

## บทสรุปผู้บริหาร

การวิจัย เรื่อง “รูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ” ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน เพื่อศึกษาสภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับการบริการในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุพิการ และเพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (Applied Research) ศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology) การศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากผู้สูงอายุพิการ จำนวน 720 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ จำนวน 720 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการศึกษาสถานบริการที่จัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการสูงอายุในประเทศไทย การจัดเวทีประชุมเพื่อถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุพิการ บุคคลซึ่งดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แกนนำชุมชน อาสาสมัคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่อการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุพิการ/ผู้พิการสูงอายุ และจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group)

**ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการ ดังนี้**

1. รูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน มี 5 รูปแบบหลักที่สำคัญ ได้แก่

1.1 รูปแบบการจัดบริการโดยภาครัฐ รูปแบบนี้ถือเป็นกลไกหลักหรือกระแสหลัก ของการจัดบริการผู้สูงอายุพิการ โดยรัฐเป็นศูนย์กลาง ในรูปแบบสถาบันของรัฐที่บุคลากรของรัฐเป็นเจ้าของหลัก เนื่องจากภาครัฐมีความพร้อมด้านทรัพยากรสูงทั้งบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร พื้นที่ดำเนินงานและต้นทุนความรู้เดิมในการบริหารจัดการ

1.2 รูปแบบการให้บริการที่จัดโดยภาคเอกชนและองค์การสาธารณกุศล ซึ่งเกิดจากการจัดตั้งกลุ่ม สร้างเสริมความเข้มแข็งแก่องค์กรชาวบ้าน องค์กรชุมชนกลุ่มต่างๆ มีการส่งเสริมให้จัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือในกลุ่มปัญหาต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้าถึงปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้ลึกซึ้งกว่า เพราะวิธีการทำงานจะมีลักษณะเกาะติดปัญหาอย่างเอาใจใส่จริงจัง เป็นการทำงานที่มีเป้าหมายทั้งยกระดับความตระหนักรู้ของชุมชน ร่วมไปกับการรณรงค์และการเคลื่อนไหวทางสังคม จะเน้นการให้ข้อมูลทางเลือกเพื่อสร้างความเข้าใจแก่สังคม แต่ด้วยความจำกัดด้านทรัพยากรและกำลังคน จึงทำให้ไม่สามารถขยายผลของงานได้อย่างกว้างขวางนัก

1.3 รูปแบบให้บริการที่จัดโดยภาคธุรกิจเอกชน ซึ่งยังไม่มีกฎหมายที่ควบคุมอย่างเป็นระบบ แต่ก็ให้บริการทางเลือกสำหรับผู้ที่มีรายได้สูง ซึ่งเริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้นในเมืองใหญ่ๆ ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี

1.4 รูปแบบให้บริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผลจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ส่งผลบังคับให้เกิดการกระจายอำนาจ การ

จัดการสวัสดิการและการดูแลด้านสาธารณสุขประโยชน์ ของชุมชนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นรูปแบบการ ให้บริการที่มีข้อกำหนดรูปแบบที่เป็นทางการ ชัดเจนตามกฎหมาย ทั้งนี้ภาครัฐมีภารกิจต้องเร่งสร้าง กระบวนการเรียนรู้ให้กับภาคท้องถิ่นที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการที่เหมาะสม โดยเฉพาะการ ให้ความรู้ ความเข้าใจต่อเรื่องสวัสดิการ

1.5 รูปแบบให้บริการแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะ โดยมีหลักการมีส่วนร่วมถือเป็น หลักการพื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ปัญหา เพื่อ วิเคราะห์หารูปแบบทางเลือกใหม่ๆ มิติการทำงานจึงเป็นแนวราบมากกว่าแนวดิ่ง การเปิดโอกาสให้ คนทุกคนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการเข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมโต้แย้ง ร่วมรับรู้ ร่วม วิพากษ์วิจารณ์ซึ่งกันและกัน การหาประชาคมติร่วมกันจากทุกภาคส่วนในการให้บริการ หากการ ให้บริการที่จัดไม่เหมาะสมก็จะใช้ประชาคมติร่วมกันปรับปรุง แก้ไข กฎ ระเบียบเพื่อให้เกิดสิทธิ ประโยชน์ร่วมกัน และมีการพัฒนาการให้บริการไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

## 2. สถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับการ บริการ ในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุพิการ

2.1 สถานภาพผู้สูงอายุพิการ ส่วนใหญ่ การศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ไม่ได้ ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ พิจารณาทางเคลื่อนไหว และได้จดทะเบียนคนพิการแล้ว การพิจารณา ส่วนใหญ่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ และความชรา พบความพิการเมื่ออายุ 60 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ ไม่ได้เป็น สมาชิกกลุ่ม หรือชมรม และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม กายอุปกรณ์ที่ใช้ ส่วนใหญ่เป็นไม้เท้า และไม้เท้า สามขา รถเข็น ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับบุตร และคู่สมรส ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง การ รักษาพยาบาล ใช้สิทธิ์บัตรทอง / 30 บาท และบัตรผู้พิการ ไม่มีประกันชีวิต ได้รับการช่วยเหลือเบี้ย ยังชีพคนพิการ ได้รับแจกเครื่องอุปโภค บริโภคเป็นครั้งคราว และบางส่วนได้รับการ รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ผู้สูงอายุพิการประสบปัญหาด้านการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ ขาดค่าใช้จ่ายในการ เดินทางไปรักษาพยาบาล มีปัญหาขาดกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ ปัญหาด้านสวัสดิการที่จำเป็นต่อ การดำรงชีวิต ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ไม่มีอาชีพ ปัญหาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ใน การดำรงชีวิตประจำวัน และปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพิการ ส่วนใหญ่มีปัญหาหัวใจ/ความ ดัน/เบาหวาน กระดูก มีปัญหาทางการขับถ่าย

ความต้องการได้รับการบริการในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมและการ จัดบริการด้านสุขภาพ

1) ด้านการศึกษา ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการ อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในประเด็น (1) การได้รับข่าวสารด้านสิทธิและสวัสดิการจากภาครัฐ (2) ความรู้ทางด้าน สิทธิทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล (3) การเรียนรู้ทักษะในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับความ พิการ

2) ในด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการ อยู่ในระดับปาน กลาง โดยเฉพาะประเด็น (1) ปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมกับสภาพความ

พิการ (2) บ้านที่อยู่อาศัยมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก (3) ห้องน้ำ/ห้องส้วมอยู่ภายในบ้านและเป็นแบบนั่งห้อยเท้า

3) ด้านการทำงานและการมีรายได้ ในภาพรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะประเด็น (1) การส่งเสริมการออมและการลงทุน (2) การจัดหาอาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุพิการ (3) การจัดหาแหล่งเงินทุนในการประกอบอาชีพ

4) ด้านนันทนาการ ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในประเด็น (1) การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (2) การให้ความช่วยเหลือทางสังคมของผู้สูงอายุพิการ (3) การเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น

5) ด้านกระบวนการยุติธรรม ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในประเด็น (1) การเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ ผู้สูงอายุพิการ (2) การเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุพิการ (3) การจดทะเบียนและการได้รับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมาย

6) ด้านบริการทางสังคมทั่วไป ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็น (1) การบริการทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุพิการในโรงพยาบาล (2) การสนับสนุนค่าใช้จ่าย เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร เครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น (3) การอำนวยความสะดวกในสถานที่ของรัฐ

7) ด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็น (1) ได้รับความรักความเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคม (2) ได้อยู่พร้อมหน้าในหมู่ลูกหลาน ผู้สูงอายุพิการ (3) ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพิการ

## 2.2 สถานภาพและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ ส่วนใหญ่ อยู่ในวัยทำงาน จบประถมศึกษา ทำอาชีพเกษตรกร และรับจ้าง ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ทักษะ ได้รับการอบรมทางด้าน การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ส่วนใหญ่ดูแลมา 2-5 ปี ไม่ได้เข้ากลุ่ม ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

ปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุพิการ ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ/การประกอบอาชีพ ปัญหาด้านสุขภาพจิต/ความเครียด ปัญหาด้านสุขภาพกาย/การพักผ่อนไม่เพียงพอ

1) ความต้องการได้รับการบริการในด้านการศึกษา มีความต้องการได้รับบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในประเด็น (1) การได้รับข่าวสารด้านสิทธิและสวัสดิการจากภาครัฐ (2) การได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของผู้สูงอายุพิการ (3) การได้รับความรู้วิธีปฏิบัติกรณีเผชิญเหตุฉุกเฉิน

2) ความต้องการได้รับการบริการในด้านที่อยู่อาศัย มีความต้องการได้รับบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็น (1) ปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมกับสภาพความพิการ (2) บ้านที่อยู่อาศัยมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก (3) บ้านที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างที่เพียงพอ

3) ความต้องการได้รับการบริการในด้านการทำงานและการมีรายได้ มีความต้องการได้รับบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในประเด็น (1) การสนับสนุนเงินทุนในการประกอบอาชีพ (2) การจัดหาวัตถุดิบในการประกอบอาชีพ (3) การประกอบอาชีพเสริมที่บ้าน

4) ความต้องการได้รับการบริการในด้านนันทนาการ มีความต้องการได้รับบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็น (1) การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (2) การเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น (3) การเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม การเข้ากลุ่ม

5) ความต้องการได้รับการบริการในด้านกระบวนการยุติธรรม มีความต้องการได้รับการบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็น (1) ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้เข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุพิการ (2) ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการจดทะเบียนและการได้รับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมาย (3) ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม

6) ความต้องการได้รับการบริการในด้านบริการทางสังคมทั่วไป มีความต้องการได้รับการบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็น (1) สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือดูแลสนับสนุนด้านอื่นๆ แก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุพิการ (2) สมาชิกในครอบครัวช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน (3) มีชมรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ดูแลและผู้สูงอายุพิการ

7) ความต้องการได้รับการบริการในด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็น (1) การได้ความรักและความห่วงใยและการให้กำลังใจจากครอบครัว (2) มีอาสาสมัครมาพบปะพูดคุยเพื่อให้กำลังใจ (3) การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด

### 3. รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสม

รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสม จากผลการศึกษา ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะ และ รูปแบบการบริการทางเลือก เช่น รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล รูปแบบการบริการโดยครอบครัว

#### 1) รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การทำงานในรูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน เป็นรูปแบบการให้บริการที่มีข้อกำหนดรูปแบบที่เป็นทางการ ชัดเจนตามกฎหมาย และมีแผนพัฒนาตามนโยบายของรัฐบาล และปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานเป็นหลัก มีหน่วยงานสำนักงานที่ชัดเจน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงาน ดังนี้

- (1) สำรวจชุมชน คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้สูงอายุพิการ
- (2) จัดทำข้อบัญญัติของ อบต.หรือเทศบาล
- (3) จัดทำแผนตำบล
- (4) จัดสวัสดิการ สนับสนุนงบประมาณ
- (5) จัดหาอุปกรณ์
- (6) จัดหา/สร้าง/ปรับปรุงสถานที่
- (7) สร้างภาคีเครือข่าย อาสาสมัคร
- (8) สร้างอาชีพ จัดหาตลาด
- (9) ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาและวิถีชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุพิการ
- (10) เกื้อหนุนให้เกิดสังคมเอื้ออาทร

## 2) รูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะ

การทำงานในรูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี โดยภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีความเข้มแข็ง โดยกลไกภาคประชาสังคม มีการดำเนินงาน ดังนี้

- (1) มีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการ
- (2) การเปิดโอกาสให้คนทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วม
- (3) การหาประชาคมติร่วมกันจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการ
- (4) เป็นระบบพหุภาคี ที่มีการร่วมดำเนินการทุกภาคส่วน หน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น กลุ่ม/องค์กรชุมชน อาสาสมัครต่างๆ โดยผ่านการจัดตั้งเป็นกองทุนชุมชน
- (5) มีหน่วยงานหรือศูนย์บริการหลักภายในชุมชน
- (6) มีการรวมกลุ่มเพื่อสร้างอาชีพ และรายได้
- (7) รัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาหนุนเสริมเพื่อความยั่งยืน
- (8) หน่วยงานเอกชนเข้ามาร่วมสนับสนุนงบประมาณ
- (9) มีการขับเคลื่อนกิจกรรมโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน
- (10) พหุภาคีดำเนินงานแบบสังคมเอื้ออาทร

3. รูปแบบการบริการทางเลือก เช่น รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล รูปแบบการบริการที่บ้านโดยชุมชน เป็นต้น

### 3.1 รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน

รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน เป็นบริการทางเลือกสำหรับผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างสูง เพราะเป็นการบริการที่มีค่าใช้จ่ายซึ่งค่อนข้างสูง ซึ่งรัฐยังไม่มีกำหนดมาตรฐานกลาง และการดูแลกำกับที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ โดยอาจจะมิระเบียบหรือมาตรการต่างๆ ในการควบคุม เช่น สถานบริการผู้สูงอายุพิการ จะต้องจดทะเบียนกับรัฐ และให้การดูแลผู้สูงอายุพิการเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ควรมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุพิการ สำหรับสถานบริการให้ครอบคลุมทั้งด้าน โครงสร้างทางกายภาพของสถานบริการ การบริหารจัดการการดูแล ประเภทและคุณลักษณะบุคลากรที่มสหสาขา และระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการที่ต้องได้มาตรฐานตามที่รัฐบาลกำหนด ราคาค่าบริการที่ต้องเหมาะสม เป็นต้น

### 3.2 รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล

รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล ถือเป็นบริการทางเลือกที่ช่วยแบ่งเบาการให้บริการจากภาครัฐ ซึ่งอาจจะมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการอยู่บ้าง แต่ไม่สูงมากนัก สามารถเข้าถึงบริการได้ไม่ยากมาก ซึ่งรัฐบาลควรต้องพัฒนาและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุพิการ เพื่อให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ โดยอาจจะมิระเบียบหรือมาตรการต่างๆ ในการควบคุม เช่นเดียวกับการให้บริการโดยภาคธุรกิจเอกชน โดยสถานบริการผู้สูงอายุพิการ จะต้องจดทะเบียนกับรัฐ ในรูปแบบของการให้บริการโดยองค์กรสาธารณกุศล ที่ไม่หวังผลกำไร เพื่อให้รัฐสามารถควบคุมได้ในเรื่อง การจัดตั้ง มาตรฐานด้านผู้บริหารสถานบริการดูแลผู้สูงอายุพิการที่ควรเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ คุณภาพการให้บริการที่ต้องได้มาตรฐานตามที่รัฐกำหนด ราคาค่าบริการที่

ต้องเหมาะสม เป็นต้น และนอกจากนี้รัฐบาลยังต้องให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ แก่สถานบริการ ผู้สูงอายุพิการ ซึ่งเป็นองค์กรสาธารณกุศล เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐ

### 3.3 รูปแบบการบริการที่บ้านโดยชุมชน

รูปแบบการบริการที่บ้านโดยชุมชน ซึ่งเป็นระบบบริการปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในแง่ของจำนวนและศักยภาพของบุคลากร ในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุพิการ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในโรงพยาบาลและบริการเชิงรุก และโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้พิการ จัดทีมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุพิการ ซึ่งการให้บริการที่บ้านโดยชุมชนต้องอาศัยความสามารถของครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุพิการด้วย ซึ่งครอบครัวต้องใช้ทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัว หากปราศจากมาตรการเกื้อหนุนจากภาครัฐและชุมชน ที่เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. รูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ ไม่ว่าจะเลือกรูปแบบใดในการดำเนินการ สิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ คือ ตัวผู้สูงอายุพิการเอง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ ตัวผู้สูงอายุพิการ ต้องมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองและยอมรับสภาพความพิการ มีกำลังใจที่จะต่อสู้และพร้อมที่จะรับการฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาจิตใจให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem) ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ดูแล จะต้องตระหนักในภาระหน้าที่ ที่อาจต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทั้งการดูแลด้านอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การขับถ่าย การสวนอุจจาระ การทำความสะอาดร่างกาย การพุงเข้าห้องน้ำ การขยับตัวเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ การปฐมพยาบาลกายภาพบำบัดเบื้องต้น การให้ยา และการสังเกตอาการ งานเหล่านี้เป็นงานที่จำเจและอาจน่ารังเกียจ สร้างความเบื่อหน่ายได้ง่าย ยิ่งกว่านั้นยังต้องการความใส่ใจ ความละเอียดรอบคอบเป็นพิเศษ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุพิการโดยตรง จะต้องคอยให้กำลังใจทั้งผู้สูงอายุพิการและผู้ดูแล ไม่ปล่อยให้เป็นที่พึ่งของผู้ดูแลเพียงผู้เดียว แม้จะมีการให้ค่าตอบแทนก็ตาม

2. แนวคิด การให้บริการผู้สูงอายุพิการ ต้องเน้นให้เกิดการแก้ไขฟื้นฟูตนเองเป็นพื้นฐาน ให้ดำรงชีวิตอยู่ได้เยี่ยงคนปกติมากที่สุดด้วยสภาพจิตใจที่ไม่ท้อแท้ในโชคชะตา อยู่อย่างมีความหวัง และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายและโอกาส

3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ควรเร่งส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ โดยทำความเข้าใจกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เห็นความสำคัญของการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยการประชุมสัมมนาผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการทำข้อตกลงกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เพื่อให้เกิดความร่วมมืออย่างเต็มที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการผลักดันเป็นนโยบายหลักของท้องถิ่น

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีบทบาทหลักในการจัดทำฐานข้อมูลคนพิการในพื้นที่ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ อาทิเช่น ข้อมูลภาพรวม ลักษณะและประเภทความพิการ โดยเฉพาะ

ข้อมูลคนสูงอายุพิการควรมีการสำรวจถึงสาเหตุของความพิการ ความต้องการและปัญหา และนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์เพื่อหารูปแบบการบริการที่เหมาะสม และวางแผนการดำเนินงาน โดยให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กลุ่มคนพิการและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน

5. ในการให้บริการผู้สูงอายุพิการ ควรมีการจัดประเภทตามความรุนแรง 3 ประเภท คือ

1) ผู้สูงอายุพิการที่มีภาวะสุขภาพไม่รุนแรง มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ แต่ต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว และการช่วยเหลือจากชุมชนในด้านต่าง ๆ ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุพิการที่ติดบ้านไม่สะดวกในการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน จึงต้องมีบริการเข้าไปดูแลและเยี่ยมเยียนที่บ้านในด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ 3) ผู้สูงอายุพิการที่มีภาวะสุขภาพติดเตียง หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เป็นหลักและการบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) การให้บริการตามประเภทความรุนแรง จึงเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนปฏิบัติการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ตรงกับสภาพข้อเท็จจริงที่สุด

6. ควรจัดให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการ ด้วยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพ โภชนาการ การจัดการภาวะความเครียด การเสริมสร้างความตระหนักในคุณค่าของตนเอง การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน สิ่งเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งและชะลอความเสื่อมของสุขภาพกาย

7. อาสาสมัครในชุมชนที่ทำงานเพื่อคนพิการ ควรได้รับความสำคัญและยกย่องว่าเป็นผู้เสียสละเวลาและชีวิตส่วนตัว หุ่เมททั้งกำลังกาย กำลังใจอย่างแท้จริง แต่ถึงแม้จะทำงานด้วยจิตอาสาไม่หวังผลตอบแทน กลุ่มคนเหล่านี้ก็ควรได้รับการดูแลจากคนในสังคมเช่นเดียวกันเพื่อให้สามารถดำรงความเป็นอาสาสมัครได้อย่างยั่งยืน การยกย่องเชิดชูเกียรติเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การได้รับค่าตอบแทนเป็นตัวเงินที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นในสถานการณ์เศรษฐกิจปัจจุบัน

8. มีผู้สูงอายุพิการบางส่วนต้องการมีรายได้เป็นของตนเอง ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมที่สร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุพิการหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการด้วย เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเอง โดยอาจเป็นกิจกรรมที่ไม่เกิดความเครียด เช่น การทำน้ายาล้างจาน น้ายาอบน้ำ-สระผม เป็นต้น ซึ่งผลิตภัณฑ์นอกจากจะไว้ใช้เองในครอบครัวแล้ว ที่เหลือองค์กรที่เกี่ยวข้องควรรับซื้อเพื่อจำหน่ายเป็นรายได้กลับคืนสู่ผู้สูงอายุพิการ หรือเก็บไว้เป็นของช่วยเหลือแจกในงานต่างๆ ของชุมชนต่อไป

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภาพ	ฉ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ปัญหาที่ต้องการทราบ	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย	3
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	4
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	4
<b>บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและคนพิการ	5
2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	15
2.3 กฎหมาย นโยบาย และมาตรการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและคนพิการ	17
2.4 รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน	29
2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	39
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
3.1 ศึกษาารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน	40
3.2 ศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ	40
3.3 นำเสนอรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ	47
<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b>	
ตอนที่ 1 ศึกษาารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน	48
ตอนที่ 2 ศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคม	54
ตอนที่ 3 นำเสนอรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ	88
<b>บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ</b>	
5.1 สรุปผลการวิจัย	99
5.2 อภิปรายผล	101
5.3 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	106



## สารบัญ (ต่อ)

บรรณานุกรม	108
ภาคผนวก	111
ก. แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุพิการ	112
ข. แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ	120
คณะผู้ดำเนินการวิจัย	127

