย การศึกษาบริบทของการจัดบริการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Situation management) การบูรณาการและการสร้างการมีส่วนร่วม (Integration and Participatory) การมีคุณสมบัติของการเป็นผู้นำในการตัดสินใจ (Leadership and Teamwork) การชื่นชมและให้กำลังใจ (Appreciate) การเรียนรู้ผ่านกระบวนการลงมือปฏิบัติ (Learning by Doing) กระบวนการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบ (Active Learning) และการพัฒนา (Development) เชื่อมต่อกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด การทบทวนวรรณกรรม การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสนอข้อคิดเห็น และเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะที่ 3. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การสนับสนุนสังคม การรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล และพฤติกรรมเสี่ยงของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การสนับสนุนสังคม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล และพฤติกรรมเสี่ยงของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า หลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกด้วยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกที่พัฒนาที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนสังคมเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกด้วยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกที่พัฒนาขึ้น มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้ เพิ่มขึ้น 1.93 คะแนน (95%CI=1.59-2.26) มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 4.74 คะแนน (95%CI= 3.98-5.50) มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 5.34 คะแนน (95%CI= 4.52-6.17) มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติตัว 12.06 คะแนน (95%CI= 11.27-12.86) มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในการได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น 2.93 คะแนน (95%CI=2.30-3.60) และมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิเพิ่มขึ้น 9.88 คะแนน (95%CI=8.85-10.91)

5.2 อภิปรายผล

1.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

เพศ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การตรวจพบหอนอนพยาธิพบในเพศหญิง (67.5%) มากกว่าเพศชาย (32.5%) ซึ่งเพศหญิงเป็นเพศที่มีโอกาสสัมผัสกับพื้นดิน การทำเกษตร การประกอบอาหารในการรับประทานของครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiao-Jun Zeng, และคณะ .(2019) จากมณฑลเจียงซีทางตะวันตกเฉียงใต้ประเทศจีนพบว่าความชุกของการติดเชื้อในผู้หญิงมีอัตราสูงกว่าเพศชายและจะพบความชุกลดลงในประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุและโรคหอนอนพยาธิที่พบส่วนมากได้แก่พยาธิปากขอซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการดื่มน้ำไม่สะอาดและสภาพสิ่งแวดล้อม การทำการเกษตร (Zeng, et al, 2019) แตกต่างจากการศึกษาของ (Khieu et al 2014; Laoraksawong et al, 2017 ; Senephansiri et al., 2017; Ross et al, 2017 ; ธนเดช ต้นสัจจจา, 2558) ที่พบความชุกของการติดเชื้อหอนอนพยาธิพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่ออกทำงานนอกบ้าน ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ

อายุ ที่ตรวจพบพยาธิได้แก่ช่วงอายุ 60-64 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังเคลื่อนไหวไปสัมผัสพื้นดิน และไม่สวมรองเท้าและผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังเป็นกลุ่มติดบ้านซึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้แต่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่ล้างผักให้สะอาดก่อนรับประทาน การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำสอดคล้องกับการศึกษาของ พลากร พุทธรักษ์ (2556) ที่พบว่าช่วงอายุสูงขึ้นไปจะทำให้อัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิลดลง เนื่องจากในอายุที่มากขึ้นส่งผลให้การรับประทานอาหารได้น้อยลงโดยเฉพาะการบริโภคอาหารดิบยิ่งมีการบริโภคในปริมาณน้อยลงแตกต่างจากการศึกษาของ วรยุทธ นาคอ้ายและคณะ (2563) ที่พบว่าอายุมากขึ้น จากการตรวจคัดกรองกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คนพบการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิมากที่สุดได้แก่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 67.6 และติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงสุดร้อยละ 37.8 (วรยุทธ นาคอ้ายและคณะ, 2563) ส่วนในต่างประเทศก็มีรายงานการศึกษาความชุกของการติดเชื้อหนอนพยาธิในผู้สูงอายุ เช่นในประเทศปากีสถานซึ่ง Shakya และคณะ (2014) พบการติดเชื้อหนอนพยาธิมากกว่า 2 ชนิดในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ผู้สูงอายุที่รัฐบาลในเขตเมืองจัดให้มีอัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท และที่บ้านของผู้สูงอายุ 50.8, 46.8 และ 21.2 ตามลำดับ (Shakya et al., 2014)

อาชีพ ของผู้สูงอายุที่ตรวจพบโรคพยาธิมากที่สุดได้แก่ อาชีพเกษตรกรสอดคล้องกับการศึกษาของ Khieu และคณะ; Laoraksawong และคณะ; Senepansiri และคณะ; ธนเดช ต้นสัจจจา; Xiao-Jun และคณะ) ที่พบว่าอาชีพเกษตรกรเป็นอาชีพที่สัมผัสกับดิน ซึ่งผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่ได้สวมรองเท้าในการปฏิบัติงาน จึงเป็นโอกาสเสี่ยงของการไชเข้าเท้าของพยาธิปากขอ หรือการไม่สวมใส่รองเท้าออกนอกบ้านและสัมผัสกับพื้นดินที่มีพยาธิและพยาธิบางชนิดเช่นพยาธิปากขอสามารถไชเข้าเท้าได้ ส่งผลให้มีการติดเชื้อพยาธิมากขึ้น (Khieu et al 2014; Laoraksawong et al, 2017; Senepansiri et al., 2017; Ross et al, 2017 ; ธนเดช ต้นสัจจจา ,2558; Xiao et al., 2019)

ส่วนความสัมพันธ์ของรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวนสมาชิกในครอบครัว ดัชนีมวลกาย และการตรวจพบพยาธิในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพและคณะ ที่พบว่า รายได้ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิ (สุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพและคณะ, 2560)

1.2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน และควบคุมโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ เรียงตามลำดับตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนาย ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยด้านความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ อาจเนื่องมาจากถ้าผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จะเกิดความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้ที่จะสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต้องมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มาสนับสนุน ได้แก่ การให้ความรู้เพื่อให้รับรู้โอกาสเสี่ยง ภาวะคุกคาม จากโรค ในขณะที่เดียวกันให้รับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค หากจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องบันทึกพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้มีการทบทวนพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ร่วมกับการชักนำและจูงใจให้เห็น ถ้ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้มีความเหมาะสม จะส่งผลให้เราสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยและไม่เป็นภาระกับสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช วิเชียรประภา และคณะ (2555) อาธร อุคคติ และคณะ (2550) ; ปิยวรรณ ศรีสุวพันธ์ (2562) ; Marklinder และคณะ (2021) ซึ่งมีการศึกษา ซึ่งพบว่า การที่บุคคลได้เข้ารับการสนับสนุนด้านความรู้ฝึกทักษะโดยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่สนับสนุนด้านความรู้ จะส่งผลให้บุคคลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น (ธวัช วิเชียรประภา และคณะ, 2555; อาธร อุคคติ และคณะ, 2550 ; ปิยวรรณ ศรีสุวพันธ์ , 2562 ; Marklinder et al., 2021) หรือจากการศึกษาของ Samami และคณะ ได้มีการศึกษากระบวนการให้ความรู้ในกลุ่มสตรีโดยการสอน การเข้ากลุ่ม การใช้โมเดลผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกมาแล้วประสบการณ์ เมื่อสตรีมีความรู้มากขึ้นจะส่งผลให้สตรีเข้ามารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น (Samami et al., 2021) แตกต่างจากงานวิจัยของเกษม อัจจกมล (2547) ; สราวุธ จำปาพันธ์ (2547) และ อินทิรา เทียมแสน (2551) ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่พบว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (เกษม อัจจกมล , 2547: สราวุธ จำปาพันธ์ , 2547 ; อินทิรา เทียมแสน , 2551)

ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ สืบเนื่องเมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้ว ยังรวมถึง เวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วยบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามนั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือการรักษาโรค แต่ การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่เป็นโรครุนแรงหรือหายจากโรคนั้น ใน ขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อ

ว่าค่าใช้จ่ายเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และการรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamdokrub and Wutthajarn (2018) ; ศักดิ์ชัย กามโรและรุจิรา ดวงสงค์.(2559) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนได้แก่ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวซึ่งเมื่อบุคคลได้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง (Khamdokrub and Wutthajarn, 2018 ; ศักดิ์ชัย กามโรและรุจิรา ดวงสงค์, 2559) สอดคล้องกับรุจิรา ดวงสงค์และจุฬารณีย์ โสตะ (2550);กาญจนา ฮามสมพันธ์และคณะ (2559):ทวีเลิศ ชายงามและคณะ (2563).ที่พบว่าเมื่อประชาชนมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว จะส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้น (รุจิรา ดวงสงค์และจุฬารณีย์ โสตะ, 2550:กาญจนา ฮามสมพันธ์และคณะ, 2559:ทวีเลิศ ชายงามและคณะ, 2563).

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ การให้คำปรึกษาอาจเนื่องมาจากซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางที่สังคมต้องดูแลเนื่องจากความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจ ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนในด้านการดูแลสุขภาพ การดูแลด้านจิตใจ หรือการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้และการรวมกลุ่มกันเพื่อทำประโยชน์แก่สังคมก็เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ส่งเสริมคุณค่าในตัวของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีพลังและมีสุขภาพดี ขณะระยะเวลาในการพึ่งพิงออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) วรรณวิภา มาลัยทองและคณะ (2552) ศิวัญญ์ ทองนาเมืองและรุจิรา ดวงสงค์ (2555). มีการจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะของประชาชนในการดูแลตนเอง รวมถึง สนับสนุนแนวทางการปฏิบัติตัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยง การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการใช้สื่อ ภาพพลิก วิดีทัศน์เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพ การใช้ตัวแบบบุคคลที่ปฏิบัติตัวดีหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และประชาชนนำผลจากการเรียนรู้ที่ได้ไปลงมือปฏิบัติด้วยตนเองในระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้บุคคลมีความรู้ มีทักษะ จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม (รัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก, 2552 ; วรรณวิภา มาลัยทองและคณะ, 2552; ศิวัญญ์ ทองนาเมืองและรุจิรา ดวงสงค์, 2555) หรือการส่งเสริมการหรือในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีกระบวนการในการให้ความรู้ การสร้างกระบวนการกลุ่ม การสนับสนุนช่องทางในการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Junling et al., 2018; Mahmood et al., 2018)

ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นจะส่งผลให้สามารถปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองได้ ซึ่งจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างการรับรู้ในผู้สูงอายุโดยการจัดกิจกรรมของฐานการเรียนรู้จำนวน 9 ฐาน ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน การฝึกทักษะการฟัง การสะท้อนคิด การระดมสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้แสดงออก ได้รับรู้ปัญหาของตนเองของกลุ่มส่งผลให้มีความพร้อมและยอมรับที่จะปฏิบัติตัวในสิ่งที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อตนเอง และแสดงถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นผลดีต่อสุขภาพได้สอดคล้องกับการศึกษาศึกษาวิจัยของ แพรเพเซอร์ พัฒนาระชา ซึ่งใช้กระบวนการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองโดยเริ่มจากการรับรู้ ผลลัพธ์จากการปฏิบัติตัว มีตัวแบบของการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพ มาพูดคุยและสะท้อนปัญหา การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ การเชื่อมโยงความคิดไปสู่แนวทางที่ถูกต้องและการลงมือปฏิบัติจนเห็นผลดีต่อสุขภาพ การสร้างพลังอำนาจในตัวผู้ป่วยโดยการชื่นชมตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงกระบวนการกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง (แพรเพเซอร์ พัฒนาระชา, 2555) หรือการสร้างเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการจัดทำกระบวนการกลุ่ม การสนับสนุนการออกกำลังกาย กิจกรรมการบริหารอารมณ์ที่จัดให้ตามโปรแกรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองจนสามารถปฏิบัติตัวได้และมีภาวะซึมเศร้ามลดลง (Kyle et al.,2019)

1.3 รูปแบบการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 6 S คือขั้นตอนที่ 1 ด้านสังคม (Social & Value) ขั้นตอนที่ 2 ด้านการจัดบริการ (Service System) ขั้นตอนที่ 3 ด้านโครงสร้างและนโยบาย (Structure and Policy) ขั้นตอนที่ 4 การดูแลสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ขั้นตอนที่ 5 การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลส่วนบุคคลและอาหารสะอาดปรุงสุก (Sanitation) และ ขั้นตอนที่ 6 ความยั่งยืนในการดำเนินงาน (Sustainable) ซึ่งการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1(Plan) การศึกษาสถานการณ์ความชุกของการติดเชื้อหอนอนพยาธิ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยเชิงสาเหตุ/ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความต้องการและแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขั้นตอนที่ 2 (Do) พัฒนารูปแบบการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม เริ่มจากการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำโดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้าน