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 แสดงการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ ตามลักษณะของจิตสังคมชีววิทยา	6
2.2 แสดงการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ ตามอายุและภาวะสุขภาพทั่วไป	7
4.1 แสดงความแตกต่างของการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุพิการที่ดำเนินการโดยชุมชน ภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	52
4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	54
4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการ จำแนกตามประเภทและ สถานภาพการจดทะเบียนผู้พิการ	56
4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการ จำแนกตามสาเหตุ และอายุเมื่อแรกพบความพิการ	57
4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการ จำแนกตาม การเข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม	58
4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการ จำแนกตาม การใช้กายอุปกรณ์	59
4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการ จำแนกตาม ผู้ที่ผู้สูงอายุพิการอาศัยอยู่ด้วย	60
4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการ จำแนกตาม การดูแลช่วยเหลือ	61
4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการ จำแนกตาม ปัญหาที่ประสบ	62
4.10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการใน ด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุพิการ โดยรวม	64
4.11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านการศึกษา สำหรับผู้สูงอายุพิการ	65
4.12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านที่อยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุพิการ	66
4.13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านการทำงานและการมีรายได้ สำหรับผู้สูงอายุ พิการ	67
4.14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านนันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุพิการ	68
4.15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านกระบวนการยุติธรรม สำหรับผู้สูงอายุพิการ	69

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านบริการทางสังคมทั่วไป สำหรับผู้สูงอายุพิการ	70
4.17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านสุขภาพอนามัย สำหรับผู้สูงอายุพิการ	71
4.18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุพิการ	73
4.19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทความพิการ	76
4.20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม	77
4.21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการใช้กายอุปกรณ์	78
4.22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการดูแลช่วยเหลือ	79
4.23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาจากการดูแล ผู้สูงอายุพิการ	80
4.24 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุพิการ โดยรวม	80
4.25 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านการศึกษา สำหรับผู้สูงอายุพิการ	81
4.26 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านที่อยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุพิการ	82
4.27 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านการทำงานและการมีรายได้ สำหรับผู้สูงอายุพิการ	83
4.28 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านนันทนาการ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ	84
4.29 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านกระบวนการยุติธรรม สำหรับผู้สูงอายุพิการ	85
4.30 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านบริการทางสังคมทั่วไป สำหรับผู้สูงอายุพิการ	86
4.31 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการได้รับการบริการ จากการจัดสวัสดิการสังคม ในด้านสุขภาพอนามัย สำหรับผู้สูงอายุพิการ	87
4.32 แสดงประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม	88

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1.1 อัตราส่วนร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2503-2583	1
4.1 รูปแบบการบริหารที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	96
4.2 รูปแบบการบริหารที่จัดโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะ	97

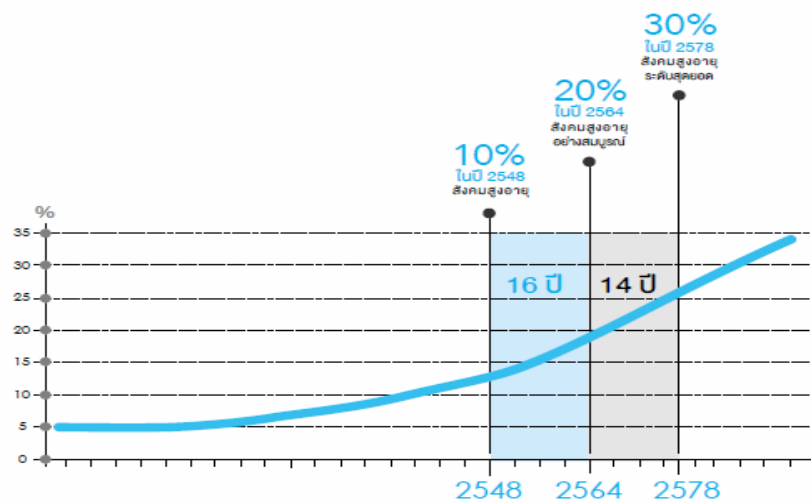
# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาและความเจริญก้าวหน้าในเทคโนโลยีอย่างมาก ส่งผลให้มนุษย์เกิดความสะดวกรสบายในด้านต่าง ๆ ตามไปด้วย รวมถึงการสร้างความคุ้มกันในเรื่องสุขภาพที่ได้จากการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ ๆ เข้ามาช่วยสร้างเสริมสุขภาพของมนุษย์อย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลนี้เองทำให้ประเทศไทยมีสถิติประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556 : 28-31) ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากการศึกษาที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด คาดว่า พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) เมื่อประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 และประมาณปี พ.ศ. 2578 จะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ดังแผนภาพที่ 1

อัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2503-2583



แหล่งข้อมูล:

1) สำมะโนประชากรและทะเบียน พ.ศ.2513, 2523, 2533, 2543, 2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

### แผนภาพที่ 1 อัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2503-2583

หากบุคคลใดที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สถิติปัญญาและการเรียนรู้ จะถูกกำหนดให้เป็น “คนพิการ” ดังนั้น จากรายงานการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 65,566,359 คน เป็นผู้พิการจำนวน 1,871,860 คน คิดเป็นร้อยละ 2.85 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้ที่มียายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 6,971,974 คน คิดเป็นร้อยละ 10.63 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้พิการที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

จำนวน 1,065,351 คน คิดเป็นร้อยละ 1.62 ของประชากรทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 15.28 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551:29) นอกจากนี้จากรายงานการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 68,007,361 คน เป็นผู้พิการจำนวน 1,478,662 คน คิดเป็นร้อยละ 2.71 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 8,719,052 คน คิดเป็นร้อยละ 12.82 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้พิการที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 852,743 คน คิดเป็นร้อยละ 1.25 ของประชากรทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 9.78 ของประชากรผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557:37) แสดงว่า ประเทศไทยมีผู้พิการในอัตราที่ลดลงโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการมีอัตราที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด สืบเนื่องมาจากการรณรงค์ในการดูแลสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการพัฒนาและความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ทำให้มนุษย์มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 54 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ (สภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2550:16) จากสาระสำคัญของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้กำหนดให้รัฐต้องจัดสวัสดิการสาธารณะแก่ทุกคนในสังคมและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่นแก่ผู้ด้อยโอกาสในสังคมต่าง ๆ ปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยมีความพยายามที่จะให้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการทางสังคมและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมอย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนก็หันมาให้ความสนใจในเรื่องการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้พิการนั้นมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้กฎกระทรวงแรงงานได้กำหนดให้นายจ้าง หรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานภาครัฐจะต้องรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะงานที่คนพิการสามารถทำได้ตามความเหมาะสม หากไม่สามารถรับคนพิการเข้าทำงานได้จะต้องส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นรายปีหรือแม้แต่ได้กำหนดให้คนพิการมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม

สำหรับประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งนอกจากจะเข้าสู่พัฒนาการของผู้สูงอายุแล้วยังมีภาวะบกพร่องด้านร่างกายและด้านจิตใจที่นำไปสู่ความพิการเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ประชากรกลุ่มนี้คือ “ผู้สูงอายุพิการ” และมีประชากรจำนวนหนึ่งที่มีภาวะความบกพร่องด้านร่างกายและด้านจิตใจอันนำไปสู่ความพิการก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ ประชากรกลุ่มนี้คือ “ผู้พิการสูงอายุ” หากประเทศไทยได้มีแนวคิดและการให้บริการแก่คนพิการที่มีรูปแบบและมุมมองใหม่ ๆ การให้บริการเน้นรูปแบบการบริการภายใต้แนวคิดเชิงสังคม (Social Model) มากขึ้น โดยมีความคิดว่าความพิการเป็นบางสิ่งบางอย่างที่คนในสังคมนำไปใส่ให้กับคนที่ประสบกับความสูญเสียทางกายภาพและทางจิตใจ คนที่มีความพิการต้องเผชิญกับรูปแบบหนึ่งของการปฏิบัติที่เป็นอคติของสังคม คนพิการถูกสังคมกีดกันและถูกเลือกปฏิบัติ แนวคิดเชิงสังคมมองว่า ทัศนคติทางลบต่อคนพิการเป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้น ความพิการไม่ใช่ปัญหาส่วนบุคคล “ประสบการณ์ความพิการ” ไม่ได้เกิดจากความบกพร่องทางร่างกาย แต่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและอุปสรรคจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การก่อสร้าง การออกแบบ การจัดระเบียบทางสังคมและความคิดเชิงจิตวิทยาที่ถูกสร้างขึ้น ดังนั้น สังคมจึงมีการกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพคนพิการ ให้เข้ามามีบทบาททั้งในการพัฒนาตนเอง เพื่อนและสังคม ตลอดจนการให้ความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยคนในครอบครัวและชุมชน เพื่อลดภาวะการพึ่งพิงและลดจำนวนคนพิการที่ต้องเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ให้มีจำนวนน้อยลง

ปัจจัยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการ หรือผู้พิการสูงอายุ คือ การทำให้ผู้สูงอายุที่มีความพิการร่วมอยู่ด้วยได้เห็นคุณค่าและเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิต ด้านครอบครัวต้องมีความพร้อม ตั้งใจและอดทน มีพลังที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุพิการ หรือผู้พิการสูงอายุ ระดับชุมชนต้องให้โอกาสและมีเจตคติในทางบวกต่อผู้สูงอายุพิการ จึงจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพิการและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ฉะนั้น การให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุพิการที่มาขอรับบริการทั้งด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านรายได้และการมีงานทำ ด้านนันทนาการ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านกระบวนการยุติธรรม และด้านบริการสังคมทั่วไป จะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรี

ดังนั้น สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ หรือผู้พิการสูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุพิการให้มีคุณภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุพิการได้อย่างแท้จริง และก่อให้เกิดเป็น “สวัสดิการรูปแบบใหม่” อีกทั้งสามารถนำรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมไปปรับใช้ในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุพิการต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน
- 1.2.2 เพื่อศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุพิการ
- 1.2.3 เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

## 1.3 ปัญหาที่ต้องการทราบ

- 1.3.1 ต้องการทราบรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 1.3.2 ต้องการทราบสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเป็นอย่างไร
- 1.3.3 ต้องการทราบรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการเป็นอย่างไร

## 1.4 ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology) ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวซึ่งดูแลผู้สูงอายุต่อการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ จากการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการในปัจจุบันซึ่งใช้วิธีการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) การศึกษาดูงานและรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการซึ่งใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ขอบเขตการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 ได้แก่

1.4.1 ขอบเขตพื้นที่ การคัดเลือกพื้นที่ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ที่มีการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่ 3 ตำบลของแต่ละพื้นที่ที่ความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 – 12 โดยขั้นตอนที่ 1 แต่ละสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการจับฉลากเพื่อคัดเลือกพื้นที่ 3 จังหวัด ขั้นตอนที่ 2 แต่ละสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการจับฉลากเพื่อคัดเลือกอำเภอของแต่ละจังหวัดที่จับฉลากได้ตามขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 3 แต่ละสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการจับฉลากเพื่อคัดเลือกตำบลของแต่ละอำเภอที่จับฉลากได้ตามขั้นตอนที่ 2 ดังนั้น พื้นที่ในการจัดเก็บข้อมูลจึงมี 36 ตำบลทั่วประเทศ

1.4.2 ขอบเขตประชากร ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุพิการ หรือผู้พิการสูงอายุ
- ส่วนที่ 2 บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุพิการ หรือผู้พิการสูงอายุ
- ส่วนที่ 3 เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดเทศบาล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ เป็นต้น
- ส่วนที่ 4 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจากส่วนราชการในระดับตำบลและระดับอำเภอ เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สำนักงานแรงงานจังหวัด เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดและเจ้าหน้าที่ศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ เป็นต้น
- ส่วนที่ 5 ผู้นำชุมชน หรือผู้แทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครและชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

## 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

**รูปแบบการให้บริการ** หมายถึง แนวทางซึ่งเป็นที่ยอมรับในการให้บริการเพื่อสร้างความสะดวกในด้านต่าง ๆ ต่อผู้มาขอรับบริการ เช่น การให้คำแนะนำคำปรึกษาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การจัดบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาล การทำกิจกรรมฟื้นฟูและกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

**การบริการ** หมายถึง การอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุพิการในด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านรายได้และการมีงานทำ ด้านนันทนาการ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านกระบวนการยุติธรรม และด้านบริการสังคมทั่วไปต่อผู้สูงอายุพิการที่มารับบริการ

**ผู้สูงอายุพิการ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความผิดปกติ หรือมีความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ ได้แก่ ความพิการทางการเห็น พิกัดทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย พิกัดทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย พิกัดจิตใจ หรือพฤติกรรม พิกัดทางสติปัญญา พิกัดทางการเรียนรู้และพิกัดทางออทิสติก

## 1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

- 1.6.1 นำไปวางแผนการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุพิการเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม
- 1.6.2 ครอบคลุม ชุมชน สังคมตระหนักถึงคุณค่าของความเป็นผู้สูงอายุพิการ โดยให้การดูแลชีวิตความเป็นอยู่อย่างดีและเหมาะสม
- 1.6.3 นำผลการศึกษาที่ได้ไปกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยรูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาจากเอกสารทั้งจากแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีหัวข้อการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและคนพิการ
- 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.3 กฎหมาย นโยบาย และมาตรการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและคนพิการ
- 2.4 รูปแบบการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน
- 2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและคนพิการ

##### 2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

###### (1) ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต ซึ่งมีผู้นิยามความหมายของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

สำนักงานสถิติแห่งชาติให้ความหมายว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

องค์การสหประชาชาติให้ความหมายว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คำที่ใช้ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ปัจจุบันใช้คำว่า Older persons

Ferrini, A.F. และ Ferrini, R.L. (1993:4) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ใกล้จะหยุดการเจริญเติบโต หยุดการเป็นผู้เรียนรู้และหยุดการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุควรเป็นผู้ที่ผ่านช่วงชีวิตแห่งความสุข ความสนุกและความพึงพอใจ อันเป็นสิทธิที่มีมาตั้งแต่เกิด นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่ทรงเกียรติสมควรได้รับการนับถือ เพราะได้ดำเนินชีวิตด้วยสติปัญญาที่มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนานและสมควรที่จะถ่ายทอดให้อนุชนรุ่นต่อไป

บรรลุ ศิริพานิช (2542:24-25) อธิบายว่า คนเมื่อเกิด เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่และสุดท้ายเป็นผู้สูงอายุ หรือบางครั้งเรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The aged, Aging, Old man) ที่สามารถเรียกได้หลายอย่าง เนื่องมาจากการเรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกคนแก่ คนชรา คนเฒ่า เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เรียกตามอายุมากน้อยตามปีปฏิทิน เช่นเรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly, Older persons) ซึ่งคนภาคพื้นทวีปยุโรปและอเมริกา มักเรียกคนสูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่คนภาคพื้นเอเชียมักถือเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันในวงการระหว่างประเทศว่าให้ถือเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

###### (2) การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ นั้น ได้มีผู้ที่แบ่งผู้สูงอายุไว้หลายคน โดยมักจะแบ่งออกตามลักษณะต่าง ๆ ที่สำคัญดังนี้

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540:514) ได้กล่าวถึงการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ ตามลักษณะของจิตสังคมชีววิทยา โดยแบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วง แสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 2.1 แสดงการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุตามลักษณะของจิตสังคมชีววิทยา

ที่	กลุ่มของผู้สูงอายุ	ช่วงอายุ	รายละเอียด
1	ช่วงไม่ค่อยแก่ (the young-old)	60-69 ปี	เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุการจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไปช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง การปรับตัวในช่วงนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรใช้แบบ “engagement” คือ ยังเข้าร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว
2	ช่วงแก่ปานกลาง (the middle-aged old)	70-79 ปี	เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “disengagement” คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมนักอีกต่อไป
3	ช่วงแก่จริง (the old-old)	80-90 ปี	ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มนึกย้อนถึงอดีตมากยิ่งขึ้น
4	ช่วงแก่จริง ๆ (the very old-old)	90-99 ปี	ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่าง ๆ ด้านชีววิทยา สังคมและจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่า เป็นระยะที่มีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่ต้องมีการบีบบังคับเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมอะไร ๆ ที่พอออกพอใจและอยากทำในชีวิต

ที่มา : ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540:514 อ้างอิงจาก Craig, 1991; Hoffman et al., 1988

บรรลุ ศิริพานิช (2542:125) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามอายุและภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป ดังนี้

ตารางที่ 2.2 แสดงการแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุตามอายุและภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป

ที่	กลุ่มของผู้สูงอายุ	ช่วงอายุ	รายละเอียด
1	ผู้สูงอายุระดับต้น	60-70 ปี	ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยายังไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
2	ผู้สูงอายุระดับกลาง	71-80 ปี	ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางอย่าง
3	ผู้สูงอายุระดับปลาย	80 ปีขึ้นไป	ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางอย่างจึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

ที่มา : บรรลุ ศิริพานิช (2542:125)

จากความหมายของผู้สูงอายุและการแบ่งกลุ่มวัยผู้สูงอายุข้างต้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุปีเต็ม ณ วันที่เก็บข้อมูล

### (3) การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยของชีวิตที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอยจึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

#### (3.1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change)

การเปลี่ยนแปลงด้านนี้เกิดขึ้นกับทุกระบบหน้าที่ของร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ เพื่อรักษาและควบคุมระดับความปกติของสมดุลเคมีต่าง ๆ ในร่างกายด้อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดอาการต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมดุลของสารในร่างกายได้มากกว่าวัยอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เช่น เซลล์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว เซลล์ที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันสะสมมากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น กระดูกจะมีแคลเซียมสลายออกมากขึ้น ทำให้น้ำหนักกระดูกลดลงและผุง่ายขึ้น ปริมาณน้ำในเซลล์ลดลง แต่ปริมาณนํ้านอกเซลล์ยังคงเดิม หรือลดลงเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง เกิดการกระจายของส่วนประกอบที่สำคัญของร่างกายโดยจะเริ่มจากอายุ 55-75 ปี

#### (3.2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม กล่าวคือ ความเสื่อมลงของสภาพร่างกาย ปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่ สถานะทางสังคม ประกอบกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มี

อิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ได้แก่ ความจำ เขavnปัญหา การเรียนรู้ บุคลิกภาพและความเจ็บ  
 เหนงาเด็ยวตาย

โฮล์มและราเฮ (Holmes and Rahe, 1967:11) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ  
 ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Social Readjustment Rating Scale-SSRS) ซึ่ง  
 ทำการศึกษาเกี่ยวกับบุคคลหลายช่วงอายุ หลายอาชีพ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของความเครียดต่อ  
 สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิต ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า ความเครียดต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่กลุ่ม  
 ตัวอย่างจัดลำดับไว้มีดังนี้ การตายของคู่สมรส หรือญาติผู้ใกล้ชิด การหย่าร้าง การแยกกันอยู่ การถูกจำคุก  
 การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ ปัญหาชีวิตสมรส การถูกออกจากงานและการมีปัญหทางเพศ การเปลี่ยนแปลง  
 ของชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุซึ่งในแต่ละวัยจะเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุ  
 จะมีปัญหาความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพที่เปลี่ยนไปในทางเสื่อม ดังนั้น จะเห็นว่าในผู้สูงอายุ สภาวะทางจิตใจ  
 เกี่ยวข้องผูกพันกับสภาวะทางร่างกายอย่างใกล้ชิด เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มมากขึ้นอารมณ์  
 และจิตใจก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

### (3.3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social change)

สังคมของมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีปฏิกริยาตอบโต้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น  
 ซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกว่าเป็นสมาชิกของกลุ่ม สิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคม ในผู้สูงอายุก็  
 เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่น ๆ กลุ่มในครอบครัวและในสังคม แต่เมื่อมีการ  
 เปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมซ้าลง ความสามารถในการแสวงหามิตรใหม่  
 มีอย่างจำกัดเพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่าขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ และผู้สูงวัยกว่าก็  
 ขาดความมั่นใจในหลายด้าน เช่น ในเรื่องการสนทนา ทำให้ต่างฝ่ายหลีกเลี่ยงที่จะสนทนากัน หรือร่วม  
 กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกัน สภาพเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุถอยห่างและเลิกเกี่ยวข้องกับสังคม นอกจากนี้  
 การมีค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่ ๆ เข้ามาแพร่ขยายอย่างรวดเร็วในสังคม ระบบการเคารพผู้อาวุโสมีน้อยลง  
 ทำให้ผู้สูงอายุกับผู้เยาว์วัยกว่ามีความสัมพันธ์ห่างเหินกัน ความเข้าใจระหว่างกันจึงน้อยลงตามไปด้วย

### (3.4) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุออกจากราชการ รัฐวิสาหกิจ หรืองานเอกชนแต่ยังคงต้อง  
 ดำรงชีวิตต่อไปในสังคม ยังต้องจับจ่ายใช้สอยเพื่อการดำรงชีพ การดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล จึงทำ  
 ให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้วจะพบว่า สถานภาพทางการเงินซึ่งเป็น  
 ค่าใช้จ่ายในครอบครัวจะลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับที่ยังเคยทำงานอยู่ ความต้องการทางการเงินของ  
 ผู้สูงอายุเพื่อนำมาใช้ในการครองชีพ การพักผ่อนหย่อนใจและทำนุบำรุงที่อยู่อาศัย ซึ่งอัตราค่าใช้จ่ายเหล่านี้มี  
 แนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้สูงอายุใช้จ่ายไม่เพียงพอ

จากการศึกษาของฟิรลิตี คำนวนศิลป์และคณะ (2533:148-149) พบว่า  
 ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 ต้องการให้รัฐจัดสวัสดิการสังคมในลักษณะให้รายได้ประจำแก่ผู้สูงอายุ ซึ่ง  
 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีได้เป็นข้าราชการที่ได้รับบำเหน็จ หรือบำนาญจากภาครัฐ นอกจากนี้ภาวะเงินเฟ้อยังทำให้  
 ผู้สูงอายุประสบความยากลำบากมากขึ้น ในขณะที่ค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ เงินส่วนใหญ่ใช้ไปกับค่า  
 รักษาพยาบาลแต่รายได้ยังคงที่ ผู้สูงอายุร้อยละ 25 จึงต้องการมีรายได้เพิ่มเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้และ  
 ช่วยให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย  
 พบว่า ร่างกายมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบ ทั้งระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้  
 ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงและอาจเกิดโรคได้ง่าย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้นเกิด

จากการสูญเสียบทบาทหน้าที่และสถานะทางสังคม สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจ และบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้การร่วมกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย จึงอาจสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม จะเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมถอยลงและการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลต่างก็มีความเสื่อมถอยของร่างกาย สิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันไป ตลอดจนมีพฤติกรรม การดูแลรักษาสุขภาพแตกต่างกันด้วย

## 2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้พิการ

### (1) ความหมายของคนพิการ

Hammerman และ Maikowski (1981) ได้สรุปความหมายของ “ความพิการ” หมายถึง ความเสียเปรียบ (Handicap) ความพิการ (Disability) และความบกพร่อง (Impairment) สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลหนึ่งอาจมีความบกพร่องโดยไม่พิการและพิการโดยไม่เกิดการเสียเปรียบก็ได้ หากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือมีสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ สิ่งเหล่านี้สามารถเยียวยาความบกพร่องที่มีอยู่ได้และจะไม่ส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเสียเปรียบในการดำรงชีวิต เช่น คนตาบอดทำงานที่ใช้สายตาไม่ได้ แต่สามารถใช้คอมพิวเตอร์ที่มีเสียงประกอบได้ สามารถเล่นดนตรี เป็นนักกีฬาได้ เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายคนพิการ หมายถึง ความเสียเปรียบของบุคคลใด บุคคลหนึ่งที่เกิดจากความชำรุด หรือความสามารถบกพร่อง เป็นผลทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถแสดงบทบาท หรือทำอะไรให้เหมาะสมสอดคล้องตามวัย สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมได้ (สำนักงานคณะกรรมการ พิณฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2540:7)

ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ พุทธศักราช 2541 ให้ความหมายคนพิการ หรือทุพพลภาพ หมายถึง ทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสมควรที่จะได้รับสิทธิและโอกาสในการพัฒนาให้เต็มศักยภาพ ได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการถูกเอารัดเอาเปรียบ ได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ด้วยความเสมอภาค ได้รับข้อมูลข่าวสารสื่อต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับความพิการและได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้ให้คำจำกัดความจากมุมมองด้านพิณฟูสมรรถภาพ ด้านอาชีพและการจ้างงานคนพิการ ว่าคนพิการ (Disabled Persons) คือ “บุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีโอกาสด้านความมั่นคงในชีวิต สถานภาพการจ้างงาน หรือความก้าวหน้าในอาชีพอย่างเหมาะสม แต่ถูกจำกัด หรือลดอย่างเห็นได้ชัดอันเป็นผลจากความบกพร่องร่างกาย หรือทางจิตใจ (องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ, 2549)

ส่วนประเทศไทยได้มีประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ณ วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2550 ให้ความหมายของคนพิการไว้ดังนี้ “คนพิการ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็นการได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความ

มั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 8, 2550:2-4)

จึงสรุปได้ว่า “คนพิการ” หมายถึง ผู้ที่มีความเสียเปรียบ ความพิการและความบกพร่อง ซึ่งเป็นผลทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด หรือบางส่วน เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้และพิการทางออทิสติก หรือความบกพร่องอื่นใด ไม่ว่าจะเกิดมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตามและมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป โดยได้รับสิทธิ โอกาสในการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพและได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

## (2) ประเภทของความพิการ

ประเภทของความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและเกณฑ์ความพิการ ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2552 เล่ม 126 ตอนพิเศษ 77ง กำหนดประเภทความพิการไว้ 6 ประเภท ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

(2.1) หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเห็น ได้แก่

(2.1.1) ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาสายที่ตีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตารธรรมดาแล้วอยู่ในระดับแยกกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา

(2.1.2) ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาสายที่ตีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตารธรรมดาแล้วอยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ไปจนถึงแยกกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

(2.2) หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

(2.2.1) หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน จนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางทางการได้ยินเมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลล์ขึ้นไป

(2.2.2) หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า 90 เดซิเบลล์ลงมาจนถึง 40 เดซิเบลล์

(2.2.3) ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูด หรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

(2.3) หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่

(2.3.1) ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่อง หรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือ เท้า แขน ขา

(2.3.2) ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่อง หรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัวและสภาพลักษณะภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

(2.4) หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หรือออทิสติก ได้แก่

(2.4.1) ความพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่อง หรือความผิดปกติทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

(2.4.2) ความพิการออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองและความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ทั้งนี้ ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอเกอร์ (Asperger)

(2.5) หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเขาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกติที่แสดงก่อนอายุ 18 ปี

(2.6) หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมองทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

### (3) สาเหตุของความพิการ

สาเหตุของความพิการซึ่งภัทรพร อ่อนไว (2548) ได้จำแนกสาเหตุของความพิการออกเป็น 8 ประเภท ดังนี้

(3.1) ความพิการแต่กำเนิดจากองค์ประกอบภายใน ได้แก่ ความผิดปกติของโครโมโซมเพศ ความผิดปกติโดยมีการเพิ่มของโครโมโซม ภาวะผิดปกติของรบบฮอร์โมนในมารดาและจากองค์ประกอบภายนอก ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสบางชนิด การกินยาบางชนิดระหว่างที่มารดาตั้งครรภ์ มารดาได้รับรังสีเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 6 สัปดาห์ การถูกกดทับตั้งอยู่ในครรภ์มารดา การขาดสารอาหารในระยะแรกของการตั้งครรภ์ อายุของมารดาที่มีอายุมาก เป็นต้น

(3.2) ความพิการที่เกิดจากโรคติดต่อ ได้แก่ กามโรค ซิฟิลิสและโรคเรื้อน

(3.3) ความพิการจากภาวะทุพโภชนาการในเด็ก เช่น ขาดวิตามินดี การขาดโปรตีน

(3.4) ความพิการจากโรคจิตชนิดต่าง ๆ

(3.5) โรคพิษสุราเรื้อรังและติดสารเสพติดต่าง ๆ

(3.6) ภัยอันตรายต่าง ๆ และการบาดเจ็บ

(3.7) ความพิการจากโรคที่ไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคระบบการเคลื่อนไหว โรคปอด หูหนวก หูตึงและโรคอื่น ๆ เช่น ลมชักและโรคมะเร็ง

(3.8) ความพิการจากสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง

#### (4) ลักษณะอัตลักษณ์ความพิการ

ลักษณะอัตลักษณ์ความพิการซึ่งกรมพรณ พันพิง (2551) ได้จำแนกลักษณะอัตลักษณ์ความพิการออกเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่

(4.1) ลักษณะที่หนึ่ง ยอมรับความพิการมีอยู่ในสังคม แต่ไม่ระบุอัตลักษณ์ความพิการว่าเป็นของตัวตนบุคคลบอกกับตัวเองว่า “ฉันไม่ใช่คนพิการ” : การรับรู้ต่อเรื่องความพิการในลักษณะนี้พบว่าเกิดกับบุคคลในขณะที่ยังไม่มีความพิการเกิดขึ้นกับตัวเอง หรือในระยะแรกเมื่อบุคคลมีความบกพร่องของอวัยวะร่างกายแต่ยังไม่รับรู้ว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นที่ถูกเรียกว่าความพิการนั้นเกิดขึ้นกับตัวเองแล้ว หรือในบุคคลซึ่งรับรู้ว่ามีอาการพิการเกิดขึ้นแล้วแต่ไม่ต้องการให้ความหมายตนเองว่าเป็นคนพิการ ส่วนใหญ่บุคคลในกลุ่มนี้จะอยู่ในช่วงระหว่างการรักษา หรือบำบัดร่างกาย และมีความคาดหวังว่าความพิการจะหายไปจากตัวเองได้ บุคคลมักไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์ หรือไม่มีโอกาสเรียนรู้จากคนพิการด้วยกัน เนื่องจากคิดว่าไม่อยากเข้าร่วมเป็นพวกเดียวกับกลุ่มคนพิการเพราะไม่ต้องการถูกเรียกว่าคนพิการ ปฏิกริยาต่อความพิการแสดงออกในบุคคลโดยเกิดความกลัวต่อความพิการเนื่องจากมีรูปลักษณ์ของร่างกายที่แตกต่าง แปรก ไม่สวยงามแข็งแรง รู้สึกหดหู่ รันทดใจเมื่อพบเห็นคนพิการบุคคลเข้ารับการรักษาบำบัดความพิการด้วยวิธีต่าง ๆ หรือทำกายภาพอย่างหนักต่อเนื่องเพื่อคาดว่าจะทำให้ความพิการลดลง หรือหายไป บุคคลไม่ต้องการเอ่ยใช้คำว่า “พิการ” กับตัวเอง หรือถูกผู้อื่นกล่าวเรียก เพราะเห็นคำว่า “ความพิการ” เป็นสัญลักษณ์ของความหดหู่ น่าสงสาร ไม่พึงปรารถนา ไร้ความสามารถและพึงพอใจว่าถ้าใช้คำเรียกว่า “คนป่วย” หรือใช้คำอื่น การเป็นคนป่วยยังเป็นสถานะที่พึงประสงค์กว่าการเป็นคนพิการ เพราะสื่อถึงว่าอาจหายจากอาการบกพร่องของอวัยวะได้และยังไม่ถูกนับรวมว่าเป็นพวกเดียวกับกลุ่มคนพิการ

(4.2) ลักษณะที่สอง ยอมรับว่า “ฉันเป็นคนพิการ” และมีชีวิตที่พึงพอใจอยู่ได้ภายในบ้าน หรือพื้นที่ปลอดภัยส่วนบุคคล : บุคคลเกิดการยอมรับความพิการของตัวเองเมื่อระยะเวลาผ่านไปและเห็นว่าสภาพทางร่างกายของความพิการมิได้หายไปบางคนใช้คำว่า “ทำใจ” บุคคลอาจใช้งานอวัยวะบางส่วนได้มากขึ้นจากการฝึกออกกำลังกล้ามเนื้อบางส่วนที่ต่อเนื่อง เช่น มีแรงเข็นรถเข็นด้วยตัวเองได้ไกลขึ้น ยกแขนได้สูงขึ้น แต่สภาพกายภาพโดยรวมไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมากหลังจากผ่านการบำบัดรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ สำหรับผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้เลยจะใช้ชีวิตทำกิจวัตรประจำวันเพื่อความอยู่รอด อาจรู้สึกเบื่อ ซ้ำซาก จำเจ ขาดความกระตือรือร้น “อยู่ไปวัน ๆ” ยกเลิกการมีเป้าหมายในชีวิต สำหรับบางคนได้มีโอกาสได้พบกับคนพิการคนอื่นและเรียนรู้การใช้ชีวิตของคนพิการ หรือค้นหาด้วยตัวเองเกี่ยวกับการช่วยเหลือตัวเอง หรือทำกิจวัตรร่วมกับความพิการทำให้ทำกิจกรรมบางอย่างในชีวิตได้ดีขึ้น เช่น รู้จักปรับสภาพบ้านเพื่อให้เอื้อกับการใช้รถเข็น บุคคลรู้สึกที่สามารถจัดการกับการดำรงชีวิตตนเองได้อย่างดีภายในบ้าน หรือขอขอบเขตชุมชนที่มีผู้คนรู้จักคุ้นเคยกัน แต่บุคคลยังมีความรู้สึกอายน่ากลัวเปิดเผยตัวต่อคนวงกว้างในสาธารณะที่ไม่รู้จักมาก่อน บางคนความรู้สึกอายน่ากลัวไปเนื่องจากมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมมากขึ้นเพราะออกไปติดต่อกิจการธุระ หรือทำงานภายนอกบ้านและรับรู้ว่าคุณในสังคมบางกลุ่มไม่ได้มุ่งสนใจความพิการของตนเองอย่างเดียว แต่สนใจที่ความสามารถในการประกอบอาชีพ หรือผลงานของบุคคล อย่างไรก็ตามบุคคลยังมีความคิดเรื่องความพิการของตนเองภายใต้ว่าทรมานเชิงลบของสังคมและยังไม่มี



ความรู้สึกเชื่อมั่นบางอย่าง บุคคลไม่แสดงออกตัวตนอย่างเต็มที่โดยใช้บรรทัดฐานของสังคมที่แบ่งเป็น “คนปกติ-คนพิการ” เป็นเกณฑ์อ้างอิงว่าตนเองมีข้อจำกัดบางประการในการเข้าอยู่ร่วมในสังคมทั่วไป

(4.3) ลักษณะที่สาม ยอมรับอัตลักษณ์ความพิการในเชิงบวกและขยายตัวออกสู่การประกาศตัวตนในสาธารณะ : บุคคลที่มีการให้ความหมายความพิการของตนเองในเชิงบวก โดยทั่วไปเป็นผู้ที่ประสบการณ์เข้าร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเองของคนพิการ ได้สัมผัสกับกลุ่มคนพิการที่ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข หรือที่เรียกว่าคนพิการต้นแบบ (Disabled Role Model) และตนเองเริ่มทดลองทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตที่ไม่เคยคิดว่าจะทำได้มาก่อนเป็นระยะเวลาหนึ่งจนได้ผลลัพธ์ที่ดีประจักษ์แก่ตัวเอง บุคคลค้นพบหนทางใหม่ในการสร้างสัมพันธ์กับคนรอบข้างในการร้องขอ หรือการรับความช่วยเหลือ อันทำให้บุคคลตระหนักว่าตนเองมีความสามารถทำกิจกรรมที่สร้างผลผลิตและมีประโยชน์ต่อตัวเองและคนในสังคมได้ โดยความพิการมิได้เป็นอุปสรรคที่ยิ่งใหญ่ของชีวิต บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนคนพิการ รับเอาความหมายของความพิการแบบใหม่จากปรัชญาการดำรงชีวิตอิสระ หรือแนวคิดความพิการเชิงสังคมเข้าไปในตัวตนดังเช่น เรื่องสิทธิคนพิการบุคคลมีความมั่นใจในตัวเองการดำรงชีวิตร่วมกับความพิการแสดงออกความเป็นตัวตนอย่างเต็มที่ ไม่คิดว่าความพิการที่ปรากฏเป็นเรื่องน่าอับอาย หรือต้องการรอยพิงพิง บุคคลสามารถเล่าเรื่องวิถีชีวิตของตนเองกับความพิการในสาธารณะได้อย่างมั่นใจ บุคคลเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมีการปฏิสัมพันธ์กับคนทั่วไปในวงกว้าง ไม่สนใจว่าใครจะมีความคิดอย่างไรต่อความพิการของตนเอง

(4.4) ลักษณะที่สี่ บุคคลเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มของคนพิการและเข้าร่วมในขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของคนพิการ บุคคลมีการให้ความหมายว่าตนเองเป็นสมาชิกของกลุ่มคนพิการและเข้าเป็นสมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือกันเองของคนพิการ บุคคลเห็นว่าการเข้าร่วมกลุ่มของคนพิการเป็นพื้นที่ในการแสดงออกของตัวตนในการทำประโยชน์เพื่อสังคม หรือช่วยเหลือเพื่อนคนพิการ ดังแนวคิดของเพื่อนช่วยเพื่อน บุคคลเข้าใจถึงความต้องการจำเป็นที่หลากหลายของคนพิการกลุ่มต่าง ๆ และเห็นว่าการรวมกลุ่มเป็นหนทางของการรวมพลังเพื่อพิทักษ์สิทธิในระดับสังคมได้ บุคคลเกิดสำนึกเรื่องความเป็นพลเมืองเกี่ยวกับหน้าที่และสิทธิในการเข้ามีส่วนร่วมในสังคม

(4.5) ลักษณะที่ห้า การยอมรับความพิการว่าเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติมนุษย์ เชื่อมโยงความรู้สึกถึงปัญหากับกลุ่มผู้ถูกกดขี่ในสังคมกลุ่มต่าง ๆ และเห็นว่าประเด็นความพิการเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องการพัฒนาสังคมโดยรวม บุคคลรู้สึกพึงพอใจกับการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับความพิการ ยอมรับข้อจำกัดของตนเองและเปิดรับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และเห็นว่าการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างมนุษย์เป็นเรื่องที่เป็นไปตามธรรมชาติ บุคคลมีประสบการณ์ หรือสัมผัสกับวิถีชีวิตของกลุ่มผู้ถูกกดขี่ในสังคมกลุ่มอื่น และเห็นว่ามึลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มคนพิการ บุคคลมีอุดมการณ์เพื่อพิทักษ์สิทธิมนุษยชนของกลุ่มคนพิการและขณะเดียวกันสามารถวิจารณ์ต่อเรื่องการรวมกลุ่มของคนพิการโดยตรงไปตรงมาถึงข้อเด่นและข้ออ่อน บุคคลเห็นว่าประเด็นความพิการเชื่อมโยงกับเรื่องของทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมอันเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องการพัฒนาสังคมโดยรวม

#### (5) ความต้องการบริการภาครัฐ หรือเอกชนของคนพิการ

คนพิการส่วนใหญ่ต้องการบริการที่ภาครัฐ หรือเอกชนที่มีการจัดให้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปทั้งความต้องการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการเพื่อใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกันและไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำกันในสังคม ซึ่งความต้องการของคนพิการส่วนใหญ่ประกอบด้วย

(5.1) ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องการประชาสัมพันธ์ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและข่าวสารทั่วไป เนื่องจากสังคมในยุคปัจจุบันเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ ๆ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่คนพิการจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละประเภทแต่ละบุคคล

(5.2) ต้องการให้มีการพัฒนาเครื่องช่วยความพิการและกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการให้เหมาะสมกับความพิการแต่ละประเภท

(5.3) ต้องการให้มีการจัดสวัสดิการต่าง ๆ เรื่องสิทธิ หน้าที่ โอกาสและความเสมอภาคกับบุคคลทั่วไปแก่คนพิการ ครอบครัว ชุมชนและสังคม

(5.4) ต้องการให้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการแม้ว่ากฎหมายและนโยบายมีการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิคนพิการมากขึ้นกว่าในอดีต แต่ในทางปฏิบัติคนพิการก็ยังเข้าไม่ถึงสิทธิเหมือนคนทั่ว ๆ ไป คนพิการอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิอย่างเพียงพอจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องสิทธิมนุษยชนของคนพิการพบว่า คนพิการยังต้องการบริการจากภาครัฐ หรือเอกชนในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับระบบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดประโยชน์แก่คนพิการครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นจริง โดยเฉพาะเรื่องสิทธิของคนพิการสวัสดิการต่าง ๆ รวมถึงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ รัฐควรจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการมีกายอุปกรณ์และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในการใช้กายอุปกรณ์ให้เพียงพอกับความต้องการของคนพิการและมีการกระจายอย่างทั่วถึง ด้านการศึกษา ควรจัดบริการการศึกษาที่หลากหลายตามรูปแบบตามความต้องการของคนพิการและถ้าคนพิการที่สามารถเรียนร่วมกับนักเรียนปกติได้ก็ควรส่งเสริมคนเหล่านั้น โดยคำนึงถึงการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกพิเศษ หรืออุปกรณ์พิเศษสำหรับคนพิการ นอกจากนี้ควรขยายบริการด้านการศึกษาให้เหมาะสมด้านอาชีพ ควรส่งเสริมให้คนพิการสามารถพึ่งตนเองและประกอบอาชีพอิสระได้ อาทิ บริการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพและเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ด้านสังคมและการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ อาทิเช่น โทรศัพท์ ทางเดินเท้า ตู้ไปรษณีย์ ห้องน้ำ ตลอดจนบริการขนส่งมวลชน โดยจัดสิ่งอำนวยความสะดวกตามหลักวิชาให้มีลักษณะทางกายภาพที่เอื้อต่อคนพิการที่จะใช้ได้ ด้านกองทุน นโยบายพัฒนาให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการสามารถใช้ประโยชน์ได้เต็มตามวัตถุประสงค์และสามารถช่วยเหลือคนพิการได้มากขึ้น โดยให้คนพิการสามารถกู้ยืมเงินได้มากกว่าการประกอบอาชีพและเงินอุดหนุน เป็นต้น

## (6) รูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน

การให้บริการในปัจจุบันมี 5 รูปแบบหลักที่สำคัญ ได้แก่

(6.1) รูปแบบการจัดบริการโดยภาครัฐ รูปแบบนี้ถือเป็นกลไกหลัก หรือกระแสนหลักของการจัดบริการผู้สูงอายุพิการ โดยรัฐเป็นศูนย์กลางในรูปแบบสถาบันของรัฐที่บุคลากรของรัฐเป็นเจ้าของหลัก เนื่องจากภาครัฐมีความพร้อมด้านทรัพยากรสูงทั้งบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร พื้นที่ดำเนินงานและต้นทุนความรู้เดิมในการบริหารจัดการ

(6.2) รูปแบบการให้บริการที่จัดโดยภาคเอกชนและองค์การสาธารณกุศล ซึ่งเกิดจากการจัดตั้งกลุ่ม สร้างเสริมความเข้มแข็งแก่องค์กรชาวบ้าน องค์กรชุมชนกลุ่มต่าง ๆ มีการส่งเสริมให้จัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือในกลุ่มปัญหาต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้าถึงปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้ลึกซึ้งกว่า เพราะวิธีการทำงานจะมีลักษณะเกาะติดปัญหาอย่างเอาใจจริงเอาใจ เป็นการทำงานที่มีเป้าหมายทั้งยกระดับความตระหนักรู้ของชุมชนร่วมไปกับการรณรงค์และการเคลื่อนไหวทางสังคม จะเน้นการให้ข้อมูล