สาธารณสุข (CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) การออกแบบระบบบริการจากบริบท ของพื้นที่โดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) ได้แก่ หน่วยงานและเป็นทีมนำหลัก ในการจัดบริหารจัดการมอบหมายบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอใน รูปแบบของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health System) DHS, (District Health Board) DHB ซึ่งจะมีการประชุมและหารือปรึกษากันระหว่างสมาชิกของทีมโดยใช้การเข้าร่วมประชุมภาคีเครือข่ายกับกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและใช้สื่อสารสนเทศในการประชาสัมพันธ์และเป็นช่องทางในการติดต่อประสานงาน พัฒนาระบบงานในองค์การบริหารส่วนตำบลให้เป็นหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางของการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเรียกว่าศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ศูนย์โฮมสุข) ซึ่งมีบทบาทเฉพาะเพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและศูนย์นี้ดำเนินการโดยคณะกรรมการซึ่งประกอบบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีทักษะในการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และบุคลากรที่มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) บุคลากรจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีการประชุมวางแผนเพื่อจัดบริการ การบริหารจัดการงบประมาณรวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบคณะกรรมการซึ่งเกิดกระบวนการมีส่วนร่วม รวมทั้งการประสานไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอเพื่อขอรับการสนับสนุนบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและวัสดุอุปกรณ์เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ขั้นตอนที่ 3 (Check) การติดตามผลและประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมหลังจากได้ดำเนินงานแก้ไขปัญหาร่วมกันในระยะที่ 2 ทีมจะได้มีการสะท้อนประเด็นที่ปฏิบัติได้ดี หรือปฏิบัติได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทีมก็จะร่วมประชุม ระดมสมองเพื่อหากระบวนการใหม่ๆมาใช้และขั้นตอนที่ 4 (ACT) จาก การทบทวนผลการดำเนินงานว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างและมีแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมอย่างไร มีอะไรที่ต้องแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมได้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งมีการศึกษากระบวนการดำเนินงานโดยผ่านกระบวนการจำนวน 4 ขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษา ของสุทธิชัย จิรพันธ์กุล (2543) พบว่ารูปแบบการบริการแก่ผู้สูงอายุในอนาคต ควรมีการจัดสวัสดิการ การบริหารชุมชนแบบบูรณาการและมีสหสาขาที่ครอบคลุมทั้งระบบสังคมและสุขภาพ (สุทธิชัย จิรพันธ์กุล, 2543) ซึ่งการที่จะทำให้มีกระบวนการให้บริการและช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยใช้ช่องทางผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐานและเครือข่ายการบริการแบบไม่เป็นทางการ (informal for network) ภายใน การการยอมรับซึ่งกันและกัน (Reciprocal) ระหว่างผู้นำกับผู้ตามบุคคลในระบบความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความต้องการ การเปลี่ยนแปลง (สุทธิชัย จิรพันธ์กุล, 2543 ; สิริพันธ์ สาสัจย์และคณะ, 2561) ดังนั้น ภาวะผู้นำจึงเกี่ยวข้องกับการสร้างและการพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่การรักษาสถานภาพเดิม (Status quo) ยิ่งไปกว่านั้นการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการผู้นำไม่ได้เป็นผู้กำหนดแต่เป็นที่วัตถุประสงค์กำหนด

ร่วมกันระหว่างผู้นำและผู้ตาม อันจะก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวบุคคลให้มุ่งไปสู่ผลสำเร็จที่ต้องการอย่างแท้จริง ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุพึงพิงระยะยาว ต้องมีการพัฒนาเริ่มตั้งแต่การพัฒนาทีมงานด้านสุขภาพ บุคลากร และหน่วยบริการสาธารณสุขและ พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)) ซึ่งต้องมีทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิรพันธ์กุล, 2543; สิริพันธ์ สาสัจย์และคณะ, 2561) สอดคล้องกับ กรณีศึกษาของ นิชนันท์ สุวรรณภูมิ (2554) ซึ่งศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลศรีโค จังหวัด อุบลราชธานี ที่ผู้สูงอายุติดเตียงจำเป็นซึ่งต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอาชีพให้การดูแลเพื่อลดปัญหาการ เจ็บป่วยของผู้สูงอายุและสามารถชะลอการเสียชีวิตในระยะเวลานานขึ้น โดยผู้จัดการระบบการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) จัดทำแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) เพื่อใช้วางแผนการบริการผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ได้ดูแลผู้สูงอายุได้ตรงตามปัญหาและมีแผนการติดตามและประเมินผลงานเป็นระบบ และพัฒนาทีมงานด้านชุมชนได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ ต้องมีกระบวนการทำงานที่ เชื่อมประสานในรูปแบบของ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ซึ่ง คณะอนุกรรมการกลุ่มนี้มีบทบาทหน้าที่หลักในการอนุมัติการดำเนินงานตาม Care plan การอนุมัติงบประมาณในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล และควบคุมกำกับซึ่งเป็นกระบวนการที่ สร้างการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าภาพในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน การพัฒนาเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ การประชุมประชาคม และกิจกรรมสะท้อนข้อมูลกลับสู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมเรียนรู้ จัดตั้งหน่วยบริการที่บริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะได้แก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอศีลาลาด (ศูนย์โฮมสุข) ซึ่งจัดตั้งโดยองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง และบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการในทุกภาคส่วนเพื่อการจัดหาการบริการ การสนับสนุนบุคลากร วิชาการ วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและประสานงานเพื่อขอรับการสนับสนุนบุคลากร วิชาการ วัสดุ จากหน่วยงานในระดับอำเภอ รวมทั้งการประเมินติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม (นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมิตรา วิชา และคณะ (2561) ในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล (2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน (3) การจัดระบบบริการสุขภาพระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีของ (4) การกำหนดนโยบาย แผนงานโครงการ และงบประมาณ และ (5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องโดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกันซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุ

ร่วมกันในทุกภาคส่วน (สุมิตรา วิชา และคณะ, 2561) และจากการศึกษาของ เกศกนก จงรัตน์และคณะ (2562) พบปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนมากเกิดจากความผิดปกติของร่างกายของผู้สูงอายุที่มีสาเหตุมาจากอายุที่มากขึ้นและขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพจนกลายเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง และปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้แก่ ความวิตกกังวล กลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล ส่วนทางด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในบ้านเรือนของตนเองมากกว่าที่จะอาศัยอยู่ในบ้านที่มีบุตรเป็นเจ้าของ ความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยชราจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพ อาจมีปัญหาในการเข้าร่วมสังคมบ้างจนถึงขั้นไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเลย ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะต่อมาในอนาคต (เกศกนก จงรัตน์และคณะ, 2562) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิ จึงจำเป็นต้องมีการออกแบบการดูแลให้สอดคล้องกับการดูแลระยะยาว และการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงต้องมีการเพิ่มกิจกรรมในการจัดการเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การล้างมือก่อนและหลังการรับประทานอาหารและการล้างมือก่อนและหลังขับถ่าย ก็มีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวต้องปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนในด้านสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมโดยเฉพาะการรับประทานอาหารปรุงสุก การล้างมือก่อนและหลังขับถ่าย อูจจาระ การล้างผักก่อนบริโภค การถ่ายอุจจาระลงส้วม และเมื่อบุคคลมีความรู้ก็จะมีทักษะการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสอดคล้องกัน ตลอดจนการกำจัดขยะ สิ่งปฏิภูลในบ้าน รอบบ้านและในชุมชน รวมถึงการพัฒนาความรู้ ทักษะผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิ ตลอดจนการสร้างการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการปฏิบัติตัวของของบุคคลในชุมชน (Ross, A. G, et al.,2017) สอดคล้องกับการศึกษาของวีรพล วิเศษสังข์ (2560) ได้มีการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้สื่อความรู้ การสร้างกฎกติกาทางสังคม การใช้ตัวแบบและใช้รางวัลเป็นแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติตัวได้ดี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าก่อนการทดลอง (วีรพล วิเศษสังข์, 2560) ดังนั้นเพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคหอนอนพยาธิได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีการสร้างความมั่นใจและมองเห็นคุณค่าของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ มีความคงอยู่และปฏิบัติเป็นประจำจนถึงขั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกิจกรรมต่าง ๆ จึงต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคล ควบคู่ไปด้วยเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองและเป็นตัวแบบให้บุคคลอื่น ๆ ปฏิบัติตามได้ (Gibson, 1991) สอดคล้องกับปรางค์ทิพย์และคณะ(2557) ซึ่งได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน โดย

ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามโปรแกรม 3 ครั้ง ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (ปรารค์ทิพย์และคณะ, 2557)

1.4 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ จากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้ เพิ่มขึ้น 1.93 คะแนน (95%CI=1.59-2.26) ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมในการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและกลุ่มผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ การรับรู้ ปรับทัศนคติ โดยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อให้ทราบต้นเหตุ ความเป็นไป และแนวทางการสร้างเสริมคุณค่าในตัวเองให้มีสุขภาพดี (Social & Value) ในครั้งที่ 1 และจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ และแนวการป้องกันและควบคุมโรคหอบหืดในระดับชุมชนในกลุ่มผู้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Social & value) ในครั้งที่ 2 รวมถึงกิจกรรมกลุ่มในการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่กลุ่มเป้าหมายจำนวน 3 กลุ่ม ผ่านกิจกรรมสะท้อนคิด ระดมสมอง วางแผนตัดสินใจปฏิบัติและการคงอยู่ของการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 9 ครั้ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและกลุ่มผู้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้ ทักษะและมีพลังอำนาจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหอบหืดได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะในหลายกิจกรรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น จนมีสุขภาพดี (ธวัช วิเชียรประภา และคณะ, 2555; อาธร อุคคิต และคณะ, 2550 ; ปิยวรรณ ศรีสุวพันธ์, 2562 ; Marklinder et al., 2021; Samami et al, 2021)

การสนับสนุนสังคม จากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 4.74 คะแนน (95%CI= 3.98-5.50) ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบแนวทางในการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่โดยมีช่องทางในการขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติตัวจากหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชนได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด เกษตรตำบล ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น รวมถึงแนวทางในการรักษาผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโรคหอบหืดจากชุมชนสู่หน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อให้เอื้อต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการจัดกิจกรรมทำแผนการคัดกรอง การเข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และวางแผนการเข้ารับการรักษาที่ทันต่อเหตุการณ์ และเชื่อมต่อการบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเอื้อต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา กิจกรรมการให้ความรู้ กระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน โดยทีมที่พัฒนาขึ้น

ร่วมกับทีมดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) และ สหสาขาวิชาชีพทุกเดือน (Service System) รวมถึงการประชุมขับเคลื่อนระดับชุมชน กำหนดเป้าหมาย ตำบล หมู่บ้าน และอำเภอ จนถึงประกาศเป็นยุทธศาสตร์ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ (ODOP) (Structure & Policy) และการให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาผ่านสื่อออนไลน์ต่าง ๆ รวมถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์การป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิ เช่น การปรุงอาหารสุก การล้างมือ การบริโภคปลาร้าสุก ร้านส้มตำปลาร้าสุกร่วมกับพัฒนาชุมชนและหน่วยงานอื่น ๆ (social support) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้และเน้นการรวมกลุ่มกันเพื่อทำประโยชน์แก่สังคมที่ส่งเสริมคุณค่าในตัวของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีพละกำลังและมีสุขภาพดี ชะลอระยะเวลาในการพึ่งพิงออกไป (รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก, 2552 ;วรรณวิภา มาลัยทองและคณะ, 2552; ศิวัญญา ทองนาเมืองและรุจิรา ดวงสงค์, 2555; Junling et al., 2018; Mahmood et al., 2018; Samami et al., 2021; Marklinder et al., 2021)

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว จากการทดลองพบว่าหลังการทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 5.34 คะแนน(95%CI= 4.52-6.17) ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมในการสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวผ่านกิจกรรมกลุ่มในการสร้างบทเรียนรู้อารมณ์ร่วมกันผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ 9 กิจกรรมเริ่มตั้งแต่การรู้จักตัวตน ในการสะท้อนความรู้สึกและมีกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเสริมแรงให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตัวที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งการบอกเล่าความรู้สึก ฝึกการฟังอย่างสติและตัดสินใจลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้ว ยังรวมถึง เวลา ความไม่สะดวกสบายความอาย ความเสี่ยงต่อความปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วยบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามนั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือการรักษาโรค แต่ การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออก (Karimy et al., 2018; Kyle et al., 2019 ; Intanam A and Muangsom N., 2018 ; Ross et al., 2017)

การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการทดลองพบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 12.06 คะแนน (95%CI= 11.27-12.86) ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมในการเสริมพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 9 กิจกรรม เริ่มจากกิจกรรม กิจกรรม “การสร้างสุขภาพดีสร้างได้ด้วยมือเราเอง” กิจกรรม “พยาธิตัวร้าย ภัยสุขภาพของผู้สูงอายุ” กิจกรรม “ทำนุดูแลตนเองได้ เมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ” กิจกรรม “ข้า ๆ ได้พริ้งเลื่องงาม” กิจกรรม “ก้าวอย่างที่มีมั่นคง” ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ ได้มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้นจนสามารถปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองได้ รวมถึงกิจกรรมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเป็นระยะ ๆ ทุกสัปดาห์ รวมทั้งหมด 9 สัปดาห์

จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน การฝึกทักษะการฟัง การสะท้อนคิด การระดมสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้แสดงออก ได้รับรู้ปัญหาของตนเอง ส่งผลให้มีความพร้อมและยอมรับที่จะปฏิบัติตัวในสิ่งที่เหมาะสมต่อไป (Karimy et al., 2018; Kyle et al., 2019 ; Intanam and Muangsom, 2018 ; Ross et al., 2017)

ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล จากการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในการได้รับการดูแลของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 2.93 คะแนน (95%CI=2.30-3.60) ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้แก่จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่อยู่อาศัยในพื้นที่ทั้งหมดและก่อนทำการศึกษาได้ทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงการดำเนินงานอย่างละเอียด ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายมีความไว้วางใจและการเลือกกิจกรรมที่นำมาใช้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาแบบที่ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ การออกแบบกิจกรรมที่มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจน และมีประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมโดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญโดยเท่าเทียมกัน ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง และผลการประเมินพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 90 (สาธิต เสดิ ,2552 ; ศิวัญญ์ ทองนาเมือง และ รุจิรา ดวงสงค์ , 2555)

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการทดลองในครั้งนี้พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น 9.88 คะแนน (95%CI=8.85-10.91) รูปแบบการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหอนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นเมื่อนำมาทดสอบประสิทธิภาพพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การสนับสนุนสังคม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความพึงพอใจในการได้รับการดูแลและพฤติกรรมเสี่ยงของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สืบเนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาได้มีการพัฒนารูปแบบจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเข้มข้น มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำปัจจัยเข้าสู่การพัฒนาแบบ และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการคุณภาพโดยผ่านกระบวนการ PAOR และใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการหลายรอบ หลากหลายกิจกรรมเพื่อให้เกิดรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับปัญหาในพื้นที่ จึงส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับ รัชนิวรรณ (2552) Karimy และคณะ (2018) Kyle และคณะ (2019) ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นแห่งตน การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค หลังการเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น ส่งผลให้ประชาชนหรือผู้ป่วยมีความรู้และมีระดับคะแนนด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติมากขึ้น จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ จนมี