ทางเลือกเพื่อสร้างความเข้าใจแก่สังคม แต่ด้วยความจำกัดด้านทรัพยากรและกำลังคน จึงทำให้ไม่สามารถขยายผลของงานได้อย่างกว้างขวางนัก

(6.3) รูปแบบให้บริการที่จัดโดยภาครัฐกิจเอกชน ซึ่งยังไม่มีกฎหมายที่ควบคุมอย่างเป็นระบบ แต่ก็ให้บริการทางเลือกสำหรับผู้ที่มีรายได้สูง ซึ่งเริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้นในเมืองใหญ่ ๆ ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี

(6.4) รูปแบบให้บริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผลจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ส่งผลบังคับให้เกิดการกระจายอำนาจ การจัดการสวัสดิการและการดูแลด้านสาธารณสุขของชุมชนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นรูปแบบการให้บริการที่มีข้อกำหนดรูปแบบที่เป็นทางการ ชัดเจนตามกฎหมาย ทั้งนี้ภาครัฐมีภารกิจต้องเร่งสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับภาคท้องถิ่นที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการที่ถูกต้องโดยเฉพาะการให้ความรู้ ความเข้าใจต่อเรื่องสวัสดิการ

(6.5) รูปแบบให้บริการแบบพหุภาคี หรือพหุลักษณะ โดยมีหลักการมีส่วนร่วมถือเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ปัญหา เพื่อวิเคราะห์หารูปแบบทางเลือกใหม่ ๆ ที่มีมิติการทำงานจึงเป็นแนวราบมากกว่าแนวดิ่ง การเปิดโอกาสให้คนทุกคนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการเข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมโต้แย้ง ร่วมรับรู้ ร่วมวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งกันและกัน การหาประชาคมติร่วมกันจากทุกภาคส่วนในการให้บริการ หากการให้บริการที่จัดไม่เหมาะสมก็จะใช้ประชาคมติร่วมกันปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบเพื่อให้เกิดสิทธิประโยชน์ร่วมกันและมีการพัฒนาการให้บริการไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

## 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างกว้างขวางส่งผลทำให้เกิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่หลากหลายโดยเอเบออร์โซล และเฮส (Ebersole and Hess, 1985:23-32 อ้างถึงใน ไมตรี ดิยะรัตนกุล, 2536:6-10) ได้สรุปแนวคิดและทฤษฎีการสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

2.2.1 กลุ่มทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ ๆ 3 ส่วน คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ จากทฤษฎีทางชีววิทยาของการสูงอายุจะพบว่า ในแต่ละทฤษฎีนั้นก็ได้อธิบายที่จะค้นหาความจริงเพื่อนำมาอธิบายว่าการสูงอายุ หรือความแก่เป็นผลจากสิ่งใด ในการนำทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้ไปใช้ ผู้ศึกษาแต่ละคนมีแนวความเชื่อในเรื่องใดล้วนแล้วแต่จะนำแนวคิดของทฤษฎีไปประกอบการศึกษา ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าทดลองเกี่ยวกับความแก่จำนวนมากแต่ก็ยังไม่มียุทธวิธีที่สามารถนำไปใช้อธิบายทั่วไปได้ ทราบแต่เพียงว่ากระบวนการชราภาพ หรือความแก่ของเซลล์ต่าง ๆ เป็นปฏิกิริยาซับซ้อนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเผาผลาญฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบในเซลล์ เนื้อเยื่อและอวัยวะเหล่านั้น

2.2.2 กลุ่มทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญทางด้านจิตวิทยา ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีอายุในจิตวิทยาเรื่องเขาวนปัญญาพบว่า ไม่อาจสรุปได้ว่าเขาวนปัญญาจะเสื่อมลงตามวัย ส่วนในเรื่องความจำและการเรียนรู้ ได้มีการศึกษาถึงความจำและการเรียนรู้เป็นสิ่งที่จะต้องควบคู่กันไปจากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีเท่ากับคนอ่อนวัยแต่ต้องใช้

เวลานานกว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่อการเรียนรู้คือความเครียด อันเป็นผลมาจากระบบประสาทและ สรีรวิทยาของบุคคล การสูญเสียความทรงจำ และความสามารถในการเข้าใจและแรงจูงใจจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงจูงใจในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่นเลย แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีเซลล์ ประสาทในสมองตายเป็นจำนวนมากแต่ขณะเดียวกันก็สะสมประสบการณ์อันเกิดจากการเรียนรู้ไว้มากเช่นกัน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าถ้าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่ดีในอดีต ได้รับการยอมรับดี มีสภาพอารมณ์ที่มั่นคงจะส่งผล ต่อวัยที่สูงขึ้นทำให้มีความสุขุมรอบคอบตามขึ้นด้วย แนวคิดทางจิตวิทยาได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยา และสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับ สัมผัสทั้งปวง ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อาศัยอยู่

2.2.3 กลุ่มทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาท ของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิต หรือเป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็จะทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วยและสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนของ ผู้สูงอายุในสังคมนั้น แนวคิดทางสังคมวิทยาที่สำคัญ ได้แก่

(1) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) อธิบายว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพทาง สังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกตัดออกไป แต่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคม ความพึงพอใจในการ ร่วมกิจกรรม มีความสนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าทฤษฎีกิจกรรมนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุ จะมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้นควรมีบทบาท หรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น มีงานอดิเรก หรือเป็นสมาชิก กลุ่มกิจกรรม สมาคม หรือชมรม โดยทฤษฎีกิจกรรมนี้ยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ ได้จะเป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก (ปราโมทย์ วังสะอาด, 2530:30)

(2) ทฤษฎีแยกตนเอง (Disengagement Theory) อธิบายว่าผู้สูงอายุและสังคมจะลด บทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพที่เสื่อมถอย รวมทั้ง ความตายที่ค่อย ๆ มาถึง ผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงถอนตัวออกจากสังคมเพื่อลดความตึงเครียดและพอใจกับการ ไม่เกี่ยวข้องกับสังคมอีกต่อไป จะเห็นว่าทฤษฎีแยกตนเองเชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและ บทบาทของสังคมนั้นเป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตนให้แก่หนุ่มสาว หรือคนที่จะมีบทบาทได้ดีกว่า ในระยะแรกนั้นผู้สูงอายุอาจจะรู้สึกวิตกกังวลและมีความบิบบิ้น แต่ในที่สุดผู้สูงอายุก็จะยอมรับบทบาทใหม่ ๆ คือ การไม่เกี่ยวข้องกับสังคมได้

(3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เป็นผลมาจากการศึกษาเพื่อหาข้อ ขัดแย้งของทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีแยกตนเอง นิวการ์เทน (Neugarten, 1964:41 อ้างถึงใน จันทนา รณฤทธิ์วิชัย, 2533:58) ได้ทำการศึกษาทั้งสองทฤษฎีและนำมาวิเคราะห์พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข และมีการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบเข้าร่วม กิจกรรมในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทใน สังคมมาก่อนก็ย่อมจะแยกตนเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

(4) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) อธิบายว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะต้องปรับสภาพ ต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ซึ่ง เป็นไปแบบวัยผู้ใหญ่ ยอมรับบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ในรูปแบบของคนสูงอายุและละเว้นจากความ ผูกพันกับคู่สมรสเนื่องจากการตายของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

จากทฤษฎีทางสังคมวิทยา มองความสูงอายุจากสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง แต่ผู้สูงอายุยังคงต้องการบทบาทเดิมจึงเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดการถอนตัวจากสังคม การจะใช้ชีวิตในช่วงสูงวัยให้มีความสุขนั้นต้องคงบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้แต่ควรอยู่ในระดับที่เหมาะสม

กล่าวโดยสรุปจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพบว่า จะมองผู้สูงอายุแตกต่างกัน โดยทฤษฎีทางชีววิทยาจะมองความสูงอายุ พิจารณาจากการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนแนวคิดทางจิตวิทยาจะมองความสูงอายุ พิจารณาจากการเรียนรู้ อารมณ์ สติปัญญา ความจำและทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะมองความสูงอายุ พิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีสภาพชีวิตที่เป็นสุขได้นั้นจะต้องเป็นผู้ที่สามารถคงบทบาทและสถานภาพทางสังคมของตนไว้ได้

## 2.3 กฎหมาย นโยบาย และมาตรการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้พิการ

### 2.3.1 สารระสำคัญพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนผู้สูงอายุ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

“คณะรัฐมนตรีผู้รับผิดชอบ” หมายความว่า รัฐมนตรีเจ้าสังกัดของหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุตามมาตรา 11

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 ได้บัญญัติให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนตามกฎหมายมาตรา 11 ดังนี้

(1) ได้รับการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

(2) ได้รับการศึกษา การศาสนาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

(3) ได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพ หรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(4) ได้รับการพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะ

เครือข่าย หรือชุมชน

(5) ได้รับการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น

(6) ได้รับการช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

(7) ได้รับการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

(8) ได้รับการช่วยเหลือในกรณีที่ได้รับอันตรายจากการถูกรังแก หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

(9) ได้รับการให้คำแนะนำ บริการ หรือการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางแก้ไขปัญหาครอบครัว

(10) ได้รับการจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

(11) ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

(12) ได้รับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

(13) ได้รับการบริการอื่นตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด

นอกจากนี้ได้บัญญัติให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้รับสิทธิทางภาษีตามมาตรา 16 และ 17

คือ

(1) ผู้ที่บริจาคเงิน หรือทรัพย์สินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติ มีสิทธินำไปลดหย่อนในการคำนวณภาษีเงินได้ ได้รับการยกเว้นภาษีสำหรับทรัพย์สินที่บริจาคแล้วแต่กรณี

(2) ผู้ที่อุปการะเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดในประมวลรัษฎากร โดยที่องค์กรที่มีหน้าที่ทำให้สิทธิผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุน คือ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามมาตรา 4 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ และหน่วยงานภาครัฐในสังกัดส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นที่นายกรัฐมนตรีพิจารณาประกาศกำหนด

### 2.3.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

(1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก ได้แก่

- (1.1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
- (1.2) มาตรการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- (1.3) มาตรการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

(2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก ได้แก่

- (2.1) มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น
- (2.2) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
- (2.3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
- (2.4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- (2.5) มาตรการส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ
- (2.6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

(3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ได้แก่

- (3.1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้
- (3.2) มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ
- (3.3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง
- (3.4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

(4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก ได้แก่

- (4.1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
- (4.2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

(5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ได้แก่

(5.1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาคำถามความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการ หรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

(5.2) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

(5.3) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

(5.4) มาตรฐานการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย ดัชนีรวมของยุทธศาสตร์พิจารณาจากดัชนีต่อไปนี้

(5.4.1) อายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ เป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

(5.4.2) สัดส่วนอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ต่ออายุความคาดหวัง เป้าหมายมีสัดส่วนไม่ลดลง

(5.4.3) ดัชนีคุณภาพภาวะประชากรสูงอายุ พิจารณาจากผลรวมของดัชนีรายการมาตรการที่คัดเลือกจำนวน 12 ดัชนี เป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2564 นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2535-2554 มีความครอบคลุมการจัดสวัสดิการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่

(1) ด้านสวัสดิการสุขภาพอนามัย

(1.1) ให้การรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้น้อยในสถานพยาบาลของรัฐ

(1.2) ให้ค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการแก่บุคลากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

(2) ด้านสวัสดิการสาธารณสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน

(2.1) จัดสำรองที่นั่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุบนรถโดยสารประจำทาง รถไฟและเรือ

(2.2) ลดอัตราค่าโดยสารประจำทาง รถไฟและเรือ

(2.3) ในที่สาธารณะให้จัดทำราวบันไดทางเดินและราวห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ

(3) ด้านสวัสดิการเกี่ยวกับที่พักอาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจและนันทนาการ

(3.1) ในการสร้างอาคารการจัดให้มีโครงสร้างที่อำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุและให้มีห้อง หรือเนื้อที่เพิ่มอย่างเหมาะสมสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย

(3.2) จัดบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือไม่มีรายได้และไม่มีผู้อุปการะ

(3.3) สนับสนุนหน่วยงานเอกชนในการจัดสร้างที่พักอาศัยตามความต้องการและความเหมาะสมของผู้สูงอายุ

(3.4) จัดบริเวณและอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้สูงอายุ

(3.5) ลดอัตราค่าผ่านประตูในการเข้าชมหอสมุดและบันเทิง

(3.6) ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ การบันเทิงและการพักผ่อนหย่อนใจ

(4) ด้านอื่น ๆ ดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีหลักฐานเพื่อสามารถรับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการทางสังคม

### 2.3.3 นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้อง

นโยบายของคณะรัฐมนตรีนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2554 คณะรัฐมนตรีได้กำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน โดยมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่

ข้อ 1 นโยบายเร่งด่วนที่จะเริ่มดำเนินการในปีแรก

ข้อ 1.8 ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเพิ่มกำลังซื้อภายในประเทศสร้างสมดุลและความเข้มแข็งอย่างมีคุณภาพให้แก่ระบบเศรษฐกิจมหภาค

ข้อ 1.8.3 จัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับ 600 บาท อายุ 70-79 ปี จะได้รับ 700 บาท อายุ 80-89 ปี จะได้รับ 800 และอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท

ข้อ 4 นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต

ข้อ 4.3 นโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

ข้อ 4.3.5 พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชราและผู้พิการ สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเพื่อดูแล ผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ได้เข้าถึงการบริการอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพและเป็นธรรม

ข้อ 4.5 นโยบายความมั่นคงของชีวิตและสังคม

ข้อ 4.5.5 เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการจัดตั้งหน่วยงานความสะอาดสาธารณะต่าง ๆ สำหรับรองรับผู้สูงอายุและคนพิการ สร้างความพร้อมในการเป็นสังคมผู้สูงอายุ พัฒนาบริการสุขภาพอนามัย ให้การสงเคราะห์ จัดการศึกษา จัดสวัสดิการ รวมถึงหาอาชีพให้แก่ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมภายใต้หลักคิดที่ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์สูง สมควรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาบ้านเมือง

### 2.3.4 สิทธิต่างๆ ของคนพิการ

สิทธิคนพิการในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามมาตรา 20 กล่าวว่า คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐดังต่อไปนี้

(1) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

(2) การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ หรือแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมในสถานศึกษาเฉพาะ หรือในสถานศึกษาทั่วไป หรือการศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม



(3) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐาน การคุ้มครองแรงงาน มาตรการเพื่อการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระและบริการสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยี หรือความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานประกาศกำหนด

(4) การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกันกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

(5) การช่วยเหลือให้เข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาและบริการอันเป็นสาธารณะ ผลิตภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือทางกฎหมายและการจัดหาทนาย ว่าความแก่ต่างคดีให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(6) ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารสำหรับคนพิการทุกประเภทตลอดจนบริการสื่อสารสาธารณะ จากหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกำหนดในกฎกระทรวง

(7) บริการล่ามภาษามือตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(8) สิทธิที่จะนำสัตว์นำทาง เครื่องมือหรืออุปกรณ์นำทาง หรือเครื่องช่วยความพิการใด ๆ ติดตัวไปในยานพาหนะ หรือสถานที่ใด ๆ เพื่อประโยชน์ในการเดินทางและการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็นสาธารณะ โดยได้รับยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียมและค่าเช่าเพิ่มเติมสำหรับสัตว์เครื่องมืออุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยความพิการดังกล่าว

(9) การจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

(10) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ ผู้ช่วยคนพิการให้มีสิทธิได้รับการลดหย่อนหรือยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียมตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดูจากหน่วยงานของรัฐ ในกรณีที่มีสถานสงเคราะห์เอกชนจัดที่อยู่อาศัยและสวัสดิการให้แล้ว รัฐต้องจัดเงินอุดหนุนให้แก่สถานสงเคราะห์เอกชนนั้นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ ผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรม ทักษะ การเลี้ยงดู การจัดการศึกษา การส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อให้พึ่งตนเองได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี หรือยกเว้นภาษีตามที่กฎหมายกำหนด องค์กรเอกชนที่จัดให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ตามมาตรา นี้ มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี หรือยกเว้นภาษีเป็นร้อยละของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนด

### 2.3.5 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

สิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้มีบทบัญญัติในการคุ้มครองสิทธิของคนพิการไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เป็นผลมาจากการรวมพลังกันขององค์กรคนพิการในระหว่างการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญด้วยรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง การรณรงค์ให้มีการบรรจุสิทธิของคนพิการครั้งสำคัญเกิดขึ้นในการสัมมนาเรื่อง “บทบัญญัติรัฐธรรมนูญที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ” จัดโดยสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเมื่อวันที่

20 กุมภาพันธ์ 2550 ณ ห้องประชุมสำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งข้อเสนอในการร่างรัฐธรรมนูญจากการประชุมร่วมระหว่างคณะกรรมการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับคณะอนุกรรมการด้านผู้พิการ ในคณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีประเด็นที่นำเสนอคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ 10 ประเด็น ดังนี้

(1) คนพิการไม่ใช่คนป่วย ผู้พิการเห็นว่าความพิการเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างอัตลักษณ์ หรือความบกพร่องของบุคคลกับสภาพแวดล้อม (Social Mode) คนพิการไม่ได้อยู่ในกลุ่มสภาพทางกาย หรือสุขภาพบกพร่อง ซึ่งเป็นการมองความพิการในมิติทางการแพทย์ (Medical Model) ที่มองคนพิการเป็นคนป่วย คนที่ผิดปกติและต้องการการดูแล

(2) คนพิการไม่ใช่เป็นพลเมืองชั้น 3 ข้อเสนอแนะ คือ

(2.1) การประกันความเสมอภาคและสิทธิของบุคคลทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการ ต้องชัดเจนและจริงจังมากขึ้น

(2.2) ขจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการ

(2.3) การหลีกเลี่ยงไม่กำหนด หรือละเว้นการให้ความช่วยเหลืออย่างสมเหตุสมผล (Reasonable Accommodation) ถือเป็นทางเลือกปฏิบัติ

(3) โลกนี้ไม่มีคนพิการ มีแต่สังคมพิการ-การคุ้มครองสิทธิคนพิการไม่ควรถูกชี้้นำให้มองตัวคนพิการเพียงอย่างเดียว ต้องพิจารณาจากสภาพแวดล้อมและสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความพิการ

(4) โขตรวนที่สังคมตรึงคนพิการ

(4.1) การ “ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก” สำหรับคนพิการให้หมายความถึง การเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (Accessibility) ซึ่งรวมถึงผลิตภัณฑ์ สิ่งของ วัตถุ สภาพแวดล้อม แผนงาน โครงการและกิจกรรมด้านการพัฒนาทุกรูปแบบ บริการสิ่งอำนวยความสะดวก สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสวัสดิการ ซึ่งภาษาอังกฤษใช้ 1 คำที่สามารถครอบคลุม คือ

(4.1.1) Product หมายถึง สิ่งที่เป็นผลผลิต อันได้แก่ สินค้า สิ่งของ วัตถุและนวัตกรรมทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้

(4.1.2) Environment หมายถึง สภาพแวดล้อมทั้งทางสถาปัตยกรรม การขนส่ง ข้อมูลข่าวสารการสื่อสารและเทคโนโลยี

(4.1.3) Program หมายถึง แผนงาน โครงการและกิจกรรมด้านการพัฒนาทุกรูปแบบ

(4.1.4) Service หมายถึง บริการ

(4.1.5) Welfare หมายถึง สวัสดิการต่าง ๆ

(4.2) คนทุกกลุ่มรวมทั้งคนพิการมีเสรีภาพในการเดินทาง ฉะนั้น รัฐต้องคุ้มครองเสรีภาพในการเดินทางของคนพิการ โดยจัดสภาพแวดล้อมที่มีข้อจำกัด เช่น ถนน ยานพาหนะ ระบบขนส่งสาธารณะและระบบขนส่งมวลชน เป็นต้น การไม่อำนวยความสะดวกในเรื่องนี้ถือเป็นการจำกัดเสรีภาพ

(4.3) สังคมปิดกั้นปิดกั้นคนพิการ-คนทุกกลุ่มรวมทั้งคนพิการมีเสรีภาพในการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ฉะนั้น รัฐต้องคุ้มครองเสรีภาพในการเข้าถึงและการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารของคนพิการแต่ละประเภท ซึ่งต้องการสื่อ หรือรูปแบบการติดต่อสื่อสารที่แตกต่างกัน เช่น คนตาบอดต้องอ่านเอกสารอักษรเบรลล์ คนหูหนวกต้องสื่อสารด้วยภาษามือ เป็นต้น ทั้งนี้ การไม่อำนวยความสะดวกในเรื่องนี้ถือเป็นการจำกัดเสรีภาพ

(5) หมดยุคสงเคราะห์คนพิการ-ต้องใช้คำว่า “สวัสดิการ” แทนคำว่า “สงเคราะห์” เพราะการสงเคราะห์นำไปสู่ความเข้าใจว่าการให้ตามความสมัครใจและตามความพร้อมซึ่งไม่สามารถนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

(6) คนพิการคนของชุมชนท้องถิ่น

(6.1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการทำหน้าที่คุ้มครองส่งเสริมและพัฒนาคนพิการรวมทั้งผู้ปกครองหรือครอบครัว

(6.2) รัฐต้องจัดสวัสดิการดูแลเด็ก หรือคนพิการที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ให้มีชีวิตพอเพียงอย่างต่อเนื่อง