สุขภาพที่ดีขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคลดลง (รัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก, 2552 ; Karimy et al., 2018; Kyle et al., 2019 ; Intanam and Muangsom, 2018) ส่วนการศึกษาอื่น ๆ ที่มุ่งเน้นเฉพาะด้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะโรคเช่นการลดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคโรคเมเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีการสาธิตการปรุงอาหาร การจัดทำแบบบันทึกอาหารที่เรารับประทานและติดตามการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้การปฏิบัติตัว และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคนั้น ๆ โดยเฉพาะ ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนลดลงอย่างต่อเนื่อง (รุจิรา ดวงสงค์, 2550 ; สาธิต เสดิ , 2552 ;รัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก , 2552 ; แพรเพชร พัฒนาราช 2555 ; ศิวัญ ทองนาเมือง และ รุจิรา ดวงสงค์ 2555; Karimy et al., 2018; Kyle et al., 2019 ; Intanam and Muangsom, 2018)

5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อโรคหนองพยาธิลดลงได้ ดังนั้นสถานบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการและเทคนิคที่มีประสิทธิภาพเพื่อที่จะให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ มีพลังอำนาจ เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมและหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลและส่งเสริมกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายรรวมถึงการปรับเปลี่ยนและแสดงพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาท มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง และทำให้การยอมรับเชิดชูและให้ความสำคัญในการสร้างคุณค่าของผู้สูงอายุตามความเหมาะสม ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมและทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนให้มากขึ้น ตลอดจนเป็นแบบอย่างและชักชวนบุตรหลานให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

2. ควรศึกษาผลหรือประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ เทียบกับรูปแบบอื่นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. ควรศึกษารูปแบบอื่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านอื่น ๆ เพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอสีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีความหลากหลาย และยั่งยืน

4. ควรทำการศึกษาหานวัตกรรมใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ได้แนวทางวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ต่อไป

บรรณานุกรม



- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2552). **ภาวะพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุ**. ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2561). **รายงานสถานการณ์โรคหนองพยาธิในโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี**. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/article_attach/9869/14200.doc
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). **สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)**. วันที่ 18 เข้าถึงได้จาก: https://www.msocietygo.th/article_attach/9869/14200.doc
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแบบทำย**
ข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทน การจ่ายเงินค่าตอบแทน
เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 (ฉบับที่ 5).
- กัณฑ์รัตน์ บุญช่วยธนาศิริ, จักรกฤษณ์ พลราช, มาสรีนศุกลปักษ์, นารีรัมย์รัตนสัมฤทธิ์. (2557). **การพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. กรุงเทพฯ : บริษัท แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด.
- กฤษฎา ศิริสภามารณ์ และพลากร พุทธรักษ์. (2552). **สถานการณ์การพบเชื้อปรสิตหนองพยาธิและโปรโตซัวที่ก่อโรคในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จ.ปทุมธานี ช่วงปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2552**. ว.เทคนิคการแพทย์ 33, 33(144).
- กัญญาลักษณ์ ศักดิ์สิทธิ์, อักษรา ทองประชุมและวารภรณ์ บุญเชียง. (2561). **การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังจาก ได้รับการวินิจฉัยในจังหวัดแพร่**. วารสาร สาธารณสุข ล้าน นานา, 14(2), 22-34.
- กันยรัตน์ อุบลวรรณ. (2540). **พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน ภาคกลางของประเทศไทย**. ไทย. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- กาญจนา ฮามสมพันธ์, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์และจิราพร วรวงศ์. (2559). **ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด**. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(2), 9-22.
- เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ และ นิพนธ์ รัตนคช. (2562). **ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช**. วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 28 ฉบับที่ 6
- เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ. (2557). **ประสิทธิผลโปรแกรมการมีส่วนร่วมของโรงเรียนต่อการป้องกันการติดเชื้อ หนองพยาธิลำไส้ติดต่อผ่านดินของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดน่าน ประเทศไทย** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

- เกษร ปะที. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคหนองพยาธิของประชาชนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน, ปีที่12 (ฉบับที่ 4), 36-42.
- เกษม อากมล. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและศักยภาพในการควบคุมป้องกันพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลโพหนอง อำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต.
- จารวี คณิตาภักดิ์, ทศพร คำผลศิริ, และ ลินจง โปธิบาล,. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พยาบาลสาร 47, 47(1), 222-230.
- จำลองแก้ว พิทยานนท์. (2015). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ ลำไส้ของประชาชนในพื้นที่ที่มีโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 2(2), 1-14.
- จรรย์นัถ์ ปุริมาตย์, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง , และ กรวรรณ ยอดไม้. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562 ปีที่ 28 (ฉบับที่ 4), 611.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. , พิมพ์ครั้งที่ 3.
- ฉัตรลดา ดีพร้อมและ นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. (2561). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์, 8(1), 13-26.
- ชนิตา สุ่มมาตย์. (2551). การพัฒนารูปแบบในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาสารคามมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา.(2549). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. Journal of science & technology, Ubon Ratchathani University.ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค. 2553).
- ชโลบล วงศ์สวัสดิ์.(2554). ประสิทธิภาพ.เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชวลิต สวัสดิ์ผล (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.

- ชัยวิชิต บุญเทียม. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนเชิงในพิทยาคาร อำเภอเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม, ปีที่ 31.
- ชินภัทร ภูมิรัตน. (2551). การจัดการความรู้ในสถานศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ.
- ญาดา เรียมริมมะดัน, ศ. ค. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร มจร.วิชาการ 90, ปีที่ 21 (ฉบับที่ 42).
- ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช. (2556). ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวชาญ. (2538). การมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ในบ้านถวาย ตำบลขุนตง อำเภอหางตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดือนใจ ศรีสว่างวงศ์. (2544). ประสิทธิภาพทางการแพทย์. ขอนแก่น : ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวีเลิศ ชายงาม ลิขิต เรื่องจรสและ สุมาลินี ดีจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (กันยายน) – (ธันวาคม), 1-15.
- ทัศนีย์ สุโกศล. (2545). ประสิทธิภาพ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีนครราชสีมา. ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีนครราชสีมา.
- ธนเดช สัจจวัฒนา. (2558). การระบาดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนองพยาธิของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 21. สืบค้นออนไลน์ทาง <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4631?locale-attribute=th>
- ธวัช วิเชียรประภา, พรนภา หอมสินธุ์, และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 7(2).
- ธีระวุฒิ เอกะกุล. (2552). การวิจัยปฏิบัติการ (Action research). อุบลราชธานี. ยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุ๊ป
สุภางค์ จันทวานิช. (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- นันทดี เนียมนุ้ย. (2562). โรคพยาธิปากขอ. วารสารเทคนิคการแพทย์, ปีที่ 47 (ฉบับที่ 2), 6965-6980.
- นาถอนงค์ บำรุงชน, พนิดา รัตนไพโรจน์ , และ จารุวรรณ ประดาม. (2557). การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, ปีที่ 28 (ฉบับที่ 2).
- นิชนันท์ สุวรรณภู. (2554). ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน:กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตย์ ทศนิยม, และ สมพนธ์ ทศนิยม. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพ : การสร้างพลังอำนาจ. พิมพ์ลักษณะ.
- นิตยา ศรีวิชา และณิตชาธร ภาโนมัย. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมโภชนศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลตำบลหนองโก อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7(3), 18-27.
- นิมิตร มรกต.(2546). **ปรสิททางการแพทย์:โปรโตซัวและหนอนพยาธิ.** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กรุงเทพฯพิมพ์ครั้งที่ 2.พิมพ์ลักษณะ กรุงเทพฯ.490 หน้า.
- นิจวรรณ เทิร์นโบล, ว. ช., วิภา ชูปวา และ วรกมล ปราภุหาญ,. (2561). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม.** วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ปีที่ 14 (ฉบับที่ 2).
- บุญเยี่ยม ตระกุลวงษ์. (2528). **จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข.** โรงพิมพ์ชวนพิมพ์. .
- เบญจวรรณ กำธรวัชระ. (2539). **ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของคนไทย.** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา
- ปรเมษฐ์ นามชู (2554). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การปรับตัวด้านร่างกายและระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.

- ปรารค์ทิพย์ อุจะรัตน์ , วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ , และ ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2).
- ปิยวรรณ ศรีสุนันท์. (2560). ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเตอร์. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 3(2), 105-118.
- พรทิวี ยอดมงคล. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)(48 หน้า).
- พรรณี ใจสะอาด.(2543). **ปรลิตวิทยา.นครสวรรค์ : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏนครสวรรค์.**
- พลอยไพลิน ทับทิมและรุจิรา ดวงสงค์. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอลำลูกกา จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7(1), 25-34.
- พลากร พุทธรักษ์ และกฤษฎา ศิริสภามรณ์.(2557). ความชุกของการติดนอนพยาธิและโปรโตซัวในผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2556.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.ปีที่ 22 ฉบับที่ 6 (ฉบับพิเศษ).861-870
- พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ. (2550). การดูแลและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ป ที่16.
- พัชรินทร์ สมบูรณ์. (2547). การมีส่วนร่วมในโครงการ เมืองไทยแข็งแรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พิชานี แหล่งสท้านและรุจิรา ดวงสงค์. (2560). ผลโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับสื่อหนังสือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับอายุ 40-59 ปี อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขศึกษา, 40(2), 64-74.
- พิสิษฐ์ สุนทรา วิฑูร, งามนิตย์ ราชกิจ, จักรกฤษณ์ วัง ราษฎร์, สุนทรี สุรัตน์, ชัยพงศ์ เครือจักร, สมศักดิ์ มณีรัตน์, และ วร ศรินทร์ ดวง คิด. (2561). ความชุกของการติดเชื้อปรสิตลำไส้ในกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเทศบาล ตำบลป่าอ้อดอน ชัยอำเภอเมือง เชียงราย จังหวัดเชียงราย. Thai Journal of Public Health, 43(2), 113-125.
- พูนสุข รัตนภูมิ. (2542). ปรลิตวิทยา.กรุงเทพฯ : ภาควิชาชีววิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- เพ็ญญา คงศิลา, ศุภวิตาแสนศักดิ์และจงกลณี ธนาไสย์. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 10(2), 19-28.
- แพรเพชร พัฒนระชา. (2555). ผลการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนอำเภออย่างตลาด จังหวัด กาฬสินธุ์. งานนิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต.
- ภรณ์ทิลา ผ่องอำไพ. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความสามารถในการ ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริส เตียน.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2557). สังคม ผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ. ค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2561, จาก http://www.stou.ac.th/stou_onling/lom_data/sec/Lom12/05-01.html.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2559. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพรีนเทอร์จำกัด, 2560.
- ยุภาพร ศรีจันทร์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิของ ประชาชนในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา, ปีที่ 16 (ฉบับที่ 1), 119-128.
- เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม (2549). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย.คลังข้อมูลและความรู้ระบบ สุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.), ปีที่ 2 (ฉบับที่ 13).
- รัชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกันแรง สนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นโรค มะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียน ประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2559). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2559. ราชบัณฑิตยสถาน.
- รุจิรา ดวงสงค์, จุฬารภรณ์ โสตะ, ไพบูลย์ สิทธิถาวร, พงษ์เดช สารการ, และสุพรรณิ ศรีอำพร. (2550). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์.

- ลือชัย ศรีเงินยวง , และทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2533). **ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- วงศ์กลาง กุดวงษา. (2555). **ความชุกและคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิสโดสิสในจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2552-2553. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- วรยุทธ นาคอ้าย, สุมาลี ชุ่ยหาญ,และวรปรัชญ์ ตาละ.(2563), **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคหนองพยาธิของประชาชนในพื้นที่ทำเฝือกบ่อเกลือ จังหวัดน่านวารสารควบคุมโรค. ปีที่ 46 ฉบับที่ 4 ต.ค.-ธ.ค. 2563.414-429.**
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริญ, และยุวดี รอดจากภัย. (2548). **การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.**
- วรรณวิภา มาลัยทอง. (2552). **ประสิทธิภาพของการบันทึกพฤติกรรมกรมการบริโภคปลาดีอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ณ บ้านทุ่งเหียง ต.ท่ากระดาน อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา. เวชสารแพทยทหารบก ปีที่ 62, ฉบับที่1 (มกราคม- มีนาคม 2552)**
- วัฒน์เพ็ญ ปิ่นราช. (2552). **การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ศิลปะศาสตรศึกษาศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัยขอนแก่น:สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- วิเชียรประภา, ธ. (2555). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี มหาวิทยาลัยบูรพา. คณะพยาบาลศาสตร์.**
- วิราภรณ์ โพธิ์สีริ. (2556). **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555. 180 หน้า.**
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2539). **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. (18), 29-30.**
- วีระพล วิเศษสังข์, รติกร ชาติชนะยืนยงและชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล. (2560). **โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับในกลุ่มวัยแรงงานตำบลชะยุ่ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 24(3), 61-74.**
- ศักดิ์ชัย กามโรและรุจิรา ดวงสงค์.(2559). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาเร็งท่อน้ำดีของญาติผู้ป่วยโรคมาเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล.ปีที่ 22.ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2559.5-18.**
- ศิราณี ศรีหาคาศ, ธารัตน อำนวยศิริ, วัชรอมร โรจน์ วรวิมล, ปิยธิดาคู หิรัญญรัตน์, และ นवलละออง ทองโคตร. (2561). **รูปแบบการพัฒนานโยบาย สาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน.**

ศิริ พันธุ์สาส์ตย์. (2018). **หลักการ แนวคิด และประสบการณ์ การจัดการดูแล ระยะเวลาใน ประเทศ ที่เข้าสู่ สังคม สูงอายุ.**

ศิริพร จิรวัดน์กุลง (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์, 3, 313หน้า.

ศิวัชญ์ ทองนาเมือง , และ ดร.รุจิรา ดวงสงค์. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการ **ประยุกต์ใช้ทฤษฎี**

ศุภกนก หันทุยง. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน **โรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว.** วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร, 10(1), 40-53

ศูนย์ศตวรรษิกชนไทย. (2559). **แผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564).** Retrieved วันที่ 21 from เข้าถึงได้จาก:

<https://www.thaicentarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php?option=com>

สงกรานต์ กลั่นดั่ง.(2548).การประยุกต์ใช้ The "take PRIDE" Program ในการส่งเสริม **พฤติกรรมการกำกับตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น.** มหาวิทยาลัยขอนแก่น/ขอนแก่น.

สงวน สุทธิเลิศอรุณ. (2546). **พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. อักษราพิพัฒน์.**

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ , ก. (2551). **อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ.**

กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2535). **พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง. นนทบุรี.**

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต.(2550). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ :** สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2550.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิ.

สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย. (2560). **หลัก 11 อ. ในการดูแลผู้สูงอายุ.** Retrieved วันที่ 19 from เข้าถึงได้จาก: www.thaipt.org/index.php?module=knowledge&id=631

สมาน เทศนา.(2554). **การเจริญเติบโตและผลของยาพาราซิควอนเทลต่อระยะเมตาเซอร์คาเรียของ พยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) ในปลาตะเพียน II.กรุงเทพมหานคร :** ฐานข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานภาครัฐด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.

สรารุจ จำปาพันธ์. (2547). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและศักยภาพในการ ควบคุมและ ป้องกันพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยมหิดล.**

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ.(2553). **การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย**.กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553 พิมพ์ครั้งที่ 1.133 หน้า.

สาธิต เสดิ. (2552). **ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.

สารานุกรมเสรี (2562). **ข้อมูลทั่วไปจังหวัดศรีสะเกษ**. วันที่ 19 from เข้าถึงได้จาก:
<https://th.wikipedia.org/wiki>.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2560). **การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง**. Retrieved วันที่ 19 from เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th>.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2559).**คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับทีมหมอครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไชเบอร์พรีนซ์ กรุ๊ป จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). **รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2561**. เข้าถึงได้จาก
<https://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2562/N30-05-62-1.aspx>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2559). **รายงานประจำปีงานผู้สูงอายุ พ.ศ.2559**.: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีลาลาด. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2562). **รายงานประจำปีงานผู้สูงอายุ พ.ศ.2562**. จังหวัดศรีสะเกษ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2559). **คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).กรุงเทพฯ.93 หน้า.

สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย (อินเทอร์เน็ต). (2561). **ประชากรจังหวัดศรีสะเกษ**. เข้าถึงได้จาก: <https://www.khonthai.com/TH>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[ออนไลน์]. **บทบาทภารกิจ**.เข้าถึงได้จาก: <http://bps.s.moph.go.th/index.php?mod=profile&doc=3>

สำนักอนามัย กรมผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข (อินเทอร์เน็ต). (2557). **คู่มือ แนวทางการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตร 420 ชั่วโมง**. ที่ 19. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.anamai.moph.go.th/>.

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.(2561). **คู่มือปฏิบัติงานกองการพยาบาลสาธารณสุข**. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.430 หน้า.

- สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. 93 หน้า.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2546). **จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีการประยุกต์**. สืบค้นจาก <http://www.gotoknow.org/posts/200622>
- สุกัญญา ปวงนิยม, นงนภทร รุ่งเนย และ อุไรรัชต์ บุญแท้ (2560), วารสารแพทย์เขต 4-5, ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2562; 178-195.
- สุคนธ์ทิพย์ นรสาร. (2561). **การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบล กุง อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี. ปีที่ 17. ฉบับที่ 2 เมษายน-กันยายน 2561.**
- สุชา จันทรเอม. (2540). **จิตวิทยาพัฒนาการ**. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, พิมพ์ครั้งที่ 4.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. **การสร้างมาตรวัดในการวิจัยทางสังคมศาสตร์**.
- สุทธิชัย จิรพันธ์กุลม. (2543). **ระบบสุขภาพและการประเมินผลการดำเนินการ. รายงานการศึกษา ระบบสุขภาพและประเมินผลการดำเนินการ**. กรุงเทพฯ.
- สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์. (2561). **การจัดการทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561, 5(2), 111-125.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2549). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว**. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 8(4).
- สุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพ, บังอร ฉางทรัพย์, ชุศักดิ์ นิธิเกตุกุล. (2560). **ความชุกของพยาธิลำไส้ในพนักงานของโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ**. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. ปีที่ 20 ฉบับที่ 40 มกราคม - มิถุนายน 2560. 13-28
- สุमितรา วิชา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, เบญจพร เสาวภา, ธนภุช หมั่นก้อนแก้ว, สุภา ศรีรุ่งเรือง, ณัชพันธ์ มานพ, & ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์. (2018). **การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลฮ่อง ห้าอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง**. HCU Journal, 22, 43-44.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. (2556). **รายงานการวิจัยโครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. นักวิจัย HITAP.
- สุรพล ชยภพ. (2552). **การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์**. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- องอาจ นัยวัฒน์. (2551). **ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรศรี สุวิมล. (2544). **พฤติกรรมกำบังตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์**. สารนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). **ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 3
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). **การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย. 4.0**. Dhammathas Academic Journal, ปีที่ 17 (ฉบับที่ 3).
- อาธร อุคคติ, วันชัย ธรรมสังการ, และ สุเมธ พรหมอินทร์. (2551). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล**. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6).
- อินทิรา เทียมแสน. (2551). **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลน้ำรัศ อำเภอนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่**.
- Ahmadiara, E., & Hajimohammadi, B. (2017). Parasitic infections in nursing homes: a permanent threat for elderly health. *Elderly Health Journal*, 3(2), 55-56.
- Alden, L. (1986). Self-efficacy and causal attributions for social feedback. *Journal of Research in Personality*, 20(4), 460-473.
- ALEGRE. (BRAZIL) Prevalência de enteroparasitoses em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre). <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520161600027>
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* . Englewood cliffs Prentice Hall.
- Becker, H, M., Maiman, & A, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical care*, 10-24.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health education monographs*, 2, 324-473.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social behavior*, 348-366.
- Bethony J, Brooker S, Albonico M, et al. Soil-transmitted helminth infections: ascariasis, trichuriasis and hookworm. *Lancet* 2006; 367: 1521-32

- Bhaibulaya, M., Punnavutti, V., Yamput, S., Indra-Ngarm, S., Pahuchon, W., Hongsuwan, S., Harinasuta, C. (1977). Control trial of soil-transmitted helminthic infections with pyrantel pamoate. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 8(3), 329-334
- Bloom, B. S. (1968). Mastery learning. UCLA – CSEIP evaluation Comment. *Losangeles*, 1(2). book/esyb57/files/assets/basic-html/index.html#19
- Bowman, D. D., Montgomery, S. P., Zajac, A. M., Eberhard, M. L., & Kazacos, K. R. (2010). Hookworms of dogs and cats as agents of cutaneous larva migrans. *Trends in parasitology*, 26(4), 162-167.
- Brooker S, Bethony J, Hotez PJ. Human Hookworm Infection in the 21th Century. *Adv Parasitol* 2004; 58: 197-288.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Preliminary. Incidence and Trends of Infections with Pathogens Transmitted Commonly Through Food — Foodborne Diseases Active Surveillance Network. *10 U.S. Sites*, 20(2), 244-253. December 2018.(75-83). infection in people aged 40 years and over, Chum Phae District. *Khon Kaen Province. Journal. Sakon Nakhon Hospital Vol*, 21(3), 75-83
- Emile, N., Bosco, N. J., & Karine, B. (2013). Prevalence of intestinal parasitic infections and associated risk factors among Kigali Institute of Education students in Kigali, Rwanda. *Tropical biomedicine*, 30(4), 718-726.
- Engroff, P., Ely, L. S., Silva, A. B. d., Viegas, K., Loureiro, F., Gomes, I., & DeCarli, G. A. (2016). Prevalence of intestinal parasites in the elderly enrolled in the family health strategy in Porto Alegre, Brazil. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 10(3), 132-139.
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfer, R., Kegler, M. C., Zhu, Y., & Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC family practice*, 14(1), 1-6.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361.
- Giroto, K. G., Grama, D. F., Cunha, M. J. R. d., Faria, E. S. M., Limongi, J. E., Pinto, R. d. M. C., & Cury, M. C. (2013). Prevalence and risk factors for intestinal protozoa infection in elderly residents at Long Term Residency Institutions in

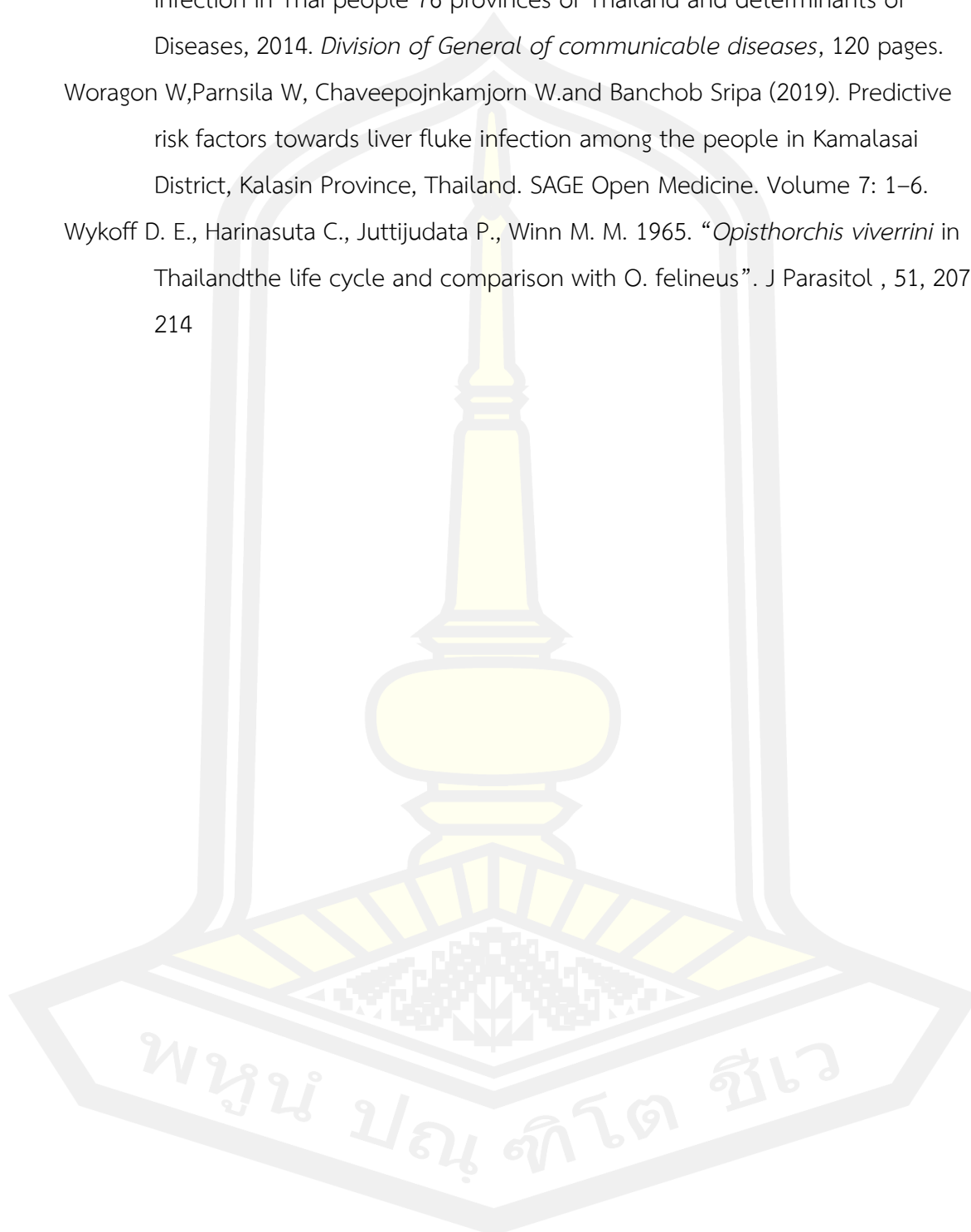
- Southeastern Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 55, 19-24.
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M., (2002). Health behavior and health education. *San Francisco: Jossey- Bass Publishers*, 55(1), 19–24.
<https://doi.org/10.1590/S0036-46652013000100004>
- Haider, J., Mohammad, N. S., Nazli, R., Fatima, S., & Akhtar, T. (2018). Prevalence of parasitic infestation in children of a rural community of Peshawar. *Khyber Medical University Journal*, 10(1), 14-18.
- Health and Medical Care Recommendations, *Medical Care*, 13(1), 10-24
- Honestdocs. (2561). ประวัติโรคเอดส์. เข้าถึงได้จาก: <https://www.honestdocs.co/history-of-hiv-and-aids>
- Hotez PJ, Diemert D, Bacon KM, et al. The Human Hookworm Vaccine. *Vaccine* 2013; 31 (Suppl 2): B227-32.
- infection in people aged 40 years and over, Chum Phae District, Khon Kaen Province. *Journal. Sakon Nakhon Hospital Vol. 21 No. 3 September*
- Intanam A and Muangsom N. (2018). Effectiveness of Health Educational Program Based on Health Belief Model, Self-efficacy and Social Support to Prevent Opisthorchiasis. *Thai Pharm Health Sci J* 13(3), 150-156. (Jul. – Sep. 2018)
- Jiraanankul, V., Aphijirawat, W., Mungthin, M., Khositnithikul, R., Rangsin, R., Traub, R. J., Piyaraj, P., Naaglor, T., Taamasri, P., & Leelayoova, S. (2011). Incidence and risk factors of hookworm infection in a rural community of central Thailand. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 84(4), 594.
- Junling Gao, Jingli Wang, Pinpin Zheng, Regine Haardörfer, Michelle C Kegler, Yaocheng Zhu and Hua Fu. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. Gao et al. *BMC Family Practice* 2013, <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/66>.
- Karimy, M., Koohestani, H. R., & Araban, M. (2018). The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetology & metabolic syndrome*, 10(1), 1-6.
- Khamdokrub C and Wutthajarn K. (2018). Factors associated with liver fluke