(7) คนพิการทำอะไรได้มากกว่าที่ใครคิด การกำหนดหลักประกันในการมีงานทำของคนพิการและครอบครัวรวมทั้งกำหนดค่าจ้างและการจัดสวัสดิการอย่างเป็นธรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและครอบครัว

(8) ครอบครัวที่พึ่งตั้งแต่เกิดถึงเชิงตะกอนของคนพิการ การคุ้มครอง ส่งเสริมและพัฒนาผู้ปกครอง หรือครอบครัวของเด็ก หรือคนพิการเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและครอบครัว

(9) ความพิการไม่จำกัดเพศและอายุ การจัดการดูแลบุคคลทุกกลุ่ม เช่น เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส ต้องหมายรวมถึงการดูแลคนพิการซึ่งรวมอยู่ในกลุ่มบุคคลนั้น ๆ ด้วย

(10) คนพิการเหยื่อของความรุนแรง รัฐต้องคุ้มครองการกระทำรุนแรงต่อคนพิการโดยเฉพาะเด็กพิการ สตรีพิการและผู้สูงอายุพิการ

### 2.3.6 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

สิทธิคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 คนพิการจะต้องได้รับสิทธิในสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐ ตลอดจนให้รัฐต้องสงเคราะห์คนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

มาตรา 20 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐ ดังนี้

(1) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

(2) การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ หรือแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมในสถานศึกษาเฉพาะ หรือในสถานศึกษาทั่วไป หรือการศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกสื่อบริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

(3) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐาน การคุ้มครองแรงงาน มาตรการเพื่อการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระและบริการสื่อสิ่งอำนวยความสะดวกเทคโนโลยี หรือความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานประกาศกำหนด

(4) การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

(5) การช่วยเหลือให้เข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาและบริการอันเป็นสาธารณะ ผลิตภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือทางกฎหมายและการจัดหาทุนความแตกต่างแก้ต่างคดีให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(6) ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารสำหรับคนพิการทุกประเภทตลอดจนบริการสื่อสารสาธารณะจากหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกำหนดในกฎกระทรวง

(7) สิทธิที่จะนำสัตว์นำทางเครื่องมือ หรืออุปกรณ์นำทาง หรือเครื่องช่วยความพิการใด ๆ ติดตัวไปในยานพาหนะ หรือสถานที่ใด ๆ เพื่อประโยชน์ในการเดินทางและการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ โดยได้รับยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียมและค่าเช่าเพิ่มเติมสำหรับสัตว์เครื่องมืออุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยความพิการดังกล่าว

(8) การจัดสวัสดิการเบี่ยงความพิการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

(9) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

(10) คนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการ มีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดูจากหน่วยงานของรัฐ

(11) ผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การเลี้ยงดู การจัดการศึกษา การส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้พึ่งตนเองได้

(12) คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี หรือยกเว้นภาษีและองค์กรเอกชนที่จัดให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี หรือยกเว้นภาษีเป็นร้อยละของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนด

สรุปได้ว่า พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่กำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้ดีขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีการกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการ เพื่อมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ซึ่งแตกต่างกับพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ที่ให้ความสำคัญเพื่อการคุ้มครอง สงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น

### 2.3.7 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559

มีวิสัยทัศน์ “คนพิการดำรงชีวิตอิสระร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน” โดยมี 5 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมโดยไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสารที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เสริมสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ

โดยจำแนกข้อมูลการวัดจากดัชนีตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตคนพิการและมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมี 7 ด้าน 8 องค์ประกอบ 26 ตัวชี้วัด ดังนี้

(1) สิทธิและความเท่าเทียม มี 2 องค์ประกอบ มี 6 ตัวชี้วัด คือ

(1.1) การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ มี 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

(1.1.1) คนพิการได้รับบัตรประจำตัวคนพิการ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 95 ของคนพิการที่ต้องการรับบัตรประจำตัวคนพิการ

(1.1.2) คนพิการได้รับเบี้ยความพิการ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 95 ของคนพิการที่จดทะเบียน

(1.1.3) คนพิการและหรือผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิคนพิการตามกฎหมาย ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 60 ของคนพิการที่ได้รับบัตรประจำตัวคนพิการ

(1.1.4) คนพิการสามารถดำเนินการร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิและดำเนินการคุ้มครองสิทธิคนพิการ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 50 ของคนพิการที่ต้องการร้องเรียน

(1.1.5) คนพิการและหรือผู้ดูแลเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตามมาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง การช่วยเหลือเข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม ข้อมูลข่าวสาร บริการล่ามภาษามือ สิทธินำสัตว์นำทาง เครื่องมือ หรืออุปกรณ์นำทาง เบี้ยความพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย รัฐอุดหนุนเงินให้สถานสงเคราะห์เอกชนที่มีคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการได้รับบริการให้คำปรึกษาแนะนำ ฝึกอบรมทักษะการเลี้ยงดูคนพิการและผู้ดูแลคนพิการได้รับการลดหย่อน หรือยกเว้นภาษี) ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 95 ของคนพิการที่ได้รับบัตรประจำตัวคนพิการ

(1.2) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มี 1 ตัวชี้วัด คือ คนพิการและหรือผู้ดูแลเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิประโยชน์จากสื่อ หรือหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 60 ของคนพิการในพื้นที่

(2) สุขภาวะคนพิการ มี 1 องค์ประกอบ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มี 3 ตัวชี้วัด คือ

(2.1) คนพิการได้รับบริการตามระบบสาธารณสุข ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 70 ของคนพิการในพื้นที่

(2.2) คนพิการและหรือผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 70 ของคนพิการในพื้นที่

(2.3) คนพิการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 100 ของคนพิการในพื้นที่

(3) การศึกษา มี 1 องค์ประกอบ คือ การส่งเสริมการศึกษา มี 3 ตัวชี้วัด คือ

(3.1) คนพิการได้รับการศึกษาตามระบบที่กำหนดตรงตามศักยภาพตนเอง ซึ่งมีเกณฑ์ คือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ของจำนวนคนพิการในปีที่ผ่านมา

(3.2) คนพิการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านการศึกษาในสถาบันการศึกษา ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 70 ของคนพิการที่อยู่ในระบบการศึกษา

(3.3) คนพิการสำเร็จการศึกษาในช่วงชั้นของการศึกษา หรือตามแผนการจัดการศึกษารายบุคคล (IEP) ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 50 ของจำนวนที่เข้าเรียน

(4) ด้านอาชีพ การจ้างงานและรายได้ มี 1 องค์ประกอบ คือ การฝึกอาชีพและการมีรายได้ มี 5 ตัวชี้วัด คือ

(4.1) คนพิการและหรือผู้ดูแลได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาด้านอาชีพ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 50 ของคนพิการที่ต้องการฝึกอาชีพ

(4.2) คนพิการและหรือผู้ดูแลสามารถสำเร็จการศึกษาได้ตามหลักสูตรอาชีพที่ฝึก ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 80 ของคนพิการที่เข้าเรียน

(4.3) คนพิการและหรือผู้ดูแลเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแหล่งกักเงินเพื่อประกอบอาชีพ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 50 ของคนพิการที่ต้องการกักเงินประกอบอาชีพ

(4.4) คนพิการและหรือผู้ดูแลมีอาชีพและมีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 50 ของคนพิการที่ประกอบอาชีพอิสระ หรือทำงาน

(4.5) คนพิการได้รับการจ้างงานผ่านระบบบริหารจัดการหางานของคนพิการ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 30 ของคนพิการที่สมัครงานผ่านระบบบริการจัดการหางานคนพิการ

(5) ด้านการออกสู่สังคม มี 1 องค์ประกอบ คือ การร่วมกิจกรรมทางสังคม มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

(5.1) คนพิการได้รับการฝึกทักษะการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับเป้าหมายของตนเอง ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 50 ของคนพิการที่มีเป้าหมายตนเองและต้องการฝึกทักษะ

(5.2) คนพิการได้เข้าร่วมกิจกรรมตามหลักศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 40 ของคนพิการในพื้นที่

(5.3) คนพิการได้รับสิทธิการมีผู้ช่วยคนพิการตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการจัดปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลและสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. 2552 ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 20 ของคนพิการที่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยคนพิการและปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

(5.4) คนพิการและหรือผู้ดูแลได้รับการฝึกอบรมการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวด้วยสัมพันธภาพที่ดีมีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งมีเกณฑ์ คือ จำนวนคนพิการที่ถูกทอดทิ้งลดน้อยลงจากปีที่ผ่านมา

(5.5) มีการรวมกลุ่มคนพิการและหรือชมรมคนพิการ หรือกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 30 ของคนพิการในพื้นที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม

(5.6) คนพิการและหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมประชุมกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องกับงานคนพิการในหน่วยงานราชการ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ มีนโยบาย แผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการอย่างน้อย 2 เรื่องต่อปี

(6) ด้านกีฬาและนันทนาการ มี 1 องค์ประกอบ คือ กีฬาและนันทนาการ มี 1 ตัวชี้วัด คือ คนพิการสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเล่นกีฬาและนันทนาการ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 จากจำนวนคนพิการที่เข้าร่วมกิจกรรมในปีที่ผ่านมา

(7) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มี 1 องค์ประกอบ คือ คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกในหน่วยของภาครัฐและภาคเอกชน มี 2 ตัวชี้วัด คือ

(7.1) คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกในหน่วยของภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 50 ของคนพิการในพื้นที่เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกในหน่วยของภาครัฐและภาคเอกชน

(7.2) คนพิการพึงพอใจในการประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ ซึ่งมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 50 ของคนพิการในพื้นที่พึงพอใจในการใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ

จากการกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านคนพิการเพื่อให้คนพิการมีศักยภาพที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและสร้างสรรค์ มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 ได้มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554 เพื่อเป็นการกำหนดขึ้นเป็นกรอบทิศทางแนวทางการบริหารจัดการการดำเนินงานด้านคนพิการ โดยมีวิสัยทัศน์ให้ภาคีภาครัฐและองค์กรเอกชนด้านคนพิการใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการ การดำเนินงานตามภารกิจขององค์กรให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ โดยมีวิสัยทัศน์ให้คนพิการได้รับการคุ้มครองสิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ มีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และเสมอภาคภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค

ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แนวทางและมาตรการ

(1) จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานด้านคนพิการแห่งชาติ เพื่อประสานการบริหารจัดการระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้เป็นไปตามเป้าหมายโดยใช้หลักธรรมาภิบาล

(2) พัฒนาระบบบริหารคนพิการทุกด้าน ทั้งทางด้าน การแพทย์ การศึกษา อาชีพและสังคม ให้ครอบคลุมทั่วถึง

(3) ส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนมีการจัดสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลืออื่นใด ล่ามภาษามือ เอกสารอักษรเบลล์ หนังสือเสียง การอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

(4) ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านคนพิการให้มีจำนวนเพียงพอและมีความรู้ความสามารถที่จะเป็นผู้ให้บริการทุกด้านรองรับทันความต้องการจำเป็นด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และกระแสนการเปลี่ยนแปลงของโลก

(5) ผลักดันให้เกิดระบบการจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนและเพิ่มรายรับของกองทุนเพื่อให้หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนสามารถให้บริการแก่คนพิการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

(6) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทุกด้านและผลงานวิจัยไปปรับใช้เพื่อพัฒนางานด้านคนพิการ

(7) สนับสนุนทุกการวิจัยและการเผยแพร่ผลงาน

(8) สนับสนุนให้องค์กรที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลด้านคนพิการให้เป็นระบบการที่มีประสิทธิภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แนวทางและมาตรการ

(1) ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งและหรือการดำเนินงานขององค์กรด้านคนพิการ และเครือข่ายในด้านงบประมาณวิชาการและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

(2) สนับสนุนให้องค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายมีบทบาทเป็นที่ปรึกษา หรือคณะกรรมการระดับท้องถิ่นถึงระดับชาติ เพื่อให้ข้อคิดเห็นนำสู่การตัดสินใจของรัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านคนพิการ

(3) ยกระดับความสามารถในการแก้ปัญหาและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย

(4) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรู้ ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการ

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมเจตคติที่ดีของคนพิการ ครอบครัวและสังคมที่มีต่อความพิการ และคนพิการ แนวทางและมาตรการ

(1) พัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางสังคมในทุกระบบทั้งหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องให้คนพิการและครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง

(2) ส่งเสริมให้สตรีมีโอกาสแสดงศักยภาพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

(3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนจัดกิจกรรมในการเสริมสร้างเจตคติที่ถูกต้องและสร้างสรรค์ต่อความพิการ คนพิการและครอบครัว

(4) สนับสนุนการจัดทำสื่อที่มีคุณภาพเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมศักยภาพ การมีส่วนร่วมและความเสมอภาคของคนพิการ

(5) สนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการมีงานทำ

(6) ส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนติดตามประเมินผลจำนวนคนพิการที่สามารถดำรงชีวิตอิสระ

ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของคนพิการ แนวทางและมาตรการ

(1) ผลักดันให้มีนโยบายและวาระแห่งชาติในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค (Accessible Environment) และส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เพื่อก้าวสู่สังคมที่ปราศจากอุปสรรคเพื่อคนทั้งมวล (Barrier free Society for All) และผลักดันให้มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

(2) ยกร่าง หรือปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับอาคาร สถานที่ การขนส่ง บริการสาธารณะ โทรคมนาคม (Telecommunication) เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology) รวมทั้งเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก (Assistive Technology) ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคและบริการทุกด้านแก่คนพิการ

(3) ส่งเสริมการจัดหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนด้านการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรม (Universal Design)

(4) ส่งเสริมสนับสนุนสถานศึกษาให้มีการจัดการเรียนการสอนด้านการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรม (Universal Design)

(5) พัฒนาและขยายศูนย์ส่งเสริมและสาธิตให้บริการด้านการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรม (Universal Design) ทั้งสำหรับการเรียนการสอนและการขยายบริการสู่ชุมชน

(6) สร้างกลไกการติดตาม กำกับ ดูแลและตรวจสอบด้านสภาพแวดล้อมและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากอุปสรรค



## 2.4 รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน

### 2.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคม

สวัสดิการสังคม หมายถึง ระบบการจัดบริการทางสังคมซึ่งเกี่ยวกับการป้องกัน การแก้ไข ปัญหา การพัฒนาและการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรมและให้เป็นไปตามมาตรฐานทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรมและบริการสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับและการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ

การจัดสวัสดิการสังคม หมายถึง การจัดบริการสวัสดิการตามมาตรฐานที่พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 กำหนด

รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคม หมายถึง การจัดสวัสดิการสังคมที่เกิดขึ้นในความเป็นจริงของสังคมไทย ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายโดยใช้ฐานคิดในลักษณะใดลักษณะหนึ่งในสังคมนั้น ๆ โดยทั่วไปที่ปรากฏ มีดังนี้

#### (1) รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมตามพื้นที่ (Area-based)

การจัดสวัสดิการสังคมในรูปแบบของพื้นที่เป็นฐาน โดยทั่วไปเป็นการจัดตามพื้นที่ภูมิศาสตร์ พื้นที่การปกครองประเทศ เช่น ภาค จังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น ตำบล เป็นต้น รูปแบบการจัดสวัสดิการลักษณะนี้หน่วยงานในพื้นที่จะต้องมาร่วมกันจัดบริการตามภารกิจ หน้าที่ขององค์กรสวัสดิการสังคม เพื่อให้เกิดความครอบคลุม ทั่วถึง เป็นธรรมและมีมาตรฐานที่ดีด้านคุณภาพบริการ

รูปแบบสวัสดิการสังคมตามพื้นที่เป็นฐานมีข้อจำกัดต่อการเข้าถึงแหล่งบริการของกลุ่มเป้าหมายเพราะต้องแสดงหลักฐานสิทธิตามภูมิลำเนาของการตั้งถิ่นฐานที่อยู่อาศัยเป็นหลัก ปัจจุบันรูปแบบนี้ควรพัฒนาโดยใช้มิติอื่น ๆ มาร่วม เช่น ใช้ทั้งพื้นที่เป็นฐาน (Area-based) ร่วมกับการใช้โครงสร้างการบริหารงานขององค์กรภาครัฐ (Functional-based) และการใช้การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ (Participation-based) เพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดสวัสดิการทั้งแนวดิ่ง (การสั่งการจากบนลงล่าง) และแนวนราบร่วมกันที่สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ

#### (2) รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมตามวิธีการ (Methods)

รูปแบบนี้ให้ความสำคัญกับวิธีการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ระดับจุลภาค เช่น เฉพาะรายกลุ่มชนและชุมชน ซึ่งถือเป็นรูปแบบการจัดบริการโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ขณะที่การให้บริการโดยทางอ้อมระดับมหภาค เช่น การบริหารงานองค์กรและการวิจัยเป็นการสนับสนุนให้เกิดรูปแบบการจัดสวัสดิการใหม่ ๆ ขึ้น แต่โดยทั่วไปรูปแบบการจัดสวัสดิการจะเน้นที่การให้บริการเฉพาะรายมาก ส่งผลให้รูปแบบการจัดสวัสดิการในวิธีอื่น ๆ ได้รับความสำคัญน้อยกว่ารูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมในลักษณะนี้ จึงต้องใช้ทั้งระดับจุลภาคร่วมกับระดับมหภาค

ปัจจุบันรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมตามวิธีการจึงต้องมีการพัฒนาหลาย ๆ วิธีการทางสังคมสงเคราะห์เน้นการบูรณาการร่วมกันโดยเฉพาะการกระทำทางสังคม (Social action) เช่น การรณรงค์ การผลักดัน การต่อรองกับกลไกต่าง ๆ ทางสังคมให้เกิดรูปแบบสวัสดิการใหม่ ๆ ขึ้น

#### (3) รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมในลักษณะของการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movement)

รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมในลักษณะนี้เป็นการสร้างกระแสใหม่ กระแสทางเลือกของสังคมต่อการจัดสวัสดิการที่เชื่อมโยงกับประเด็นปัญหาสำคัญของสังคม ที่เชื่อว่าต้องมีการเสริมสร้างพลัง

อำนาจ (Empowerment) ให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ให้อำนาจการปกป้อง คุ้มครองสิทธิของตนเอง การเมือง และสังคมวัฒนธรรม การเคลื่อนไหวทางสังคมก็เพื่อสร้างความตระหนักของคนในสังคมให้มีความรับผิดชอบ ทางสังคมร่วมกัน เช่น การใช้เครือข่าย การใช้องค์กรชุมชนเคลื่อนไหวต่อรองกับอำนาจรัฐ เป็นต้น รูปแบบนี้ เชื่อว่าจำเป็นต้องกำหนดแผนยุทธศาสตร์ เป้าหมาย กลไกการทำงานเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนไปในทิศทางที่ เหมาะสม

#### (4) รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมโดยสถาบัน (Institutional-based)

รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมโดยสถาบันเป็นการจัดสวัสดิการที่รัฐเชื่อว่ารัฐควรแทรกแซง การจัดสวัสดิการให้กับประชาชนโดยใช้โครงสร้างอำนาจของรัฐทำหน้าที่จัดระบบสวัสดิการสังคมในลักษณะ ต่าง ๆ ได้แก่ สวัสดิการภาคบังคับ ซึ่งเป็นการจัดผ่านกลไกนโยบายสังคมตามกฎหมาย ตัวอย่างสวัสดิการ ภาคบังคับ เช่น บริการประกันสังคม บริการการศึกษาภาคบังคับ บริการประกันสุขภาพ บริการสถาน สงเคราะห์ต่าง ๆ เป็นต้น แต่เนื่องจากบริการดังกล่าวไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของทุกคนใน สังคมได้ จึงทำให้เกิดรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการที่ลดการพึ่งพาสถาบันลง (Deinstitutional-based) บริการในลักษณะนี้จะเกิดขึ้นจากภาคส่วนของชุมชน ประชาชนที่มีศักยภาพและมีความเข้มแข็งเข้ามามี ส่วนร่วมในการจัดบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ชุมชน บริการ ลักษณะนี้มีความเชื่อว่ารัฐควรลดบทบาทการแทรกแซงการจัดสวัสดิการลง แต่ควรปล่อยให้กลไกของชุมชน ทำหน้าที่จัดสวัสดิการแทนรัฐ

อย่างไรก็ตามนักวิชาการไทยหลายท่านเชื่อว่าการจัดสวัสดิการสังคมของไทยควรใช้ รูปแบบทั้งโดยสถาบัน (Institutional-based) และรูปแบบการจัดบริการสวัสดิการที่ลดการพึ่งพาสถาบันลง (Deinstitutional-based) มาเป็นรูปแบบสวัสดิการผสม (Mixed model) ที่ใช้ทั้ง 2 ลักษณะผสมผสาน เข้าด้วยกันจึงจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนโดยรวม

นอกจากนี้รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคม หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการ จัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม เป็นธรรม ทัวถึง เท่าเทียม มีมาตรฐาน เป็นรูปแบบที่มีความหลากหลาย เป็นสวัสดิการแบบทางเลือกให้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในสังคม

ทางเลือกของรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคม หมายถึง การที่ภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมมีส่วนร่วม กำหนด ร่วมจัดรูปแบบสวัสดิการสังคมที่มีมากกว่า 1 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบรัฐสวัสดิการ รูปแบบ สวัสดิการพหุลักษณะ รูปแบบสวัสดิการสังคมประชานิยม รูปแบบสวัสดิการสังคมท้องถิ่นและรูปแบบ สวัสดิการสังคมเฉพาะกลุ่ม