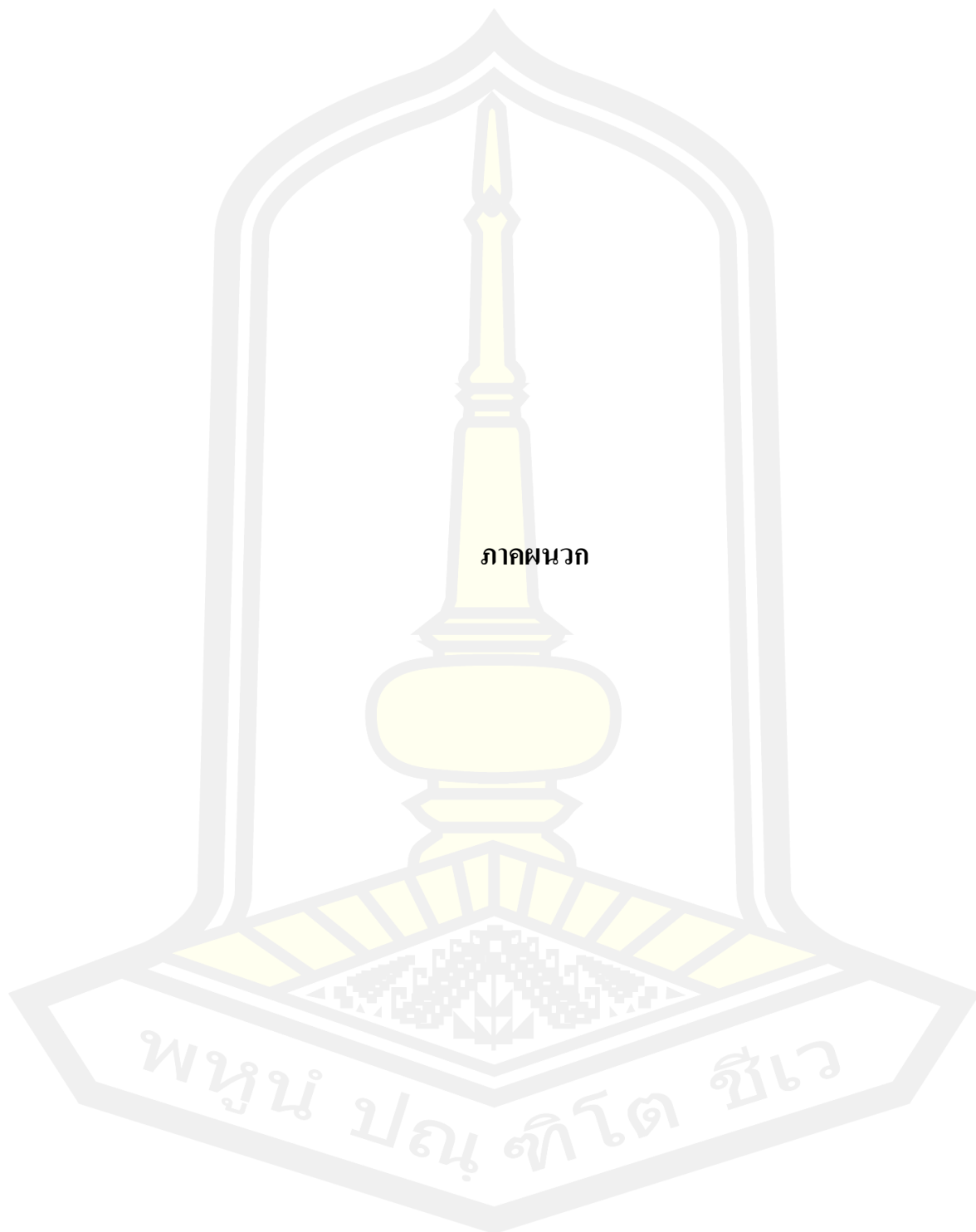
- Khieu, V., Schär, F., Marti, H., Bless, P. J., Char, M. C., Muth, S., & Odermatt, P. (2014). Prevalence and risk factors of *Strongyloides stercoralis* in Takeo Province, Cambodia. *Parasites & vectors*, 7(1), 1-8.
- Knopp, S., Mgeni, A. F., Khamis, I. S., Steinmann, P., Stothard, J. R., Rollinson, D., Marti, H., & Utzinger, J. (2008). Diagnosis of soil-transmitted helminths in the era of preventive chemotherapy: effect of multiple stool sampling and use of different diagnostic techniques. *PLoS neglected tropical diseases*, 2(11), e331.
- Kyle J. Miller, Christopher Mesagno, Suzanne McLaren, Suzanne McLaren¹, Fergal Grace Mark Yates and Rapson Gomez Exercise. (2019) Mood, Self-Efficacy, and Social Support as Predictors of Depressive Symptoms in Older Adults: Direct and Interaction Effects. ORIGINAL RESEARCH article *Front. Psychol.*, 19 September 2019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02145>.
- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications.
- Laoraksawong, P., Sanpool, O., Rodpai, R., Thanchomnang, T., Kanarkard, W., Maleewong, W., Kraiklang, R., & Intapan, P. M. (2018). Current high prevalences of *Strongyloides stercoralis* and *Opisthorchis viverrini* infections in rural communities in northeast Thailand and associated risk factors. *BMC Public Health*, 18(1), 1-11.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & Organization, W. H. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: Wiley.
- Liabsuetrakul, T., Chaikongkeit, P., Korwiattanagarn, S., Petrueng, C., Chaiya, S., Hanvattanakul, C., Kongkitkul, P., Sinthuuthai, C., Kalong, N., & Ongsawang, D. (2009). Epidemiology and the effect of treatment of soil-transmitted helminthiasis in pregnant women in southern Thailand. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 40(2), 211-222.
- Likert, R. (1967). *Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley & Son
- Loukas A, Bethony J, Brooker S, Hotez P. Hookworm vaccines: past, present, and future. *Lancet Infect Dis* 2006, 6, 733-741.
- Loukas, A., Bethony, J., Brooker, S., & Hotez, P. (2006). Hookworm vaccines: past, present, and future. *The Lancet infectious diseases*, 6(11), 733-741.

- Mahmood Karimy, Hamid Reza Koohestani and Marzieh Araban. (2018). The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. Karimy et al. *Diabetol Metab Syndr* (2018) 10:86: <https://doi.org/10.1186/s13098-018-0386>.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health education monographs*, 2(4), 336-353.
- Marklinder, I., Eskhult, G., Ahlgren, R., Blücher, A., Ehn Börjesson, S.-M., Moazzami, M., Schelin, J., & Danielsson-Tham, M.-L. (2021). Attitudes Related to Food Safety Behavior Among Students in Sweden. IAFP: s European symposium on food safety,
- Ngui R, Lim YA, Traub R, Mahmud R, Mistam MS. Epidemiological and genetic data supporting the transmission of *Ancylostoma ceylanicum* among human and domestic animals. *PLoS Negl Trop Dis* 2012; 6: e1522.
- Orem, D. (2001). Nursing: concept of practices 6th Edition. *Saint Louis: Mosby Year Book*.
- Paulo, S. (2013). PREVALENCE AND RISK FACTORS FOR INTESTINAL PROTOZOA
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice.
- Piangjai S, Sukontason K, Sukontason KL. Intestinal parasitic infections in hill-tribe school children in Chiang Mai, northern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003; 34 Suppl 2: 90-3.
- Province, Thailand. *Thai Pharm Health Sci J* Vol. 13 No. 3, Jul. – Sep. 2018:150-156.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- Ross, A. G., Olveda, R. M., McManus, D. P., Harn, D. A., Chy, D., Li, Y., Tallo, V., & Ng, S.-K. (2017). Risk factors for human helminthiasis in rural Philippines. *International Journal of Infectious Diseases*, 54, 150-155.
- Samami, E., Seyedi-Andi, S. J., Bayat, B., Shojaeizadeh, D., & Tori, N. A. (2021). The effect of educational intervention based on the health belief model on knowledge, attitude, and function of women about Pap smear test at Iranian

- health centers: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 10.
- Santos, P. H. S., Barros, R. d. C. S., Gomes, K. V. G., Nery, A. A., & Casotti, C. A. (2017). Prevalence of intestinal parasitosis and associated factors among the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20, 244-253.
- Schär, F., Trostdorf, U., Giardina, F., Khieu, V., Muth, S., Marti, H., ... & Odermatt, P. (2013). *Strongyloides stercoralis*: global distribution and risk factors. *PLoS neglected tropical diseases*, 7(7), e2288.
- Senephansiri, P., Laummaunwai, P., Laymanivong, S., & Boonmar, T. (2017). Status and risk factors of *Strongyloides stercoralis* infection in rural communities of Xayaburi Province, Lao PDR. *The Korean journal of parasitology*, 55(5), 569.
- Shakya, B., Rai, S. K., Singh, A., & Shrestha, A. (2006). Intestinal parasitosis among the elderly people in Kathmandu Valley. *Nepal Med Coll J*, 8(4), 243-270.
- Suntaravitun, P., & Dokmaikaw, A. (2018). Prevalence of intestinal parasites and associated risk factors for infection among rural communities of Chachoengsao Province, Thailand. *The Korean journal of parasitology*, 56(1), 33.
- Unchittha siriKampeng and Pakdee Phosing. (2017). Long-term care for the dependent elderly in the national era. Thailand 4.0. *Dhammathas Academic Journal*. Year 17 17(3).
- Walaisathīan, P. (2000). *กระบวนการ และเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*. Samnakngān Kōngthun Sanapasanun Kānwičajai.
- WHO. (2017). *The World Health Organization*. World Health Organization.
- Wichaiyo, W., Parnsila, W., Chaveepojnkamjorn, W., & Sripa, B. (2019). Predictive risk factors towards liver fluke infection among the people in Kamalasai District, Kalasin Province, Thailand. *SAGE open medicine*, 7, 2050312119840201.
- Wongsaroj T. (2007). Epidemiological study of strongyloidiasis in northeastern Thailand. In: Proceedings of Parasitic in lower part of the northeastern Thailand conference. *Ubon Ratchathani*, 195.

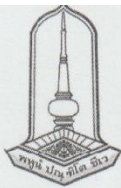
- Wongsaroj, T. (2014). Community survey project to study the situation of helminthic infection in Thai people 76 provinces of Thailand and determinants of Diseases, 2014. *Division of General of communicable diseases*, 120 pages.
- Woragon W, Parnsila W, Chaveepojnkamjorn W. and Banchob Sripa (2019). Predictive risk factors towards liver fluke infection among the people in Kamalasai District, Kalasin Province, Thailand. *SAGE Open Medicine*. Volume 7: 1–6.
- Wykoff D. E., Harinasuta C., Juttijudata P., Winn M. M. 1965. “*Opisthorchis viverrini* in Thailand the life cycle and comparison with *O. felineus*”. *J Parasitol* , 51, 207–214





ภาคผนวก

พหุมนุ ทัศนิต ชีวะ



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 154/2563

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุ ในจังหวัดศรีสะเกษ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Long-Term Care Integration for prevention and control of helminthiasis In Elderly At Sisaket Province.

ผู้วิจัย : นางสุนันท์ทิพย์ นรสาร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะแพทยศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 20 พฤษภาคม 2563

วันหมดอายุ : 19 พฤษภาคม 2564

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

..... กตว สว่างจิตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษักรหญิงรัตรี สว่างจิตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เลขที่แบบสัมภาษณ์ ID [] [] []

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....เบอร์โทรศัพท์.....
วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....

แบบสัมภาษณ์

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 8 ตอน ดังต่อไปนี้

แบบสัมภาษณ์นี้ให้ตอบคำถามทุกข้อ ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วย 8 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป	จำนวน 7 ข้อ
ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ	จำนวน 16 ข้อ
ตอนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ	จำนวน 16 ข้อ
ตอนที่ 4 แบบวัดบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการเกิดโรคหนองพยาธิ	จำนวน 9 ข้อ
ตอนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ	จำนวน 20 ข้อ
ตอนที่ 6 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิ	จำนวน 32 ข้อ
ตอนที่ 7 แบบวัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหนองพยาธิ	จำนวน 7 ข้อ
ตอนที่ 8 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคหนองพยาธิ	จำนวน 27 ข้อ

ขอความกรุณาผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน ให้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอภาพรวม คำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใดต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน จะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อใช้วางแผนและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพ และขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นอย่างสูง

สุคนธ์ทิพย์ นรสาร

นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎี

บัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

แบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / หรือ X ในช่อง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... 1. เพศ

1 ชาย 2 หญิง gender []

2. อายุระหว่าง (เกิน 6 เดือนปัดเป็น 1 ปี) ปี age []

3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด education []

- 1 ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าชั้นประถม 2 ประถมศึกษา (ป.4 ป. 6)
 3 มัธยมศึกษาตอนต้น 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย เทียบเท่า
 5 สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย เทียบเท่า หรือสูงกว่า ปวช

4. อาชีพหลักของท่าน occupation []

- 1 เกษตรกร 2 ค้าขาย / ทำธุรกิจ
 3 รับจ้าง 4 รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 5 อื่นๆ (ระบุ).....

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวท่านบาท/เดือน บาท income []

6. การอยู่อาศัยภายในครอบครัวของท่าน status []

- 1 อยู่คนเดียว 2 อยู่กับคู่สมรส
 3 อยู่กับบุตร สมาชิก > 3 คน 4 อยู่กับญาติ สมาชิก > 5 คน
 5 อื่นๆ (ระบุ).....

7. การเจ็บป่วย / โรคประจำตัว ของท่าน health status []

- 1 โรคเบาหวาน 2 โรคความดันโลหิตสูง
 3 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 4 โรคเรื้อรังอื่นๆ ระบุ.....
 5 ไม่มีโรคประจำตัว

8. ภาวะโภชนาการของท่าน (น้ำหนัก / ส่วนสูง) Nutritional Status []

- 1 สมส่วน 2 ทุ้ม

3 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ผอม)

4 มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

5 อื่นๆ (ระบุ).....