รูปแบบสวัสดิการ หมายถึง รูปแบบสวัสดิการที่เกิดจากการจัดสวัสดิการมากกว่า 1 รูปแบบ ขึ้นไป ถือเป็นรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นจากการจัดระเบียบโลกใหม่ (New World Order Model) ของนักคิด สวัสดิการสังคมทั่วโลกที่เชื่อว่าหลังยุคโลกาภิวัตน์ได้ส่งผลให้ระบบสวัสดิการสังคมในอดีตที่ผ่านมาต้องปรับตัว ใหม่ เนื่องจากความหลากหลายของชนเผ่า เชื้อชาติและวัฒนธรรมมีมากขึ้น การจัดสวัสดิการในรูปแบบนี้จึง ให้ความสำคัญกับมนุษย์ทุกคน (Welfare for alls) ภายใต้หลักการสิทธิ ความเท่าเทียม ความเป็นธรรม การมีส่วนร่วมและความต้องการของประชาชนในที่นี้หมายถึง 3 ส่วนหลัก ได้แก่

##### (1) สวัสดิการกระแสหลัก

สวัสดิการกระแสหลัก หมายถึง สวัสดิการโดยรัฐ กล่าวคือเป็นการจัดสวัสดิการภาค บังคับของรัฐที่จัดให้กับประชาชนโดยคำนึงถึงความครอบคลุม ทัวถึง เป็นธรรม ครบถ้วน โดยมีรูปแบบที่จัดให้ เช่น การจัดบริการในรูปแบบของสถาบัน การจัดบริการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดสวัสดิการ

กระแสหลักส่วนใหญ่จะเป็นการจัดโดยผ่านกลไกระบบการเงินการคลัง ระบบภาษีของรัฐและโครงสร้างการบริหารงานขององค์กรเป็นหลัก เช่น รูปแบบสวัสดิการพื้นฐาน (ภาคบังคับ) รูปแบบสวัสดิการท้องถิ่น เป็นต้น

## (2) สวัสดิการกระแสรอง

สวัสดิการกระแสรอง หมายถึง สวัสดิการทางเลือกที่เกิดขึ้นจากศักยภาพ ความเข้มแข็งของภาคชุมชน ภาคประชาชนและภาคพื้นถิ่น สวัสดิการในรูปแบบนี้จะเกิดขึ้นจากความสนใจ ความสมัครใจ ร่วมกันของกลุ่มเป้าหมาย เป็นรูปแบบที่เป็นทางการ การจัดระบบสวัสดิการจึงขึ้นอยู่กับข้อตกลงร่วมกัน ประกอบด้วย

(2.1) สวัสดิการพื้นถิ่น หมายถึง การสร้างหลักประกันผ่านช่องทางของวัฒนธรรมให้กับคนในชุมชน เป็นสวัสดิการที่เกิดขึ้นจากฐานคิดด้านประเพณี ด้านวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น ด้านภูมิปัญญาชาวบ้าน ด้านศาสนา ด้านจิตวิญญาณ เช่น กองบุญข้าว กองทุนชาภาคในศาสนาอิสลาม เป็นต้น

(2.2) สวัสดิการชุมชน สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนได้ให้ความหมายสวัสดิการชุมชน หมายถึง การสร้างหลักประกันเพื่อความมั่นคงของคนในชุมชน หมายรวมถึงทุกอย่างที่จะทำให้คนในชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นทั้งในรูปแบบของสิ่งของ เงินทุน น้ำใจ การช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ กองทุนออมวันละบาท กองทุนสวัสดิการผู้นำชุมชน กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

## (3) สวัสดิการท้องถิ่น

สวัสดิการท้องถิ่น หมายถึง สวัสดิการโดยรัฐที่เกิดจากการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น เป็นรูปแบบการจัดสวัสดิการร่วมระหว่างรัฐบาลกลางกับท้องถิ่นโดยใช้แผน โครงการ กิจกรรมด้านสวัสดิการสังคมที่ตอบสนองกับความต้องการของแต่ละท้องถิ่น

ทิศทางการจัดสวัสดิการสังคม หมายถึง การคาดการณ์ถึงการปรับตัวของระบบการจัดสวัสดิการสังคมไทยในอนาคตที่น่าจะเกิดขึ้น หรือเป็นไปได้ในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า ในที่นี้จะคาดการณ์เป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น (5 ปี) ระยะยาว (10 ปีขึ้นไป)

ขอบเขตของงานสวัสดิการสังคม (Field of Social Welfare)

(1) การศึกษา (Education)

(2) สุขภาพอนามัย (Health Care)

(3) การประกันรายได้ (Income Maintenance) : มีงานทำ มีรายได้ มีสวัสดิการแรงงาน

(4) ที่อยู่อาศัย (Housing)

(5) ความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงทางสังคม (Safety in Life and Property)

(6) นันทนาการ (Recreation)

(7) บริการสังคมปัจเจกบุคคล (Personal social service)

### 2.4.2 แนวคิดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ

(1) แนวคิดรัฐสวัสดิการ (Welfare State)

เป็นแนวคิดที่สังคมไทยลอกเลียนแบบมาใช้ในการจัดสวัสดิการให้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคมรวมทั้งผู้สูงอายุ โดยนำแนวคิดมาจากประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกาภายใต้ความเชื่อของรัฐบาลไทยที่ว่าสังคมไทยเป็นสังคมระบอบเสรีนิยมประชาธิปไตยเช่นเดียวกับประเทศมหาอำนาจ จากวิธีคิดดังกล่าวทำให้การจัดสวัสดิการเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่ต้องรับผิดชอบเอง ระบบเสรี

นิยมที่ใช้กลไกตลาด (Marketing System) มากำหนด รัฐจะเข้ามาจัดการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เท่านั้น รูปแบบสวัสดิการที่ปรากฏต่อบริการผู้สูงอายุจึงเป็นแบบเก็บตก (Residual Model) บริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุจึงเป็นการจัดให้ตามความจำเป็น (Needs) พื้นฐานเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น ขณะเดียวกันรัฐก็รับแนวคิดรัฐสวัสดิการของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ว่า รัฐมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการจัดสวัสดิการให้กับประชาชนทุกคน ดังจะเห็นได้จากกฎหมายรัฐธรรมนูญไทยปี 2540 ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ความขัดแย้งของแนวคิดรัฐสวัสดิการที่สำคัญ คือ รัฐจะรับผิดชอบจัดสวัสดิการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส กลุ่มชายขอบ หรือผู้สูงอายุทุกคนที่รัฐต้องดูแล

รูปแบบบริการแบบเก็บตก (Residual Model) มีอิทธิพลต่อการจัดบริการสวัสดิการผู้สูงอายุโดยเริ่มจากปี พ.ศ. 2486 รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นเป็นครั้งแรกที่บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ภายใต้นโยบายการสร้างชาติของรัฐ บริการที่รัฐจัดให้จึงเป็นแบบประชาสงเคราะห์ (Public Assistance) โดยใช้แนวคิดการจัดบริการสังคมในลักษณะสถาบันของรัฐ (Institutional Model) ที่ให้กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ทำหน้าที่ดูแลจัดบริการสวัสดิการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ บริการที่สะท้อนแนวคิดที่ชัดเจน เช่น บริการสังคมในชุมชน สถานสงเคราะห์ เบี้ยยังชีพ เป็นต้น

#### (2) แนวคิดการลดการพึ่งพาบริการของรัฐ (Deinstitutional Approaches)

เมื่อแนวโน้มสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากจำนวน 1.21 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 4.02 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2541 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.78 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2541 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.78 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2541:1) รวมทั้งอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของหญิงเพิ่มขึ้นจาก 71.1 ปี ในปี 2539 เป็น 74.9 ปี ในปี 2541 และอายุขัยเฉลี่ยของชายเพิ่มขึ้นจาก 66.6 ปี เป็น 69.9 ปี ซึ่งสูงกว่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนโลกคือ หญิง 68 ปี และชาย 64 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2542) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมตามแนวคิดรัฐสวัสดิการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด การจัดบริการที่ไม่เพียงพอและเกิดความไม่เป็นธรรมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งไม่สามารถกระจายบริการได้อย่างทั่วถึง

รัฐเริ่มนำแนวคิดการลดการพึ่งพาบริการจากรัฐ (Deinstitutional Approaches) มาใช้ รัฐจะจัดบริการที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ ลักษณะบริการที่รัฐนำมาใช้ ได้แก่ บริการเบี้ยยังชีพต่อคนเดือนละ 200 บาท และเพิ่มเป็นเดือนละ 300 บาทต่อคน ช่วง 6 เดือนจากโครงการเมียชวา ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งบริการดังกล่าวจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุลงจากการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ของผู้สูงอายุเท่ากับ 28,200 บาทต่อปี เหลือเพียง 2,400 บาทต่อคนต่อปี

แนวคิดการจัดบริการของสถานสงเคราะห์และเบี้ยยังชีพ รัฐได้นำแนวคิดสวัสดิการสังคมตะวันตกมาใช้ โดยเน้นการให้บริการเชิงปัจเจกบุคคล (Individual) แบบให้เปล่า (Public Assistance) มาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากการใช้แบบ mean-test หากคุณสมบัติของผู้ที่จะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งรัฐเรียกคนกลุ่มนี้ว่าเป็น “ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีผู้ดูแล” ในความเป็นจริงผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังอยู่กับครอบครัว เครือญาติและชุมชนได้ แม้ว่าจะไม่รับบริการจากรัฐ แนวคิดดังกล่าวจึงอาจจะไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยในประเด็นที่ว่า “ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณค่าของครอบครัวและสังคม”

### 2.4.3 แนวคิดครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and Community-Based)

การนำแนวคิดครอบครัวและชุมชนเป็นฐานมาใช้ในการจัดบริการสังคมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่ถือเป็นส่วนหนึ่งของการลดการพึ่งพาบริการจากรัฐ (Deinstitutional Approaches) ที่น่าสนใจ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน จากเป้าหมายการตั้งศูนย์ภายในปี พ.ศ. 2534 จำนวน 3,282 แห่ง เพิ่มขึ้นเป็น 67,884 ศูนย์ในปี พ.ศ. 2541 (สัญญา สนิตวงศ์ ณ อยุธยา อ้างถึงใน กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน, 2541) กิจกรรมหนึ่งของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน คือ การคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับเบี้ยยังชีพ ซึ่งผลการศึกษาของสัญญา สนิตวงศ์ ณ อยุธยา พบว่า ร้อยละ 50.5 ของกิจกรรมศูนย์เป็นการจัดเรื่องเบี้ยยังชีพ รวมทั้งพาผู้สูงอายุไปเปิดบัญชีและรับเงินได้ ปัจจุบันกิจกรรมของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านถูกถ่ายโอนงานไปอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด เป็นผู้ดูแลแทนประชาสงเคราะห์จังหวัด จากลักษณะดังกล่าวเป็นการสะท้อนให้เห็นว่ารัฐไม่ได้คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตามแนวคิดชุมชนเป็นฐานแต่อย่างใด

แนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชน (Collective Welfare) ที่เกิดขึ้นจากความต้องการ ความสนใจและการสร้างความมั่นคงในชีวิตผู้สูงอายุเอง คือ กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ในหมู่บ้าน เป็นกองทุนสวัสดิการรวมของหมู่บ้าน เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นการรวมกลุ่มของคนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัยที่ต้องการช่วยเหลือคนในหมู่บ้านเมื่อเสียชีวิต โดยเก็บคนละ 10 บาท หรือ 20 บาท และมอบให้แก่ญาติผู้ตายทันที ผู้สูงอายุถือว่าเป็นการทำบุญช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ขณะที่กลุ่ม หรือสมาคม ฌาปนกิจสงเคราะห์ที่รัฐมอบให้กองความมั่นคงทางสังคม กรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้ดูแลจะให้ความสำคัญกับการดำเนินตามพระราชบัญญัติฌาปนกิจสงเคราะห์ พ.ศ. 2541 ควบคุมการโอนเงินและผลประโยชน์ที่สมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์จะได้รับ ซึ่งผู้สูงอายุและสมาชิกส่วนใหญ่มองว่าการเป็นสมาชิกของสมาคม ฌาปนกิจสงเคราะห์จะเป็นภาระในการจ่ายเงิน แนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชน (Collective Welfare) ของไทยก็คืออุดมการณ์ของกลุ่มเฟเบียน (Fabian) ในกลุ่มประเทศสังคมนิยมของแนวคิดสวัสดิการสังคมตะวันตกนั่นเอง ซึ่งแนวคิดนี้จะเชื่อในระบบคอมมูน (Commune) โดยทุกคนจะนำผลผลิตมารวมไว้ส่วนกลางและจะมีการจัดสรรทรัพยากรให้กับทุกคนในสังคมอย่างเท่าเทียมกันทุกด้าน (Equality) แต่กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ในหมู่บ้านจะเป็นการตั้งโดยกำหนดวัตถุประสงค์ในการให้หลักประกันความมั่นคงทางสังคม (Social Security) กับผู้สูงอายุเมื่อตายเท่านั้น

### 2.4.4 แนวคิดการจัดสวัสดิการเพื่อคนพิการ

รูปแบบการให้บริการสังคมเพื่อช่วยเหลือคนพิการ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (ทวี เชื้อสุวรรณทวีและคณะ, 2549)

(1) การสงเคราะห์ หรือการประชาสงเคราะห์ (Public assistant) หมายถึง การบริการช่วยเหลือคนพิการแบบชั่วคราว เป็นการแก้ไขเฉพาะหน้า คนพิการมีฐานะเป็นผู้ขอรับบริการการช่วยเหลือหรือฐานะต่ำกว่าผู้ให้ และมักเป็นการดำเนินงานบนฐานคิด ปรัชญาการทำบุญกุศล เป็นการแบ่งปันของผู้มีจิตเมตตา สงสารต่อคนพิการ (Philanthropy and charity base) เป็นหลัก เช่น การบริจาค ให้เงิน ให้สิ่งของ การให้เบี้ยยังชีพ ซึ่งการบริการช่วยเหลือเช่นนี้มักไม่เป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการ หรือในระดับสากล เนื่องจากมองว่าการช่วยเหลือดังกล่าวเป็นการกดทับ กดขี่คนพิการ ตอกย้ำความไม่เท่าเทียมและดูหมิ่นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่ในทางปฏิบัติอาจยังพบเห็นได้โดยทั่วไป เช่น การบริจาคเงินแก่คนพิการในชุมชน การแจกข้าวสารอาหารแห้ง ผ้าห่ม สิ่งของ เป็นต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสภาพความเป็นจริงส่วนใหญ่มี

ฐานะยากจน มีความพิการรุนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ประกอบกับความเชื่อ ค่านิยมของสังคมที่มีต่อคนพิการในทางลบว่ามีความแตกต่างจากคนปกติทั่วไป

(2) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation service) แต่เดิมมักหมายถึง การช่วยเหลือบริการ ปรึกษาประคับประคองผู้ป่วย หรือคนพิการที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ให้มีชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพ รวมไปถึง การทำกิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด การเยียวการรักษาที่เรื้อรัง แต่ในมิติของคนพิการและเชิงวิชาการ ปัจจุบันมีความหมายกว้างมากขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหมายถึง “แบบแผนการบริการคนพิการที่เป็นองค์รวมและบูรณาการทางด้านกายภาพ จิตสังคม และอาชีพที่ช่วยให้เสริมพลังอำนาจแก่คนพิการให้เต็มเต็มความเป็นบุคคล มีคุณค่าทางสังคมและสามารถดำรงอยู่ มีปฏิบัติสัมพันธ์อย่างเต็มศักยภาพในสังคมโลก” ซึ่งการบริการแบบนี้มีฐานคิด ปรัชญามาจากแบบแผนทางการแพทย์ (Medical model) กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือนักวิชาชีพ (Professional or specialist) โดยคนพิการอยู่ในฐานะผู้รับบริการ หรือคนไข้ (Client) แม้จะมีแนวคิดและยกฐานะให้บริการกับคนพิการให้มีความเท่าเทียมกัน แต่ก็ยังเป็นแนวคิดในกลุ่มนักทฤษฎีบางกลุ่มเท่านั้น โดยเฉพาะกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic theory) เช่น Carl R. Rogers ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาการศึกษา ผู้เป็นเจ้าของทฤษฎีการใช้บุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy) แต่นักคิด นักทฤษฎีส่วนใหญ่ยังยึดปรัชญาแบบแผนทางการแพทย์ดั้งเดิมและยังใช้ญาณวิทยา หรือวิธีการแสวงหาความรู้ความจริงแบบปฏิฐานนิยม (Positivism) ซึ่งเน้นการวัดและประเมินแบบปรนัย (Objectivism) เน้นความเป็นวิทยาศาสตร์ มีเครื่องมือและวิธีการที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ตัวอย่างรูปแบบการบริการแบบนี้ ได้แก่ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสถาบันเป็นฐาน (Institution-based rehabilitation : IBR) เช่น การให้บริการของโรงพยาบาล โรงเรียนการศึกษาพิเศษทั่วไป ศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) รวมทั้งการจัดฝึกอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ แก่คนพิการของนักวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างการให้บริการคนพิการอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การให้บริการโดยนักวิชาชีพ นักวิชาการที่ออกไปให้บริการคนพิการที่อยู่ตามบ้าน หรือชุมชน (Outreach services) เช่น การออกหน่วยแพทย์พยาบาลเคลื่อนที่ การจัดจำหน่ายทำขาเทียมเคลื่อนที่ การบริการเยี่ยมบ้านและสอนหนังสือคนพิการตามบ้านของศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังอาจรวมถึงกิจกรรมบางส่วนของ การฟื้นฟูสมรรถนะคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation : CBR) ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของคนทุกระดับในชุมชนในการช่วยเหลือคนพิการ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นที่ต้องใช้นักวิชาชีพ นักวิชาการในการกระตุ้น สอนการทำงาน ให้ความรู้แก่คนพิการและชุมชน ในการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถนะคนพิการ เป็นต้น แม้การบริการแบบการสังคมสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจจะแตกต่างกันในด้านผู้ให้บริการช่วยเหลือมีฐานเป็นผู้ใจบุญ หรืออาสาสมัครและนักวิชาชีพตามลำดับ ตลอดจนความลึกซึ้งของการให้บริการก็ตาม แต่ทั้งการสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพมีสิ่งที่เหมือนกัน คือ ส่วนใหญ่ฐานะของผู้ให้บริการจะเหนือกว่าคนพิการ หรือผู้รับบริการ ความสัมพันธ์จึงเป็นแนวดิ่งมากกว่าแนวราบไม่มีความเท่าเทียมกัน

(3) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และการมีวิถีชีวิตอิสระของคนพิการ (Independent living : IL) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย โดยสรุปหมายถึง “การมีส่วนร่วม การควบคุม การมีอำนาจในการตัดสินใจ การกำหนดทางเลือกและทรัพยากรให้แก่ตนเองของคนพิการ” โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดสรรอำนาจและการเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจเสียใหม่ เป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคลและสังคม การเปลี่ยนแปลงสำนักสาธารณสุขและการบรรลุความต้องการของมนุษย์ นำไปสู่การปลดปล่อยปราศจากการกดทับกีดขวาง ซึ่งการบริการแบบนี้มีฐานคิดปรัชญาเป็นแบบแผนทางสังคม (Social model) เน้นความเท่าเทียมในศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมือง นั้นหมายความว่า ฐานะและสัมพันธ์ภาพของ

ผู้ให้บริการและคนพิการมีความเท่าเทียมกัน คนพิการเปลี่ยนฐานะจากผู้รับบริการ หรือคนไข้ (Client or Counselee) ไปเป็นผู้ใช้บริการ หรือผู้บริโภค (Consumer) นักวิชาการ ผู้ช่วยเหลือ อาสาสมัคร เปลี่ยนฐานะจากผู้นำ (Leadership) ไปเป็นผู้อำนวย หรือเป็นผู้มีส่วนร่วม หรือเพื่อนร่วมงาน (Partnership) ตัวอย่างรูปแบบการบริการนี้ เช่น การบริการของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help organization) การใช้ การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อน (Peer counseling) กิจกรรมการดำเนินงานของชมรม หรือสมาคมของคนพิการ เช่น สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย สมาคมคนหูหนวกฯ สมาคมผู้ปกครองเด็กออทิสติก รวมถึงไปถึงศูนย์วิถีชีวิตอิสระของคนพิการ (Independent living center : IL center) และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based rehabilitation : CBR) ในระยะที่คนพิการเป็นกลุ่มหลักในการดำเนินงาน โดยมีสมาชิกในชุมชน นักวิชาการเป็นเพียงส่วนหนึ่งของผู้ร่วมงานเท่านั้น

การบริการแบบที่ 2 และ 3 คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเสริมพลังอำนาจแก่คนพิการมีความแตกต่างจากแบบที่ 1 หรือการสงเคราะห์ กล่าวคือ เป็นการช่วยเหลือบริการที่มุ่งการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและถาวรแก่คนพิการ และมีเป้าหมายสูงสุดร่วมกัน คือ การทำให้คนพิการดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง มีอิสรภาพ แม้วิธีการและฐานะของผู้ให้บริการกับคนพิการอาจแตกต่างกันก็ตาม การบริการแบบที่ 2 ฟื้นฟูสมรรถภาพและแบบที่ 3 เสริมพลังอำนาจ อาจเรียกรวมว่า “การบริการเชิงพัฒนา”

#### 2.4.5 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based rehabilitation)

ปี ค.ศ. 1994 องค์การสหประชาชาติ (UN) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การผู้ใช้แรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และองค์การด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้เล็งเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้ให้นิยามความหมายไว้ดังนี้

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน หมายถึง กลวิธีที่เกิดขึ้นภายในชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชนในเรื่องเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความเท่าเทียมในโอกาสและการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนพิการทุกประเภท โดยดำเนินการผ่านการทำงานร่วมกันของคนพิการ ครอบครัวคนพิการและชุมชน เพื่อให้คนพิการเหล่านั้น มีสุขภาพที่ดี ได้รับการศึกษา การฝึกอาชีพและบริการทางสังคมที่เหมาะสม

การใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นการนำชุมชนมาเป็นหลักมาเป็นหลักในการปฏิบัติงาน โดยสร้างให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเกิดจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล จนเกิดอุดมการณ์ร่วมกันว่าชุมชนเป็นของตน ทำงานเพื่อชุมชนและโดยชุมชน ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผศ.รอ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ (2552:255-258) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย” ผลการศึกษาพบว่า

### 1. ความต้องการสถานบริการ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวจำนวนมากกว่าภาคอื่น ๆ ในประเทศ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันและสภาวะความจำเป็นของสังคมในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ยังมีความเป็นชนบทมากกว่าเป็นชุมชนเมือง ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยลดความจำเป็นในการหาแหล่งที่พึ่งพาให้กับผู้สูงอายุ กล่าวคือ ในชนบทไม่มีความความแออัดของการอยู่อาศัย สภาพแวดล้อมยังไปมาสะดวก ไม่ต้องเผชิญกับ

ปัญหาถดถุด หรือมีความเร่งรีบในการเดินทาง ค่าครองชีพต่ำกว่าและการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุ หรือครอบครัวกับเพื่อนบ้านในชุมชนเดียวกันมีมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองหลวงและจากความเชื่อวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะภาคอีสานที่ได้รับการปลูกฝังมาตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูและการดูแลยามเจ็บป่วยเป็นการแสดงถึงสถานภาพทางสังคมอย่างอื่น การมีญาติ พี่น้อง มิตรสหาย บริวารมาเกี่ยวข้องมากถือว่าได้รับการยอมรับทางสังคมสูง ส่วนการอยู่อย่างโดดเดี่ยวถือเป็นความยากจนไร้ญาติขาดมิตร รวมทั้งความเชื่อในเรื่องการยกย่องผู้อาวุโส ในขณะที่ผู้สูงอายุในเมืองหลวงมักได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยตรง จึงไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด ปัญหาความยากจนของผู้สูงอายุและภาวะเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวยให้ครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการดูแลจากสถานบริบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริบาลขององค์กรเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงหากเป็นการดูแลระยะยาว สำหรับสถานที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในภาครัฐ จะเป็นสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งเน้นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่หรือไร้ที่พึ่งเท่านั้น อย่างไรก็ตามสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในภาคเหนือที่มีเพียงไม่กี่แห่งแต่ล้วนเป็นของภาคเอกชน ซึ่งมีค่าบริการทำให้ผู้รับบริการ หรือครอบครัวมีภาระในค่าใช้จ่ายมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงไม่สามารถรับภาระนี้ได้ทำให้สถานบริบาลโดยเอกชนในต่างจังหวัดที่เคยรับผู้สูงอายุได้หลายคนอาจต้องประสบกับการขาดทุนและปิดกิจการเมื่อไม่สามารถหาเพิ่มจำนวนผู้รับบริการได้

นอกจากนี้วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุยังมีความเคร่งครัดในหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี คือ พ่อแม่ หรือปู่ย่า ตายายยังไม่เปลี่ยนแปลงจากอดีตมากนัก และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวและได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ความต้องการสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในภาคเหนือจึงยังมีไม่มากนักหากเทียบกับสังคมเมือง สภาพสังคมในกรุงเทพมหานครมีความเร่งรีบ ครอบครัวมีเวลาอยู่กับผู้สูงอายุน้อยกว่าในต่างจังหวัดเพราะบุตรหลานต้องออกจากบ้านตั้งแต่เช้าและกลับจากที่ทำงานมีค่าจึงทำให้มีเวลาอยู่กับผู้สูงอายุน้อยกว่า หรือผู้สูงอายุมีเวลาที่ต้องอยู่ตามลำพังมากกว่าผู้สูงอายุในต่างจังหวัด

โอกาสที่จะเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยจากสังคมเมืองก็มีสูงกว่า หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเพิ่มมากขึ้น ภาวะความจำเป็นเหล่านี้ทำให้ความต้องการสถานบริบาลในกรุงเทพมหานครมีมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้นอาจสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและและมีภาวะพึ่งพาที่ต้องการใช้บริการ

## 2. การแบ่งประเภทสถานบริการ

สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั่วทุกภาคของประเทศพบว่า มีความไม่ชัดเจนในวัตถุประสงค์ หลักเกณฑ์การรับผู้สูงอายุและขอบเขตของบริการที่ให้ สถานดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้บริการผู้สูงอายุบนหลักการกว้าง ๆ มีหลักเกณฑ์การรับผู้สูงอายุที่ไม่เฉพาะเจาะจงมากนัก สถานดูแลแต่ละแห่งจึงมีบริการที่ซ้ำซ้อนและคาบเกี่ยวกันระหว่างสถานดูแลประเภทต่าง ๆ เช่น สถานสงเคราะห์คนชราที่มีการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังแฝงอยู่ด้วย ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีสถานบริการใดที่ตรงกับสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) อย่างแท้จริง ในส่วนของบ้านพักคนชรา ซึ่งในประเทศไทยตั้งขึ้นเพื่อช่วยสงเคราะห์คนชราที่ยากไร้จึงใช้ชื่อว่า “สถานสงเคราะห์คนชรา” ซึ่งเป็นสถานบริการที่ดูแลให้ที่อยู่อาศัย อาหารทั้ง 3 มื้อ แต่มีบางส่วนที่ให้บริการคล้ายคลึงกับสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต คือ มีการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน สำหรับบ้านพักคนชราพบว่า มีหลักเกณฑ์และวัตถุประสงค์ในการรับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยแตกต่างกับในประเทศตะวันตก คือ สถานสงเคราะห์คนชราใน



ประเทศไทยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีที่อยู่อาศัย หรืออยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข แต่ในประเทศตะวันตกมีหลักเกณฑ์การรับก็คือ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตามในสถานการณ์จริงพบว่า สถานสงเคราะห์คนชราไม่สามารถปฏิเสธการรับ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพบางรายได้และเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่า สถานบริการ (nursing home) ในประเทศไทยส่วนใหญ่พบในเมืองใหญ่ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีลักษณะพิเศษ คือ มีการผสมผสานระหว่างสถานที่ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและสถานที่ให้การดูแลสำหรับผู้ที่ต้องการการพยาบาล

สรินญา ปิ่นเพชร (2555) ได้ศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา รูปแบบของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนกับหลังนำรูปแบบใหม่มาดำเนินการ ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตตำบลสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่ง จำนวน 719 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนมิถุนายน 2554 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนกับหลังนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบใหม่ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนงบประมาณและร่วมในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การจัดระบบการดูแลตามการประเมินศักยภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง 3) การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 4) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ 5) การมอบรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคลังปัญญาของผู้สูงอายุ หลังการนำรูปแบบใหม่ไปดำเนินการพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการคัดกรองสุขภาพครบทุกคน กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านทุกรายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.05$ )

สรุปได้ว่า รูปแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ตีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ ปฐมภูมิที่ควรได้รับการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงจึงเสนอแนะให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง นำผลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นแนวทางเบื้องต้นในการประยุกต์ให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่โดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวศูนย์กลาง

นิตยา หมายเหนี่ยวกลาง และคณะ (2555) ได้ศึกษาเรื่อง “การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพบ้านสุขสำราญ ตำบลหูกานบ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์” ซึ่งเป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อการสร้างสุขภาพในชุมชน ประชากรกลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสุขสำราญ จำนวน 13 คน และแกนนำสุขภาพประจำครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ จำนวน 43 คน ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุบ้านสุขสำราญ ตำบลหูกานบ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 482 คน ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2554-31 พฤษภาคม 2555 เปรียบเทียบผลก่อนการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติพรรณนาด้วยค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละและสถิติเชิงอนุมาน ด้วยค่าไคร้สแควร์ที่ระดับแอลฟา 0.05 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้นเน้นการศึกษาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา รวมถึงกิจกรรมสร้างอนาคตร่วมกัน ระหว่างองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดรูปแบบการดำเนินงาน ดำเนินงานตามแผนและมีการติดตามประเมินผลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (PAR)

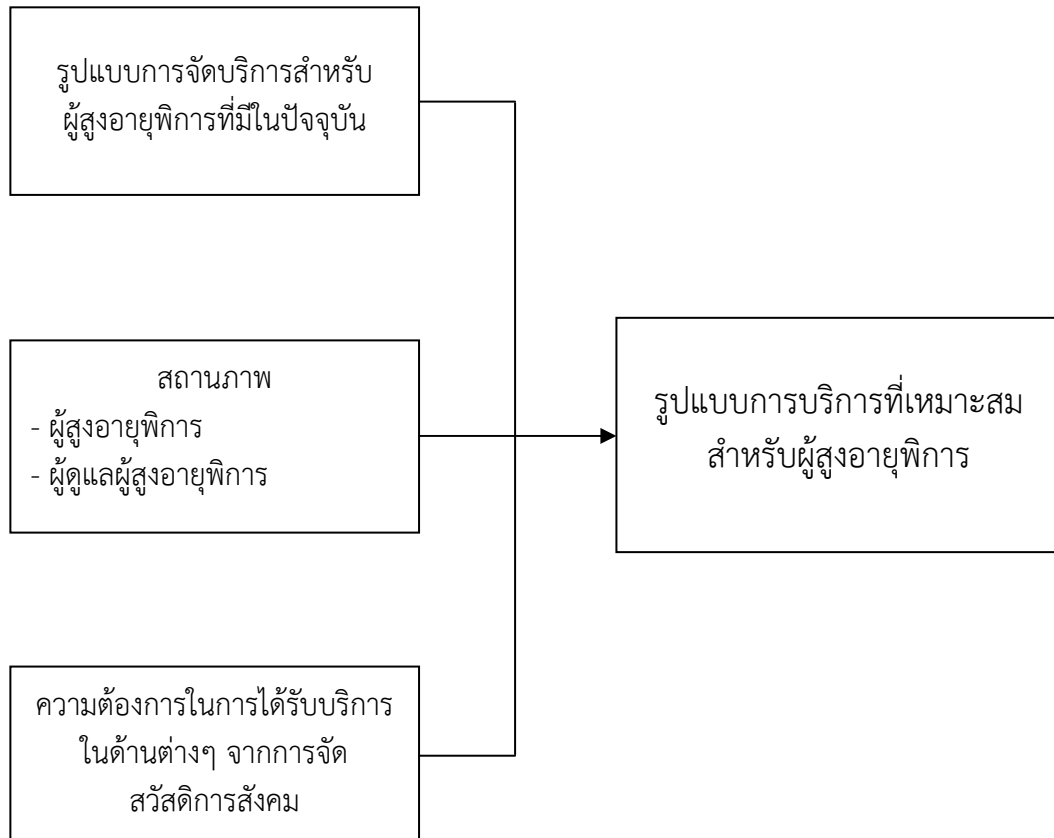
ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 78.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ ) จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงลดลงร้อยละ 0.81 โดยสรุป การดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพเป็นการพัฒนางานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขและสามารถการนำแนวทางการดำเนินงานของแกนนำสุขภาพไปใช้ร่วมกับการดูแลกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ได้อีกด้วย

สุदारตน์ สุตสมบูรณ์ (2557) ได้ทำการศึกษา “สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมาย ความเป็นมาและรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย ความหมายของ “สวัสดิการสังคม” จากหลากหลายมุมมองสรุปได้ว่า เป็นระบบการบริการทางสังคมซึ่งเกี่ยวกับการป้องกัน การแก้ไขปัญหา การพัฒนาและการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ทั่วถึง เป็นธรรมและให้เป็นไปตามมาตรฐานทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรมและบริการทางสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับและมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ ซึ่งการจัดสวัสดิการสังคมของไทยเริ่มต้นจากระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างไม่เป็นทางการของครอบครัว เครือญาติและชุมชนต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองทำให้การจัดสวัสดิการสังคมมีการปรับเปลี่ยนทิศทางไปสู่สวัสดิการแบบบูรณาการและเป็นสังคมสวัสดิการ ปัจจุบันประเทศไทยมีรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4 รูปแบบ คือ การประกันสังคม การช่วยเหลือสาธารณะ การบริการสังคมและการช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทยยังมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น 1) ขาดการบูรณาการและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งหมายถึง การดำเนินงานด้านสวัสดิการผู้สูงอายุแยกส่วนระหว่างงานด้านสุขภาพกับงานด้านสังคม กระจายความรับผิดชอบตามหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐ 2) ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง 3) ความไม่พร้อมของงบประมาณและการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านผู้สูงอายุโดยตรง และ 4) สวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ ไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริงและไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุได้ทั้งหมด แต่ประเด็นที่สำคัญ คือ บุตรหลาน หรือคนในครอบครัวขาดความตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจะต้องมีการบูรณาการจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นผู้มีคุณค่าต่อสังคมและประเทศชาติ

## 2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและคนพิการ กฎหมาย นโยบายและมาตรการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และคนพิการ รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบันและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยรูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน เพื่อศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ และเพื่อนำเสนอรูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (Applied Research) ศึกษาโดยใช้วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology) การศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยแบ่งตามเขตรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12 ซึ่งมีกระบวนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ข้อ ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

#### 3.1 ศึกษาารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน

การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการศึกษาดูงาน เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบันมีวิธีการศึกษา ดังนี้

- 1.1 ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน
- 1.2 สังเกตการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุพิการจากการศึกษาดูงาน
- 1.3 วิเคราะห์หารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบันจากเอกสารและการศึกษาดูงาน

#### 3.2 ศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ

วิธีการศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ โดยวิธีการดังนี้

##### 3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ สามารถแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.2.1.1 ผู้สูงอายุพิการ ได้แก่ ผู้สูงอายุพิการ หรือผู้พิการสูงอายุ แยกเป็น 12 เขต โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเขตละ 60 คน รวมเป็น 720 คน

3.2.1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ ได้แก่ บุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุพิการ แยกเป็น 12 เขต โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเขตละ 60 คน รวมเป็น 720 คน

##### 3.2.2 เทคนิควิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนในการสุ่มดังต่อไปนี้

3.2.2.1 แบ่งตามพื้นที่ของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

3.2.2.2 สุ่มจังหวัดที่เก็บข้อมูลโดยการจับฉลากจังหวัดในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการละ 3 จังหวัด

3.2.2.3 สุ่มอำเภอที่เก็บข้อมูลโดยการจับฉลากอำเภอในเขตของจังหวัดที่จับฉลากได้ตามข้อ 2.2.2 จังหวัดละ 1 อำเภอ

3.2.2.4 สุ่มตำบลที่เก็บข้อมูลโดยการจับฉลากตำบลในเขตของอำเภอที่จับฉลากได้ตามข้อ 2.2.3 อำเภอละ 1 ตำบล ดังนั้น จึงเก็บข้อมูลสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการละ 3 ตำบล

3.2.2.5 เลือกผู้สูงอายุพิการที่สมัครใจในการให้ข้อมูลตำบลละ 20 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการตำบลละ 20 คน

### 3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 2 แบบ ได้แก่

#### 3.2.3.1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุพิการ ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงานปัจจุบัน ประเภทความพิการ สถานภาพการจดทะเบียนคนพิการ สาเหตุของความพิการ อายุเมื่อแรกพบความพิการ ผู้สูงอายุพิการเป็นสมาชิกกลุ่มชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม หรือชมรม ผู้สูงอายุพิการใช้กายอุปกรณ์ใดบ้าง ผู้สูงอายุพิการอาศัยอยู่กับใคร การช่วยเหลือตัวเอง การใช้ชีวิตประจำวัน สิทธิการรักษาพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือ การประสบปัญหาด้านการรักษาพยาบาล การประสบปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาด้านสวัสดิการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 ความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการศึกษา ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการทำงานและการมีรายได้ ด้านนันทนาการ ด้านกระบวนการยุติธรรม ด้านบริการทางสังคมทั่วไปและด้านสุขภาพอนามัย จากการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 คือ

- 5 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการมาก
- 3 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการปานกลาง
- 2 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการน้อย
- 1 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการให้บริการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุพิการในประเด็นเกี่ยวกับบทบาทของท้องถิ่น บทบาทของสมาชิกในชุมชน บทบาทของครอบครัว และบทบาทของผู้สูงอายุพิการ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด (Open Ended) ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเสนอความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

#### 3.2.3.2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลสูงอายุพิการ ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพิการ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพิการ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุพิการ ประเภทความพิการ โอกาสแลกเปลี่ยนรู้ ประสบการณ์กับการดูแล การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม หรือชมรม การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ความสามารถช่วยเหลือตัวเอง

ช่วงเวลาในการดูแล รายได้จากการดูแล ปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุพิการ ซึ่งข้อความมีลักษณะเป็นแบบตรวจรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 ความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการศึกษา ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการทำงานและการมีรายได้ ด้านนันทนาการ ด้านกระบวนการยุติธรรม ด้านบริการทางสังคมทั่วไปและด้านสุขภาพอนามัย จากการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 คือ

- 5 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการมาก
- 3 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการปานกลาง
- 2 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการน้อย
- 1 หมายถึง มีระดับความต้องการต่อการให้บริการน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการให้บริการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุพิการในประเด็นเกี่ยวกับบทบาทของท้องถิ่น บทบาทของสมาชิกในชุมชน บทบาทของครอบครัว และบทบาทของผู้สูงอายุพิการ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด (Open Ended) ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเสนอความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การสร้างและการหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิด หลักการจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเนื้อหามาวิเคราะห์หาแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2) นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเรียบเรียงและสร้างเป็นแบบสอบถามเป็นรายข้อ โดยให้ครอบคลุมการให้บริการต่อความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ

3) นำแบบสอบถามเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษางานวิจัย เพื่อตรวจสอบสำนวนภาษาและความถูกต้องของเนื้อหา

4) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของคณะกรรมการที่ปรึกษางานวิจัยเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เทียบตรงและความครอบคลุมตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

5) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองจัดเก็บข้อมูล (Try Out) จากประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.928

6) นำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุพิการ จำนวน 720 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ จำนวน 720 คน

### 3.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.4.1 ขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูล การจัดเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามจัดเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุพิการจำนวน 720 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ จำนวน 720 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 12 แห่งทั่วประเทศช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2558

2) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล  
ในขั้นต่อไป

#### 3.2.4.2 พื้นที่การจัดเก็บข้อมูล สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ พื้นที่การจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย

1.1) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 ได้แก่

- เทศบาลลำสามแก้ว อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
- ตำบลคลองหก อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
- ตำบลหนองน้ำใหญ่ อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.2) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 ได้แก่

- ตำบลเกาะหวาย อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
- ตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
- ตำบลไผ่ชะเลียด อำเภอศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี

1.3) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 ได้แก่

- ตำบลหนองเหียง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี
- เทศบาลตำบลสำนักท้อน อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง
- เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

1.4) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 4 ได้แก่

- ตำบลปากช่อง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
- ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
- ตำบลสวนหลวง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

1.5) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 5 ได้แก่

- ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ
- ตำบลหลุ่งประดู่ อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา
- ตำบลหนองแวง อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

1.6) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6 ได้แก่

- ตำบลปากปวน อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย
- ตำบลหัวเรือ อำเภอบ้านป่าสัก จังหวัดมหาสารคาม
- ตำบลเหล่าหลวง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

1.7) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 ได้แก่

- ตำบลบึงแก อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร
- ตำบลหนองฮี อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม
- ตำบลวาริชภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

1.8) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 ได้แก่

- ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

- ตำบลหนองทรายขาว อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
  - ตำบลจี่วราย อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
- 1.9) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9 ได้แก่
- ตำบลตากตก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
  - ตำบลไกรกลาง อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
  - ตำบลท่ามะเฟือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
- 1.10) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 10 ได้แก่
- ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน
  - ตำบลปงยางคก อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง
  - ตำบลบ้านปิน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพระเยา
- 1.11) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 11 ได้แก่
- ตำบลวิเชียร อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต
  - ตำบลปากพ่อง อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช
  - ตำบลน้ำมุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
- 1.12) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 12 ได้แก่
- ตำบลเบตง อำเภอเบตง จังหวัดยะลา
  - ตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
  - ตำบลเขาขาว อำเภอละงู จังหวัดสตูล
- 2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พื้นที่การจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย
- 1.1) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 ได้แก่ เทศบาลลำ  
สามแก้ว อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
- 1.2) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 ได้แก่
- ตำบลเกาะหวาย อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
  - ตำบลไผ่ชะเลียด อำเภอศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี
- 1.3) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 ได้แก่ เทศบาลตำบล  
สำนักท้อน อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง
- 1.4) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 4 ได้แก่ ตำบลปากช่อง  
อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี
- 1.5) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 5 ได้แก่ ตำบลหนองแวง  
อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์
- 1.6) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6 ได้แก่ ตำบลเหล่าหลวง  
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
- 1.7) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7 ได้แก่
- ตำบลบึงแก อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร
  - ตำบลหนองฮี อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม
  - ตำบลวาริชภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร



- 1.8) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 ได้แก่ ตำบลหนองทรายขาว อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
- 1.9) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9 ได้แก่ ตำบลท่ามะเฟือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
- 1.10) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 10 ได้แก่ ตำบลปงยางคก อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง
- 1.11) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 11 ได้แก่ ตำบลปากพ่อง อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 1.12) สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 12 ได้แก่ ตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