12. ท่านเคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิหรือไม่

parasite []

1 ไม่เคย

2 เคยตรวจ

13. ประเภทของพยาธิที่พบ

Type of parasite []

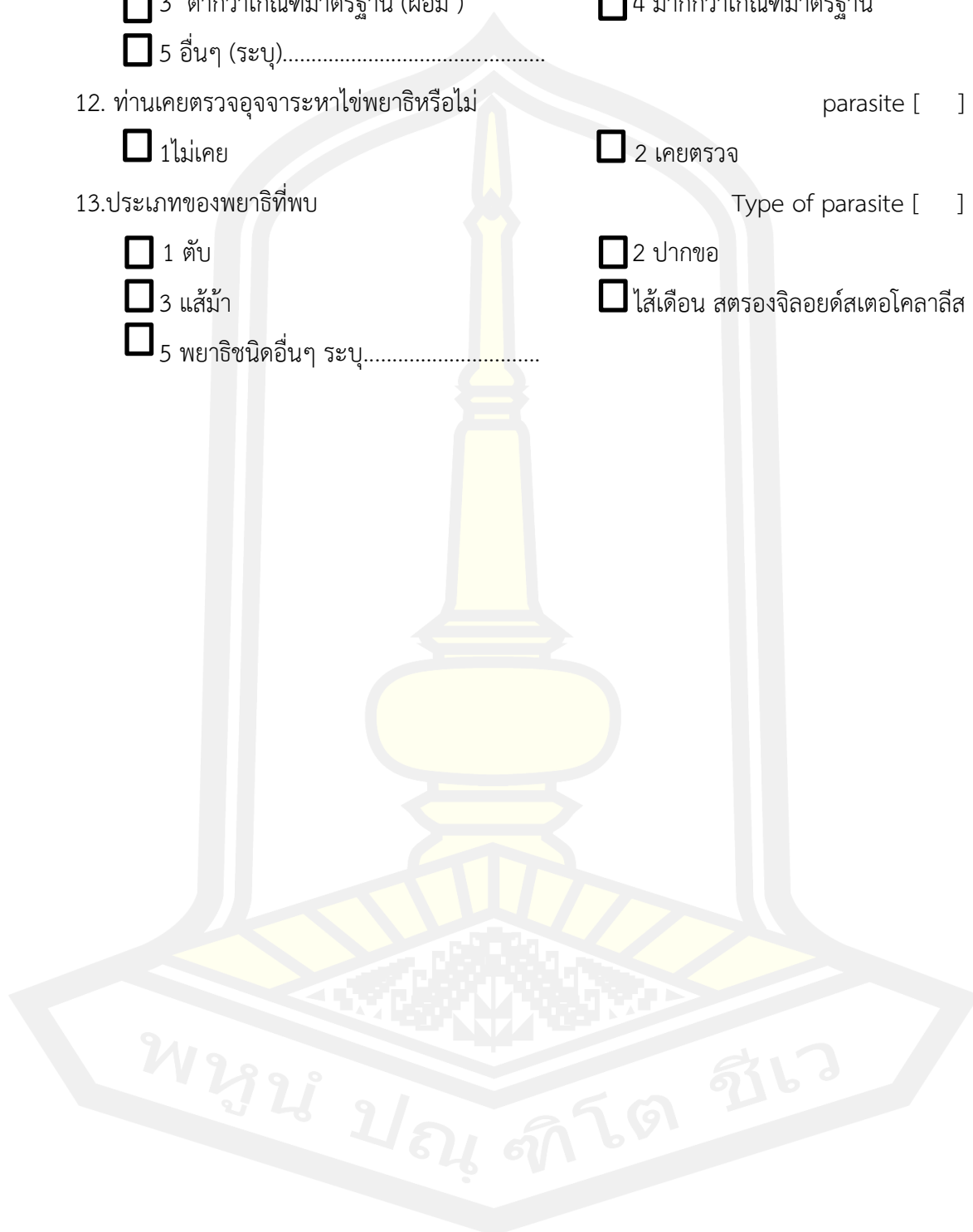
1 ตั๊ก

2 ปากขอ

3 แส้มี้า

ไข่เดือน สตรองจิลอยด์สเตอโคลาสิส

5 พยาธิชนิดอื่นๆ ระบุ.....



ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์การในการเลือกดังนี้

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	สำหรับ ผู้วิจัย
1	โรคพยาธิปากขอ ไข่เดือนเสี้ยวหรือจิ้งจอกยัด ติดต่อกันโดยตัวอ่อนระยะติดต่อไขผ่านผิวหนัง			K1[]
2	โรคพยาธิใบไม้ตับ ติดต่อกันโดยตัวอ่อนระยะติดต่อไขผ่านผิวหนัง			K2[]
3	โรคพยาธิใบไม้ตับ ติดต่อกันโดยการกินไข่ระยะติดต่อ			K3[]
4	การไม่สวมรองเท้าเดินบนพื้นดินจะทำให้มีโอกาสติดโรคหนองพยาธิได้			K4[]
5	การไม่ล้างผัก ผลไม้ก่อนรับประทานอาหารจะทำให้ติดโรคหนองพยาธิได้			K5[]
6	การดื่มน้ำที่ไม่สะอาดจะทำให้ติดโรคหนองพยาธิได้			K6[]
7	ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารสุกๆดิบๆการกินอาหารสุกๆดิบๆ เช่น ก๋วยเตี๋ยว เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ก่อโรคหนองพยาธิ			K7[]
8	การไม่ถ่ายอุจจาระลงส้วม เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายโรคหนองพยาธิ			K8[]
9	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหนองพยาธิจะมีอาการไอ ไข้เล็กน้อยปวดท้อง แน่นท้อง เบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน			K9[]
10	การล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข เป็นการป้องกันการติดเชื้อหนองพยาธิ			K10[]

ตอนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การในการเลือกดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านยังบอกไม่ได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	สำหรับผู้วิจัย
1.การรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ ทำให้ร่างกายแข็งแรง						A1[]
2.การรับประทานปลาจำพวกที่มีเกล็ดดิบร่วมกับดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ไม่ทำให้เกิดโรคหนองพยาธิ เพราะแอลกอฮอล์จะฆ่าเชื้อหนองพยาธิที่อยู่ในปลาดิบได้						A2[]
3.การปรุงประกอบอาหารจำพวกปลาที่มีเกล็ดดิบหรือสุกๆดิบๆด้วยการบีบมะนาวหรือใส่เม็ดแดงจะทำให้พยาธิตาย						A3[]
4.การปรุงแลรับประทานอาหารดิบๆ เช่น ลาบดิบ ก้อยไข่มดแดง เป็นวิถีชีวิตของคนในชนบทดั้งเดิมจำเป็นต้องอนุรักษ์เอาไว้						A4[]
5.การรับประทานอาหารที่ทำจากปลาที่มีเกล็ดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เพียงครั้ง สองครั้ง ไม่ทำให้เกิดโรคหนองพยาธิ						A5[]

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	สำหรับผู้วิจัย
6.การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข ในเรื่องสุขนิสัย การรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ลำบาก หรือไม่สอดคล้องกับวิถีการ ดำเนินชีวิตของท่าน						A6[]
7.การล้างมือหลังจากใช้ห้องน้ำ/ขับถ่าย /การสัมผัสสุนัข ช่วยลดการติดเชื้อ หนองพยาธิได้						A7[]
8.การลดการติดเชื้อโรคหนองพยาธิทำ ได้โดยการกินยาถ่ายพยาธิเท่านั้น ไม่ จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพิ่มเติม						A8[]
9.การสวมใส่รองเท้าก่อนออกนอกบ้าน ช่วยลดการติดเชื้อหนองพยาธิ						A9[]
10.ครอบครัวที่มีพ่อแม่กินปลาดิบจะ ส่งผลให้ลูกๆกินปลาดิบด้วย						A10[]



ตอนที่ 4 บรรทัดฐานทางสังคม

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อความที่ตรงกับการสนับสนุนที่ได้รับมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การในการเลือกดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านยังบอกไม่ได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	สำหรับ ผู้วิจัย
1.คนชุมชนของท่านยังรับประทานปลา ดิบ						N1[]
2. คนในชุมชนของท่านผลิตปลาร้าดิบ						N2[]
3.การปลูกผักรับประทานเอง ยังพบอยู่ ในชุมชนและนิยมใส่ปุ๋ยจากมูลสัตว์						N3[]
4. มีการสร้างวัฒนธรรมชุมชนเรื่องไม่กิน ปลาดิบ						N4[]
5.มีการสร้างวัฒนธรรมชุมชนเรื่องการ ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร						N5[]
6.มีการรวมกลุ่มกันในการรับประทาน อาหารร่วมกันของคนในชุมชนด้านการ กินสุก						N6[]
7.ชุมชนให้ความสำคัญและร่วมกิจกรรม ต่าง ๆ เกี่ยวกับการไม่กินปลาดิบ						N7[]
8.ชุมชนของท่านประกาศเป็นชุมชน ปลอดการรับประทานอาหารดิบ						N8[]
9.ชุมชนของท่านประกาศเป็นชุมชน ปลอดพยาธิ						N9[]

ตอนที่ 5 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อความที่ตรงกับการสนับสนุนที่ได้รับมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การในการเลือกดังนี้

ได้รับเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านได้รับกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกสัปดาห์
ได้รับนานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับกิจกรรมนั้น 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ได้รับเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับกิจกรรมนั้น

ข้อ	ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับนานๆครั้ง	ไม่ได้เลย	สำหรับผู้วิจัย
1	ได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิจากบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง หรือ บุตรหลาน				F1[]
2	ได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิจากเพื่อนบ้าน				F2[]
3	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้คำแนะนำการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ				F3[]
4	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้คำแนะนำการป้องกันโรคหอนอนพยาธิ				F4[]
5	ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันโรคหอนอนพยาธิจากสื่อโทรทัศน์ หรือ หนังสือพิมพ์				F5[]
6	ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันโรคหอนอนพยาธิจากสื่อออนไลน์ เช่น Facebook, Line, YouTube				F6[]
7	ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันโรคหอนอนพยาธิจากหอกระจายข่าว				F7[]
8	ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง				F8[]
9	ได้รับสิ่งสนับสนุนสิ่งของ เงินทอง วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิจากบุคคลรอบข้าง				F9[]
10	ได้รับคำชื่นชมเมื่อสามารถป้องกันโรคหอนอนพยาธิทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น เดิน วิ่ง ร้องเพลง จากบุคคลรอบข้าง				F10[]
11	ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว				F11[]
12	ได้รับการกระตุ้นเตือนในการป้องกันโรคหอนอนพยาธิจากคนในครอบครัว				F12[]
13	รู้สึกว่าบุคคลรอบข้างรักและห่วงใยในตัวท่าน				F13[]

ข้อ	ข้อความ	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ รับ เลย	สำหรับ ผู้วิจัย
14	รู้สึกโดดเดี่ยวทั้ง ๆ ที่มีบุคคลรอบข้างมากมาย				F14 []
15	บุคคลรอบข้างคอยช่วยให้ท่านรู้สึกสบายใจ				F15[]
16	บุคคลรอบข้างคอยช่วยเหลือท่านในช่วงที่มีปัญหา				F16[]
17	บุคคลรอบข้างช่วยเหลือท่านในด้านการเงิน วัสดุ สิ่งของ ในยามที่ท่านต้องการ				F17[]
18	เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพท่านต้องดูแลตนเองเพียงลำพัง				F18[]
19	ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค หอนอนพยาธิ				F19[]
20	ได้รับข่าวสารในด้านต่าง ๆ จากสื่อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ				F20[]



ตอนที่ 6 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อโรคหนองพยาธิ

6.1. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1	การเป็นโรคหนองพยาธิมีโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดเป็นโรคโลหิตจางได้				H1[]
2	โรคหนองพยาธิเป็นโรคที่ต้องเสียเงินในการรักษามาก				H2[]
3	โรคหนองพยาธิไม่อันตรายเพราะมียาฆ่าพยาธิให้หายขาดได้ แล้ว				H3[]
4	โรคหนองพยาธิ หายเองได้โดยไม่ต้องรักษา				H4[]
5	ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหนองพยาธิ เมื่อมีอาการรุนแรงจะเป็น โรคโลหิตจาง เหนื่อยเพลียและเป็นสาเหตุของการหกล้ม				H5[]
6	การมีหนองพยาธิในตัวเราจะไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพราะพยาธิไม่ได้ ทำอันตรายต่อคน				H6[]
7	การกินปลาสุกๆดิบๆ หรือปลาดิบ นอกจากจะเสี่ยงต่อการเกิด โรคหนองพยาธิ พยาธิไปไม่ดับแล้ว ยังก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับได้				H7[]
8	โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นแล้วและสามารถหายได้เองตามกลไกการ ทำงานของร่างกาย				H8[]
9	เมื่อกินยาฆ่าพยาธิแล้วจะไม่ติดเชื้อหนองพยาธิซ้ำอีก				H9[]

6.2. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1	การไม่บริโภคปลาน้ำจืดที่ดิบๆ หรือสุกๆดิบๆ เป็นการป้องกัน โรคหนองพยาธิ					P1[]
2	การถ่ายอุจจาระลงในส้วม เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อโรคหนองพยาธิ					P2[]
3	การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิเป็นการลด ความเสี่ยงของการเกิดภาวะฟั่งฟิงในผู้สูงอายุได้ด้วย					P3[]
4	การกินยาฆ่าพยาธิไว้ก่อน เป็นการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิและพยาธิใบไม้ตับที่ดี					P4[]
5	การกินยาฆ่าพยาธิตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจะทำให้ท่านปลอดภัยและไม่ป่วยเป็นโรคหนองพยาธิ					P5[]
6	การกินอาหารสุกๆดิบๆ เช่น ก้อยปลา จะทำให้ก่อโรคหนองพยาธิ					P6[]
7	ในปัจจุบันปัญหาโรคหนองพยาธิได้รับการแก้ไขแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องมีการป้องกันโรคนี้อีกต่อไป					P7[]
8	ควรมีการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ เพื่อป้องกันการเกิดโรค หนองพยาธิ					P8[]
9	การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของ อสม. จะช่วยป้องกันการเกิด โรคหนองพยาธิ					P9[]

6.3. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1	การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิเป็นเรื่องที่ทำได้ยากสำหรับท่าน เพราะไม่รู้ว่าจะต้องไปตรวจที่ไหน				T1[]
2	การที่จะทราบว่า เป็นโรคหนองพยาธิหรือไม่ ต้องเสียเวลารอ ผลจากการตรวจอุจจาระก่อนจึงจะได้รับยา				T2[]
3	การป่วยเป็นโรคหนองพยาธิต้องเสียเวลาในการรักษานาน				T3[]
4	ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการกินสุกๆดิบๆ ที่ทำจากปลาน้ำจืด เพราะคนในครอบครัวชักชวน				T4[]
5	ท่านจำเป็นต้องถ่ายตามพื้นดิน ที่สวน ที่นาเพราะไม่มีส้วม				T5[]
6	การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิสำหรับท่านเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				T6[]
7	เมื่อไปงานสังคมทำให้ท่านต้องรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ที่ทำ จากปลาน้ำจืด				T7[]
8	ปลาร้าดิบรสชาติอร่อยมากจึงไม่สามารถเลิกกินได้				T8[]
9	การล้างมือก่อนการปรุงอาหารและก่อนกินอาหารเป็นเรื่อง ยุ่งยาก				T9[]
10	การปฏิบัติตามคำแนะนำของ อสม. เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				T10[]

6.4. ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านเชื่อมั่นว่าจะลด ละ เลิกการบริโภคปลาดิบ				S1[]
2	ท่านเชื่อมั่นว่าจะปฏิเสธ เมื่อเพื่อนชักชวนให้บริโภคปลาดิบ				S2[]
3	ท่านเชื่อมั่นว่าจะจะไม่กินปลาดิบ ถึงแม้จะมีอาหารประเภทปลา ดิบอยู่ในสำหรับอาหาร				S3[]
4	ท่านเชื่อมั่นว่าจะสามารถห้ามใจไม่ให้กินปลาดิบได้				S4[]
5	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่บริโภคปลาดิบ ถึงแม้คนในสังคมจะบริโภคก็ตาม				S5[]
6	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ซื้ออาหารที่ทำมาจากปลาดิบมารับประทาน				S6[]
7	ท่านเชื่อมั่นว่าเมื่อประกอบอาหารจากปลาน้ำจืด จะทำให้สุก ด้วยความร้อนทุกครั้ง				S7[]
8	ท่านเชื่อมั่นว่าจะล้างมือก่อนการกินอาหารได้ทุกครั้ง				S8[]
9	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ใจอ่อนถ้าโดนค้าย่นคยะยจะจากเพื่อนให้ บริโภคปลาดิบ				S9[]
10	ท่านเชื่อมั่นว่าเมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์จะไม่บริโภคปลาดิบได้				S10[]
11	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ถ่ายเรียรดตามพื้นดิน ท้องนา ที่สวน				S11[]
12	ท่านเชื่อมั่นว่าจะล้างมือก่อนการรับประทานอาหารได้ทุกครั้ง				S12[]
13	ท่านเชื่อมั่นว่าจะถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง				S13[]
14	ท่านเชื่อมั่นว่าจะมีการกำจัดขยะในบ้านและครัวเรือนอย่างเหมาะสม				S14[]

ตอนที่ 7 แบบวัดสภาวะสิ่งแวดล้อมในการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1	ท่านจัดเก็บขยะภายในบ้านและนอกบ้านตลอดเวลาเพื่อป้องกันหนูและการติดเชื้อพยาธิอื่นๆ				SA1[]
2	ท่านสวมรองเท้าก่อนออกนอกบ้านทุกครั้ง				SA2[]
3	เมื่อท่านสัมผัสน้ำเฉอะแฉะ ท่านจะล้างทำความสะอาดเท้าก่อนเข้าบ้านทุกครั้ง				SA3[]
4	.ในบ้านของท่านมีการเก็บสิ่งของภายในบ้านสะอาดเรียบร้อย				SA3[]
5	.ในบ้านของท่านไม่มีพาหะนำโรค เช่น หนู แมลงสาบฯ				SA4[]
6	ท่านถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง				SA5[]
7	ท่านมีส่วนร่วมที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ				SA6[]

ตอนที่ 8 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 ครั้งใน 1 เดือน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ที่	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	สำหรับ ผู้วิจัย
ท่านเคยรับประทานอาหารปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ชนิดใดบ้าง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา					
1	ลาบปลาดิบ				B1[]
2	ก้อยปลาดิบ				B2[]
3	ปลาชิวหึ่งตัวดิบๆ				B3[]
4	ส้มปลาดิบ				B4[]
5	ส้มตำปลาร้าดิบ				B5[]
6	ส้มปลาน้อย				B6[]
7	ส้มไข่ปลา				B7[]
8	หม่าซี้ปลา				B8[]
9	ปลาจ่อม				B9[]
10	แจ่วบอง ปลาร้าดิบ				B10[]
11	ปลาร้าดิบ				B11[]
12	ปลาหึ่งตัวดิบๆ				B12[]
การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ					
13.	ท่านล้างผักสดก่อนนำมารับประทานและ ก่อนปรุงอาหาร				B13[]
14.	ท่านตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอ				B14[]
15.	ท่านล้างมือ ก่อนและหลังรับประทาน อาหาร				B15[]
16.	ท่านล้างมือด้วยสบู่หลังถ่ายอุจจาระหรือเข้า ห้องส้วม				B16[]

17.	ท่านนำอุจจาระคนและสัตว์ไปทำปุ๋ย				B17[]
18.	ท่านถ่ายอุจจาระในบ้านพุ่มไม้				B18[]
19.	ท่านถ่ายอุจจาระตามท้องนา ไร่ สวน				B19[]
20.	ท่านทิ้งเศษขยะมูลฝอยลงถังขยะ				B20[]
21.	ท่านเลี้ยงสัตว์ เช่น หมู ไก่ วัว ในคอก				B21[]
22.	ท่านล้างจานด้วยน้ำยาล้างจาน				B22[]
23.	ท่านรับประทานอาหาร โดยใช้ช้อน				B23[]
24.	ท่านทำความสะอาดมูลสัตว์และขยะ บริเวณลานบ้าน				B24[]
25.	ท่านตัดเตียนบุตรหลาน เกี่ยวกับการล้าง มือ ตัดเล็บ ให้สะอาด หรือการขับถ่ายใน ส้วม				B25[]
26.	ท่านกินยาถ่ายพยาธิทุก ๆ 6 เดือน				B26[]
27.	ท่านส่งอุจจาระตรวจหาไข่หนอนพยาธิทุกปี				B27[]

***** ขอขอบพระคุณที่ช่วยตอบแบบสอบถาม *****



เลขที่แบบสัมภาษณ์ ID [] [] []

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....เบอร์โทรศัพท์.....

วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....

แบบสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรค

หนองพวยธิในผู้สูงอายุ อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการควบคุมและป้องกันโรคหนองพวยธิในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 7 ตอน ดังต่อไปนี้

แบบสัมภาษณ์นี้ให้ตอบคำถามทุกข้อ ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

- | | | |
|----------|---|--------------|
| ตอนที่ 1 | แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป | จำนวน 10 ข้อ |
| ตอนที่ 2 | แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพวยธิ | จำนวน 10 ข้อ |
| ตอนที่ 3 | แบบวัดการสนับสนุนด้านการสนับสนุนทางสังคม | จำนวน 12 ข้อ |
| ตอนที่ 4 | แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพวยธิ | จำนวน 9 ข้อ |
| ตอนที่ 5 | แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคหนองพวยธิ | จำนวน 9 ข้อ |
| ตอนที่ 6 | แบบวัดความพึงพอใจในการได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น | จำนวน 7 ข้อ |
| ตอนที่ 7 | แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคหนองพวยธิ | จำนวน 22 ข้อ |

ขอความกรุณาผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน ให้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอภาพรวม คำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใดต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน จะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อใช้วางแผนและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อหนองพวยธิในผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพ และขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นอย่างสูง

สุคนธ์ทิพย์ นรสาร

นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

แบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / หรือ X ในช่อง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... 1. เพศ

1 ชาย 2 หญิง gender []

2. อายุระหว่าง (เกิน 6 เดือนปัดเป็น 1 ปี) ปี age []

3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด education []

- 1 ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าชั้นประถม 2 ประถมศึกษา (ป.4 ป. 6)
 3 มัธยมศึกษาตอนต้น 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย เทียบเท่า
 5 สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย เทียบเท่า(ปวช.)

4. อาชีพหลักของท่านคือ occupation []

- 1 เกษตรกร 2 ค้าขาย / ทำธุรกิจ
 3 รับจ้าง 4 รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 5 อื่นๆ (ระบุ).....

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวท่านบาท/เดือน income []

6. การอยู่อาศัยภายในครอบครัวของท่าน status []

- 1 อยู่คนเดียว 2 อยู่กับคู่สมรส
 3 อยู่กับบุตร สมาชิก > 3 คน 4 อยู่กับญาติ สมาชิก > 5 คน
 5 อื่น ๆ (ระบุ).....

7. การเจ็บป่วย / โรคประจำตัว ของท่าน health status []

- 1 โรคเบาหวาน 2 โรคความดันโลหิตสูง
 3 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 4 โรคเรื้อรังอื่นๆ ระบุ.....
 5 ไม่มีโรคประจำตัว

8. ท่านเคยตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิหรือไม่ parasite []

- 1 เคย ไม่เคยตรวจ

9. ท่านเคยตรวจพบพยาธิชนิด Type of parasite []

- 1 ตับ 2 ปากขอ
- 3 แผลมีมา ไล่เดือน สตรองจิลอยด์สเตอโคลาติส
- 5 พยาธิชนิดอื่น ๆ ระบุ.....

10.ครอบครัวของท่านมีผู้ป่วยโรคเหล่านี้หรือไม่

- 10.1 โรคมะเร็งตับ ไม่มี มี ระบุ.....
- 10.2 โรคมะเร็งท่อน้ำดี ไม่มี มี ระบุ.....
- 10.3. โรคหนองพยาธิอื่น ๆ ไม่มี มี ระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อคำถามที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์การในการเลือกดังนี้

ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	สำหรับ ผู้วิจัย
1	โรคพยาธิปากขอ ไล่เดือนสตรองค์จิลอยด์ ติดต่อดโดยตัวอ่อนระยะติดต่อไขผ่านผิวหนัง			K1[]
2	โรคพยาธิใบไม้ตับ ติดต่อดได้โดยตัวอ่อนระยะติดต่อไขผ่านผิวหนัง			K2[]
3	โรคพยาธิใบไม้ตับ ติดต่อดได้โดยการกินไข่ระยะติดต่อ			K3[]
4	การไม่สวมรองเท้าเดินบนพื้นดินจะทำให้มีโอกาสติดโรคหนองพยาธิได้			K4[]
5	การไม่ล้างผัก ผลไม้ก่อนรับประทานอาหารจะทำให้ติดโรคหนองพยาธิได้			K5[]
6	การดื่มน้ำที่ไม่สะอาดจะทำให้ติดโรคหนองพยาธิได้			K6[]
7	ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารสุกๆดิบๆการกินอาหารสุกๆดิบๆ เช่น ก๋วยปลา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ก่อโรคหนองพยาธิ			K7[]
8	การไม่ถ่ายอุจจาระลงส้วม เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายโรคหนองพยาธิ			K8[]
9	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหนองพยาธิจะมีการไอ ไข้เล็กน้อยปวดท้อง แน่นท้อง เพื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน			K9[]
10	การล้างมือทุกครั้งหลังสัมผัสสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข เป็นการป้องกันการติดเชื้อหนองพยาธิ			K10[]

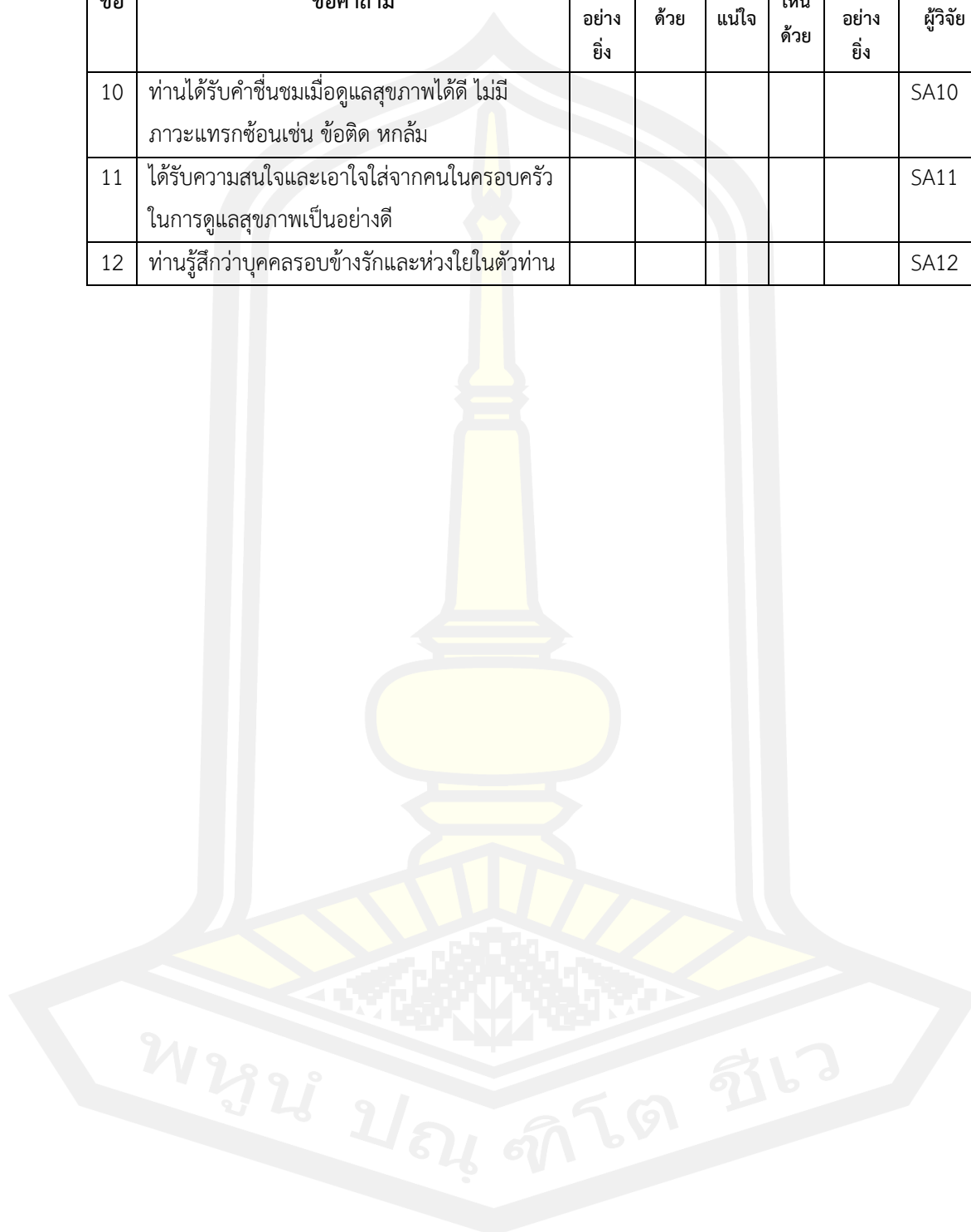
ตอนที่ 3 แบบวัดปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายของข้อความที่ตรงกับการสนับสนุนที่ได้รับมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การในการเลือกดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านยังบอกไม่ได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง หรือ บุตรหลาน						SA1
2	ท่านได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ราชการจัดให้อย่างสม่ำเสมอ						SA2
3	ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของท่านในปัญหาที่พบได้อย่างดี						SA3
4	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เช่น การป้องกันภาวะข้อติด หกล้ม แก่ท่าน						SA4
5	อาสาสมัครประจำหมู่บ้านให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันข้อติด หกล้ม						SA5
6	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะข้อติด หกล้มฯ จากสื่อโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ เช่น Facebook, Line, YouTube						SA6
7	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันภาวะข้อติด หกล้ม จากหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน						SA7
8	ท่านได้รับสิ่งสนับสนุนสิ่งของ เงินทอง วัสดุ อุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันภาวะหกล้ม ข้อติดจากชุมชน						SA8
9	ท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จากหน่วยงานภาครัฐ อบต. อย่างสม่ำเสมอ						SA9

ข้อ	ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	สำหรับ ผู้วิจัย
10	ท่านได้รับคำชื่นชมเมื่อดูแลสุขภาพได้ดี ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนเช่น ข้อติด หกล้ม						SA10
11	ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี						SA11
12	ท่านรู้สึกว่าคุณครอบครัวรักและห่วงใยในตัวท่าน						SA12



ตอนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
1	การไม่บริโภคปลาน้ำจืดที่ดิบๆ หรือสุกๆดิบๆ เป็นการป้องกัน โรคหนองพยาธิ					P1[]
2	การถ่ายอุจจาระลงในส้วม เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อโรคหนองพยาธิ					P2[]
3	การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิ เป็นการลด ความเสี่ยงของการเกิดภาวะฟั่งฟ็งในผู้สูงอายุได้ด้วย					P3[]
4	การกินยาฆ่าพยาธิไว้ก่อน เป็นการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิและพยาธิใบไม้ตับที่ดี					P4[]
5	การกินยาฆ่าพยาธิตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจะทำให้ท่านปลอดภัยและไม่ป่วยเป็นโรคหนองพยาธิ					P5[]
6	การกินอาหารสุกๆดิบๆ เช่น ก้อยปลา จะทำให้อ่อนแอโรคหนองพยาธิ					P6[]
7	ในปัจจุบันปัญหาโรคหนองพยาธิได้รับการแก้ไขแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องมีการป้องกันโรคนี้อีกต่อไป					P7[]
8	ควรมีการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ เพื่อป้องกันการเกิดโรค หนองพยาธิ					P8[]
9	การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของ อสม. จะช่วยป้องกันการเกิด โรคหนองพยาธิ					P9[]

ตอนที่ 5.ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านเชื่อมั่นว่าจะลด ละ เลิกการบริโภคปลาดิบ					S1[]
2	ท่านเชื่อมั่นว่าจะปฏิเสธ เมื่อเพื่อนชักชวนให้บริโภคปลาดิบ					S2[]
3	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่บริโภคปลาดิบ ถึงแม้คนในสังคมจะบริโภคก็ตาม					S4[]
4	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ซื้ออาหารที่ทำมาจากปลาดิบมารับประทาน					S4[]
5	ท่านเชื่อมั่นว่าเมื่อประกอบอาหารจากปลาน้ำจืด จะทำให้สุก ด้วยความร้อนทุกครั้ง					S5[]
6	ท่านเชื่อมั่นว่าจะล้างมือก่อนการกินอาหารได้ทุกครั้ง					S6[]
7	ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่ถ่ายเรียรดตามพื้นดิน ท้องนา ที่สวน					S7[]
8	ท่านเชื่อมั่นว่าจะล้างมือก่อนการรับประทานอาหารได้ทุกครั้ง					S8[]
9	ท่านเชื่อมั่นว่าจะมีการกำจัดขยะในบ้านและครัวเรือนอย่างเหมาะสม					S9[]

ตอนที่ 6 แบบวัดความพึงพอใจในการได้รับการดูแลตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหนองพยาธิ.

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ในการเลือกดังนี้ 1 น้อยที่สุด, 2 น้อย, 3 ไม่แน่ใจ, 4 มาก, 5 มากที่สุด

ข้อความ	5	4	3	2	1	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านได้รับการดูแลสม่ำเสมอจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อปท.						
2. ท่านได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจนท. สาธารณสุข. ตามความต้องการและปัญหาที่พบ						SAT1 []
3. ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติตัวของท่าน เช่น การล้างมือ การรับประทานอาหารสุก และการขับถ่ายอุจจาระลงส้วม						SAT2 []
4. ท่านได้รับสิทธิในการร่วมตัดสินใจในการได้รับการบริการของท่าน						SAT3 []
5. ท่านพึงพอใจในระยะเวลาในการให้บริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ						SAT4 []
6. ท่านได้รับการดูแลจากเพื่อนบ้าน ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ						SAT5 []
7. ท่านมีความสุขจากการดูแลของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบุคลากรสาธารณสุข						SAT6 []



ตอนที่ 7 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 ครั้งใน 1 เดือน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ที่	ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	สำหรับ ผู้วิจัย
1.ท่านเคยรับประทานอาหารปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ชนิดใดบ้าง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา					
1	ลาบปลาดิบ				B1[]
2	ก้อยปลาดิบ				B2[]
3	ปลาชิวหึ่งตัวดิบๆ				B3[]
4	ส้มปลาดิบ				B4[]
5	ส้มตำปลาร้าดิบ				B5[]
6	ส้มปลาน้อย				B6[]
7	ส้มไข่ปลา				B7[]
8	หม่าซี้ปลา				B8[]
9	ปลาจ่อม				B9[]
10	แจ่วบอง ปลาร้าดิบ				B10[]
11	ปลาร้าดิบ				B11[]
12	ปลาหึ่งตัวดิบๆ				B12[]
2.การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหนองพยาธิ					
13.	ท่านล้างผักสดก่อนนำมารับประทานและ ก่อนปรุงอาหาร				B13[]
14.	ท่านต้มน้ำก่อนนำมาดื่ม				B14[]
15.	ท่านตัดเล็บมือให้สั้นอยู่เสมอ				B15[]
16.	ท่านล้างมือ ก่อนและหลังรับประทานอาหาร				B16[]
17.	ท่านล้างมือด้วยสบู่หลังถ่ายอุจจาระหรือเข้า ห้องส้วม				B17[]
18.	ท่านนำอุจจาระคนและสัตว์ไปทำปุ๋ย				B18[]

19.	ท่านทิ้งเศษขยะมูลฝอยลงถังขยะ				B19[]
20.	ท่านเลี้ยงสัตว์ เช่น หมู ไก่ วัว ในบริเวณบ้าน				B20[]
21.	ท่านกินยาถ่ายพยาธิทุก ๆ 6 เดือน				B21[]
22.	ท่านส่งอุจจาระตรวจหาไข่หนอนพยาธิทุกปี				B22[]

***** ขอขอบพระคุณในการตอบแบบสัมภาษณ์ *****

แนวคำถามการประชุมกลุ่ม/การระดมความคิดเห็น/การสนทนากลุ่ม

- 1 สถานการณ์โรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นอย่างไร
 - 1.1 อะไรเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้บ้าง
 - 1.2 ผลกระทบจากการเกิดโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร
 - 1.2.1 โรคหนอนพยาธิก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายอย่างไรบ้าง
 - 1.2.2 โรคหนอนพยาธิก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตสังคมอย่างไร
 - 1.2.3 โรคหนอนพยาธิก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมอย่างไร
 - 1.2.4 โรคหนอนพยาธิก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างไร
- 2 ท่านมีประสบการณ์ในการป้องกันโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างไร
 - 2.1 ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับบุคคลเป็นอย่างไร
 - 2.2 ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับครอบครัวเป็นอย่างไร
 - 2.3 ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับชุมชนเป็นอย่างไร
 - 2.4 กิจกรรมป้องกันภาวะติดเชื้อหนอนพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ท่านรับทราบมีอะไรบ้าง
 - 2.5 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรบ้างกับกิจกรรมที่เคยปฏิบัติมา เหมาะสมและสมควรที่จะดำเนินการต่อหรือไม่ อย่างไรในแต่ละกิจกรรม

3. แนวทางในการป้องกันภาวะ การติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรเป็นอย่างไร

3.1 ใครบ้างในชุมชนของท่าน (เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตัวท่านเอง เป็นต้น) มีส่วนช่วยในการป้องกันภาวะ การติดเชื้อในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีส่วนอย่างไร

3.2 กิจกรรมการป้องกันภาวะ การติดเชื้อในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรจะเป็นอย่างไร

4. ท่านต้องการกิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในแบบการดูแลระยะยาวหรือไม่

5. ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงอย่างไรบ้าง

6. ท่านรู้จักบุคคลเหล่านี้หรือไม่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)) บุคคลเหล่านี้มีบทบาทอย่างไรบ้าง



แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ลักษณะของภาวะ การติดเชื้อโรคหนองพยาธิเป็นอย่างไร
2. อะไรเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ท่านเกิดการติดเชื้อหนองพยาธิ
3. ภาวะติดเชื้อหนองพยาธิก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไร
4. ท่านคิดอย่างไรกับภาวะติดเชื้อหนองพยาธิ
5. แนวทางในการป้องกันภาวะติดเชื้อหนองพยาธิ ควรเป็นอย่างไร
6. ท่านรู้จักคำว่าพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่ และพฤติกรรมเสี่ยงของท่านต่อการติดเชื้อหนองพยาธิ มีอย่างไรบ้าง
7. ท่านมีวิธีการในการเลิกพฤติกรรมเสี่ยงอย่างไรบ้าง ยกตัวอย่างมา 1 ข้อ
8. ใครบ้างในชุมชนของท่าน ที่มีส่วนในการป้องกันในการติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง และมีส่วนอย่างไร
9. กิจกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรเป็นอย่างไร

แนวทางการจัดประชุมกลุ่ม/ระดมความคิดเห็น

1. ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม/ระดมความคิดเห็น/การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับ
 - 1.1 สถานการณ์ภาวะโรคติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหมู่บ้าน
 - 1.2 ประสบการณ์ในการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - 1.3. พฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอย่างไรบ้าง
 - 1.3 แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในป้องกันภาวะโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอย่างไรบ้าง
2. ดำเนินการระดมความคิดเห็น โดยการแจกกระดาษเอ 4 ให้กับผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อให้เขียนความคิดเห็น เกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้
 - 2.1 แนวทางในการป้องกันโรคหนองพยาธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนควรเป็นอย่างไร
 - 2.2 จะพัฒนาการป้องกันโรคหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างไร
 - 2.3 จะทำอย่างไรจึงจะเกิดแนวทางในการป้องกันโรคติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ร่วมกันสรุปแนวทางการป้องกันภาวะติดเชื้อหนองพยาธิในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



แบบสังเกตการณ์การจัดบริการในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โดยอาสาสมัครผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัน / เดือน / ปี เวลา..... สถานที่

1. สภาพแวดล้อมภายในหมู่บ้าน เช่น ลักษณะการตั้งของบ้านเรือน การมีส่วนร่วมใช้ แหล่งน้ำในชุมชน การจัดบ้าน การกำจัดขยะ.....

2. แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว สุขภาพทางจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพกาย สุขภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอย่างไรบ้าง.....

3. บรรทัดฐานทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น แนวปฏิบัติร่วมกัน กฎเกณฑ์ จารีตประเพณี.....

4. ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ความเสื่อมถอยทางกาย วัย ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เป็นอย่างไร

5. หน่วยงานใดบ้างที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ท่านมีแผนงานอะไรบ้างในการแก้ปัญหาภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ

6. ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร / ผลสรุปท่านคิดว่าแก้ไขปัญหาได้หรือไม่ ผู้สูงอายุพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร

พูน ปลูก ทัต (ชั่ว)
ผู้บันทึกการสังเกต

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	สุคนธ์ทิพย์ นรสาร
วันเกิด	14 มิถุนายน 2511
สถานที่เกิด	อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	68 หมู่ 6 ตำบลหนองบัวแดง อำเภอกิตติภูมิ จังหวัดศรีสะเกษ 33160
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเตือ ตำบลคลีกลิ้ง อำเภอกิตติภูมิ จังหวัดศรีสะเกษ 33160
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2533 ประกาศนียบัตรวิชาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (ป.พ.ส.) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี พ.ศ. 2556 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2564 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุต์ ปณฺฑิต โท ชีวะ