### 3.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติต่าง ๆ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่และร้อยละ นำเสนอเป็นตารางประกอบคำบรรยาย

ขั้นตอนที่ 2 ความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการศึกษา ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการทำงานและการมีรายได้ ด้านนันทนาการ ด้านกระบวนการยุติธรรม ด้านบริการทางสังคมทั่วไปและด้านสุขภาพอนามัยจากการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุพิการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และแปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายความว่า มีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายความว่า มีความต้องการอยู่ในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายความว่า มีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายความว่า มีความต้องการอยู่ในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายความว่า มีความต้องการอยู่ในระดับน้อยที่สุด

โดยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย

ขั้นตอนที่ 3 รวบรวมข้อมูลจากข้อเสนอแนะแนวทางส่งเสริมการให้บริการในด้านต่าง ๆ และนำเสนอโดยแจกแจงค่าความถี่

### 3.2.6 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำหลักสถิติมาใช้ในการวิจัย ดังนี้

#### 3.2.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าร้อยละ (Percentage) จากสูตร

$$\text{ร้อยละ} = \frac{N \times 100}{Na}$$

เมื่อ	N	แทน	จำนวนสมาชิกที่สุ่มตัวอย่าง
	Na	แทน	จำนวนสมาชิกทั้งหมด

## 3.2.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าเฉลี่ย (Mean) จากสูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum fx}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	f	แทน	ความถี่ของคะแนนแต่ละตัว
	n	แทน	จำนวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

## 3.2.6.3 การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$SD = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	SD	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	X	แทน	ค่าคะแนนแต่ละตัว
	N หรือ n	แทน	จำนวนข้อมูล
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

## 3.2.6.4 ค่า IOC สำหรับค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IOC	แทน	ค่าดัชนีความสอดคล้อง
	R	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

## 3.2.4.5 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	$\alpha$	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัด
	n	แทน	จำนวนข้อคำถาม
	$S_i^2$	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนเป็นรายข้อ
	$S_t^2$	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

### 3.3 นำเสนอรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

การนำเสนอรูปแบบแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีการ ดังนี้

3.3.1 ศึกษาดูงานสถานบริการที่จัดการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการสูงอายุในประเทศไทย

3.3.2 การจัดเวทีประชุมเพื่อถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุพิการ บุคคลซึ่งดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหาร อปท. แกนนำชุมชน อาสาสมัครและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่อการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุพิการ หรือผู้พิการสูงอายุ

3.3.3 จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดบริการที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุพิการโดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจากส่วนราชการ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา สถานสงเคราะห์คนพิการ สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง ศูนย์บริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น

3.3.4 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ด้วยวิธีวิทยาผสมผสานวิธี (Mixed-Methodology) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้น การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจึงมีทั้งการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้การประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและการวิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อกำหนดแบบแผนโครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูลชุดต่าง ๆ รวมถึงการกำหนดประเด็นการนำเสนอข้อมูลให้สอดคล้องกับประเด็นและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเรื่อง “รูปแบบการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ” ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษารูปแบบการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน

ตอนที่ 2 ศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ

1) สถานภาพผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคม

2) สถานภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคม

ตอนที่ 3 นำเสนอรูปแบบการจัดบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

**ตอนที่ 1 ศึกษารูปแบบการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน**

จากข้อมูลศึกษาดูงานสถานบริการที่จัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการสูงอายุในประเทศไทย พบว่า การให้บริการสำหรับผู้สูงอายุพิการมี 3 รูปแบบ ได้แก่

**1. รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยชุมชนกรณีศึกษาวัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่**

การดำเนินงาน เป็นการบริหารจัดการในรูปแบบชุมชนที่เกิดจากความต้องการของชุมชนและอาศัยความมีจิตอาสา โดยใช้คนในชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการแต่ใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานและประสานงานระหว่างชุมชนกับภาครัฐ

แนวทางการดำเนินงาน

1) ต้องสร้างฐานให้แข็งแรง โดยการปรับแนวทางความคิดของทีมงานในวัด เช่น เจ้าอาวาส พระลูกวัด เด็กวัด หากต้องการจะทำกิจกรรมลักษณะนี้ทางวัดจะหาใครเข้ามามีส่วนร่วม จึงมีการประชุมกันในวัดเพื่อให้พระในวัดเข้าใจและอยากจะทำกิจกรรมร่วมกันก่อน เพื่อไปตอบคำถามที่ว่า ทำอย่างไรให้คนเข้าวัดจากนั้นจึงใช้ทุนที่มีอยู่ต่อยอด ได้แก่ หมอนวดแผนโบราณซึ่งเป็นสิ่งที่ทางวัดดำเนินการมาก่อนอยู่เป็นทุนเดิมแล้ว

2) ประสานความร่วมมือเชื่อมพลัง (กาย-ปัญญา) + เชื่อมทุน ประสานงานขอความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในลักษณะของบวร (บ้าน หรือชุมชน ร่วมกับวัด และโรงพยาบาล หรือโรงเรียน หรือหน่วยงานอื่น ๆ ข้าราชการ) โดยมีวัดเป็นศูนย์กลางให้เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่าง ๆ กับผู้ป่วยมาพบกันที่วัดแต่คนทั้ง 2 กลุ่มจะมาได้ ทางวัดจึงมีการทำให้วัดเป็นสถานที่ที่คนอยากจะมา ก่อน โดยการทำให้บุคลากรภายในวัดและทีมงานเป็นที่เชื่อมั่นเชื่อถือของคนที่มาใช้บริการรักษา

3) ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ ต้องมีการประเมินผลการทำงานของเจ้าหน้าที่และคนป่วย จากนั้นจึงหาส่วนที่จะพัฒนาเพิ่มเติม โดยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งหมายถึง กลุ่มจิตอาสาและอาสาสมัครที่ได้กล่าวถึงไปและต้องทำงาน 2 ระบบทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ ตอนเช้าทำงานเชิงรับ คือคนป่วยในชุมชนสามารถเดินทางมายังวัดได้ ส่วนตอนบ่ายทำงานในเชิงรุกทั้งจิตอาสา อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลออกสู่ชุมชนการดำเนินการแก้ไข ทางวัดมีเงื่อนไขที่ตั้งไว้สำหรับคนป่วยที่จะมาอาศัยอยู่

ในวัดว่า คนป่วย 1 คนจะต้องมีญาติมาดูแลด้วยถ้าไม่มีญาติดูแลทางวัดไม่สามารถรับให้อาศัยอยู่ในวัดได้โดยพิจารณาตามสภาวะสุขภาพและเมื่อมาแล้วญาติต้องมาฝึกกับเจ้าหน้าที่ของวัด

รูปแบบกิจกรรม ประกอบด้วย ศูนย์ฝึกอาชีพคนหลายวัย ศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุพิการ

ลักษณะการให้บริการ มี 2 ประเภท ได้แก่

1) ภายในศูนย์ฯ เป็นการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมบำบัด และกิจกรรมฟื้นฟูด้านร่างกายจากนักกิจกรรมบำบัดและนักกายภาพบำบัด คิดค่าบริการแบบไป-กลับ 50 บาท อยู่ประจำ 100 บาท ส่วนด้านจิตใจมีการพึ่งเทศน์ นอกจากนี้มีการฝึกอาชีพให้แก่ผู้มาใช้บริการ ซึ่งเปิดทุกวันไม่มีระบบจองคิว มีอุปกรณ์ที่มีการจัดทำและดัดแปลงจากวัสดุอุปกรณ์ในท้องถิ่นเพื่อใช้ในการกายภาพแก่ผู้มาขอรับบริการ พื้นที่ให้บริการกว้างขวาง มีเจ้าหน้าที่ดูแลประจำ

2) ภายนอกศูนย์ฯ มีการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมพยาบาลนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

งบประมาณ จากการรับบริจาคและได้รับทุนต่อยอดโครงการจากภาครัฐและเอกชน รายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ เช่น ดอกไม้จันทน์ ยาสมุนไพรและการให้บริการแก่ผู้ที่สนใจรักษาสุขภาพ เช่น การนวดประคบและแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1) เป็นความต้องการของชาวบ้าน
- 2) ทำจริง
- 3) รัฐหนุนเสริม
- 4) หาแนวร่วม
- 5) มีจิตอาสา
- 6) ผู้นำชาวบ้าน คือ พระสงฆ์และผู้นำภาครัฐ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ สันทรายมีวิสัยทัศน์กว้างไกล

ประเด็นที่น่าสนใจ

1) วัดกับโรงพยาบาลจะบริหารจัดการโดยไม่ได้พึ่งพาอาศัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากนโยบายของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจจะไม่เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงทำให้ยุ่งยากในการดำเนินงานหากจะต้องใช้บริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ความต้องการของวัด คือ ให้คนเข้าวัดมากขึ้น ทำให้วัดเป็นศูนย์รวม ส่วนความต้องการของโรงพยาบาล คือ อยากรับบริการได้ทั่วถึงและเป็นความต้องการของชุมชนเอง เมื่อมาพูดคุยกันตกลงกัน ทำให้เกิดงานขึ้น เป็นประโยชน์ทั้งสองฝ่าย

3) วัดรู้ถึงศักยภาพของคนในชุมชนและดึงเข้ามาช่วยงานได้ตรงจุดและเป็นงานที่เหมาะสมกับคนนั้น

4) วัดมีเทคนิคในการเผยแพร่ผลงานผ่านตัวผู้นำ หรือประธานในงาน และกลุ่มคนที่เข้ามาร่วมกิจกรรมในวัด

5) แรกเริ่มวัดมองถึงต้นทุนเดิมที่มีในวัดก่อน เช่น หมอนวด การปรับความคิดของทีมงาน การปรับปรุงสถานที่ให้มีมาตรฐานรับรองผู้ให้การบำบัดฟื้นฟู เช่น หมอนวด นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลเมื่อในชุมชนต้องการจะเห็นความสำคัญ

6) การคิดค่าบริการจากผู้มาขอรับบริการเพื่อนำไปเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการโครงการ ค่าไฟให้แก่วัดและค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัคร

## 2. รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยภาครัฐ กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่

รูปแบบการดำเนินงาน เป็นบริหารจัดการในรูปแบบภาครัฐ เนื่องจากเป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีการดำเนินการตามนโยบายในลักษณะจากบนลงล่าง มีนโยบายและภารกิจชัดเจน กลุ่มเป้าหมายชัดเจน

ลักษณะการให้บริการ มี 2 แบบ ได้แก่

### 1) ภายในศูนย์

- 1.1) บ้านพักฉุกเฉิน บริการที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุชั่วคราวไม่เกิน 15 วัน
- 1.2) จัดที่พักอาศัยรูปแบบสถานสงเคราะห์ ดูแลตามปัจจัย 4 เสริมสร้างด้านสุขภาพ รักษาพยาบาลบำบัด ฟื้นฟู ฝึกอาชีพรักษาแนะนำและแก้ไขแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงฉาปนกิจเมื่อผู้สูงอายุถึงแก่กรรม
- 1.3) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความสุขและมีคุณค่า เช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด ศิลปะบำบัด จิตสพบำบัด กิจกรรมบำบัด บันเทิงบำบัดและภูมิทัศน์บำบัด
- 1.4) สำหรับที่พักภายในศูนย์จะมีการจองคิว เนื่องจากไม่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ดูแลมีน้อยและมีจิตอาสาน้อย

### 2) ภายนอกศูนย์มีศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน ปิยะมาลย์ (แบบไป-กลับ)

งบประมาณ จากรัฐบาล เอกชนและการรับบริจาค

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1) มีแนวนโยบายที่ชัดเจนสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน
- 2) มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มานานกว่า 30 ปี ในการดูแลผู้มาขอรับบริการ
- 3) มีงบประมาณชัดเจน
- 4) มีกระบวนการที่ชัดเจน
- 5) มีจิตอาสา

ประเด็นที่น่าสนใจ

- 1) การให้เอกชนมาดำเนินกิจการบริการด้านผู้สูงอายุ ควรมีกฎหมายรองรับ เพื่อสนับสนุนให้มีการบริการที่มากขึ้น หลากหลาย ทำให้เกิดอาสาสมัครที่สนใจงานด้านนี้มากขึ้น
- 2) การนำกิจกรรมไปจัดให้ถึงในตึกที่ผู้รับบริการอยู่อาศัย ทำให้ผู้รับรู้สึกถึงความเป็นกันเอง
- 3) การพัฒนาศักยภาพที่ผู้สูงอายุมีให้เต็มศักยภาพ เพื่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- 4) การมีกิจกรรมบำบัดเสริม ทำให้เกิดพัฒนาการมากขึ้น
- 5) ผู้สูงอายุมีความสุขตามอัตราภาพ แต่ขาดชีวิตชีวา เนื่องจากการตัดขาดจากครอบครัว หรือการละเลยจากครอบครัว ขาดความอบอุ่น

## 3. รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลอนแก้ว ตำบลอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

รูปแบบการดำเนินงาน เป็นการบริหารจัดการในรูปแบบที่ดำเนินการโดยท้องถิ่น เกิดจากการรวมเป็นกลุ่มจิตอาสาของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว และผลจากการเข้าร่วมอบรมอาสาสมัครฟื้นฟูคุณภาพชีวิตคนพิการ ทำให้เกิดโครงการต่าง ๆ เพื่อผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จนเป็นรูปธรรมและนำไปสู่การคัดเลือกให้เป็นตำบลนาร่องในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

รูปแบบการทำงานขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้วเน้นการบูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่าย เป็นผลให้ไม่ว่าจะขอ หรืออยากได้อะไรก็มักจะได้อะไรที่ต้องการ เพราะ 1) องค์การบริหารส่วนตำบลและกลุ่มอาสาสมัครคอยทำหน้าที่เป็นตัววิ่ง ตัวประสานในเรื่องราวต่าง ๆ ของชุมชน และ 2) เราไม่ได้ทำงานคนเดียว แต่มีหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนในพื้นที่ ซึ่งเราดึงมาทำงานร่วมกัน เช่น ส่วนของภาคราชการ เนื่องจากผู้พิการในตำบลของเรามีหลายประเภท ทางสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ก็จะช่วยดูแลผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวในการขอรถวีลแชร์ (Wheelchair) หรือไม้เท้า ทางมูลนิธิขาเทียมฯ ก็ให้ความกรุณาช่วยทำแขน-ขาเทียมให้กับผู้พิการในพื้นที่ หรือทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ เมื่อรู้ว่าทางองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว ทำงานเรื่องนี้ก็มีการนำเรื่องการดูแลผู้พิการและสูงอายุเข้าไปบรรจุไว้ในหลักสูตรและนำนักศึกษาพยาบาลลงมาช่วยดูแลเรื่องสุขภาพจิตของผู้พิการ รวมทั้งเก็บข้อมูลต่าง ๆ และนำข้อมูลกลับมาให้องค์การบริหารส่วนตำบลพิจารณาในแต่ละกรณีว่าจะช่วยกันดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างไร นอกจากนี้ยังมีมูลนิธิลือช่อมูลนิธิบ้านสมานใจ องค์การพีเอช-เจแปน (PH-JAPAN) และหน่วยงานต่าง ๆ ช่วยกันในการทำงาน

งบประมาณ จากรัฐบาล ภาคเอกชน มูลนิธิและการรับบริจาค

รูปแบบกิจกรรม ตรวจสอบสุขภาพและเยี่ยมให้กำลังใจ ปรับปรุงและซ่อมแซมบ้าน ผูกอาชีพเสริมรายได้ ทางด้านกิจกรรมในศูนย์ฟื้นฟูฯ โดยปกติในแต่ละเดือนทางองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้วจะกำหนดให้มีการจัดวันเติมสุขทุกวันพฤหัสบดีที่สำนักสงฆ์สันเหมืองประชาราม ซึ่งจะมีทั้งกิจกรรมนันทนาการและการผูกอาชีพต่าง ๆ ให้ผู้พิการได้หัวเราะ มีความสุข แต่ผู้พิการและผู้สูงอายุซึ่งมาจากทั้ง 10 หมู่บ้านอยากให้มีการจัดกิจกรรมที่หมู่บ้านของตนเองบ้าง จึงกำหนดให้มีวันพฤหัสบดี 1 วัน สำหรับจัดกิจกรรมวันเติมสุขสัญจรเวียนไปยังวัดต่าง ๆ ในตำบลเดือนละครั้งผู้พิการและผู้สูงอายุจากแต่ละที่จะได้มีโอกาสออกมาจัดกิจกรรมร่วมกัน

ลักษณะการให้บริการ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

- 1) เชิงรุก บริการทำทะเบียนประวัติ ทำสมุดบันทึกประจำตัวผู้พิการ การตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ
- 2) เชิงรับ มีการจัดตั้งโรงเรียนอนุบาล การให้บริการอนุบาลสัญจร หลักสูตรอบรมนักจิตอาสา ผูกอาชีพ เปียยงชีพ กองทุน ภายอุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 1) จิตอาสาของผู้นำท้องถิ่น
- 2) จิตอาสาของชาวบ้าน
- 3) เครือข่ายมีความเข้มแข็ง
- 4) มีระบบการจัดหารายได้
- 5) เป็นชุมชนใกล้เมือง
- 6) มีแผนงานในการดูแลที่ชัดเจน
- 7) ความกตัญญู เอื้อเฟื้อ แบ่งปัน

8) การได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและมูลนิธิในการสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณ

ประเด็นที่น่าสนใจ

1) เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีขนาดใหญ่ มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการบริหารจัดการ เมื่อมีการรับโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเข้ามาอยู่ในสังกัด การมีสถานะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลมีผลต่องบประมาณและการบริหารจัดการทำให้คล่องตัวและกระจายงบได้ทั่วถึง

2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ใช้วิธีจัดงานถักทอสายใย ร้อยดวงใจคนพิการ เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการแสดงความคิดเห็นจนเกิดเป็นข้อบัญญัติตำบล เรื่องการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการขึ้น ส่วนชุมชนได้ทำกิจกรรมร่วมกัน

3) ผู้สูงอายุมีความสุข มีชีวิตชีวามากกว่าบ้านธรรมปกรณ์ แสดงว่าการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวมีผลต่อความสุขด้านจิตใจ

ตารางที่ 4.1 แสดงความแตกต่างของการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุพิการที่ดำเนินการโดยชุมชน ภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ลำดับ	ประเภท	วัดห้วยเกียง	บ้านธรรมปกรณ์	อบต. ดอนแก้ว
1	รูปแบบการดำเนินงาน	ชุมชน	ภาครัฐ	ส่วนท้องถิ่น
2	งบประมาณ	การรับบริจาค	ได้รับจากรัฐบาล เอกชนและการรับบริจาค	ได้รับจากรัฐบาล ภาคเอกชน มูลนิธิและการรับบริจาค
3	การบูรณาการ	หน่วยงานประเภทสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่	คณะต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	หน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในจังหวัดเชียงใหม่
4	การสนับสนุนด้านการดำเนินงาน	โรงพยาบาลอำเภอ สันทราย จังหวัดเชียงใหม่	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและมูลนิธิต่าง ๆ
5	การให้บริการ	ให้บริการในลักษณะไปเข้า-เย็นกลับ และพักค้างคืน แต่มีการคิดค่าบริการไม่ต้องจองคิวเพื่อขอรับบริการ	ให้บริการในลักษณะค้างคืน โดยไม่มีการคิดค่าบริการ แต่จะต้องจองคิวเพื่อขอรับบริการ	ให้บริการในลักษณะการจัดกิจกรรมและการตรวจเยี่ยมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ไม่มีการคิดค่าบริการ
6	ระยะเวลาในการขอรับบริการ	ไม่มีกำหนดระยะเวลาในการขอรับบริการ	มีการกำหนดระยะเวลาในการขอรับบริการ	ไม่มีกำหนดระยะเวลาในการขอรับบริการ



ลำดับ	ประเภท	วัดห้วยเกียง	บ้านธรรมปกรณ์	อบต. ดอนแก้ว
7	การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้มาขอรับบริการ	การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มาขอรับบริการ	ต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้มาขอรับบริการ แต่มีจำนวนน้อยครอบครัวที่ให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มาขอรับบริการ	การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มาขอรับบริการ

จากตารางที่ 4.1 พบว่า จากการศึกษาดูงานรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุพิการใน 3 รูปแบบสรุปได้ดังนี้

1) วัดห้วยเกียง เป็นรูปแบบการดำเนินงานโดยชุมชน ซึ่งมีวัดเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานงบประมาณได้รับการบริจาคเป็นหลัก โดยมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขมาร่วมบูรณาการดำเนินการ ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการในลักษณะเข้าไป-เย็นกลับและพักค้างคืนโดยมีการคิดค่าบริการ ไม่ต้องมีการจองคิวเพื่อขอรับบริการ ไม่มีกำหนดระยะเวลาในการขอรับบริการ และมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มาขอรับบริการ

2) บ้านธรรมปกรณ์ เป็นรูปแบบการดำเนินงานโดยภาครัฐ งบประมาณได้รับการจัดสรรจากรัฐบาล เอกชนและการรับบริจาค ดำเนินการโดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้มาขอรับบริการ ให้บริการในลักษณะค้างคืนโดยไม่มีการคิดค่าบริการ จะต้องจองคิวเพื่อขอรับบริการ ไม่มีกำหนดระยะเวลาในการให้บริการ ต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้มาขอรับบริการแต่มีจำนวนน้อยครอบครัวที่ให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มาขอรับบริการ

3) องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว เป็นรูปแบบการดำเนินงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณได้รับการจัดสรรจากรัฐบาล ส่วนท้องถิ่น เอกชนและการรับบริจาค หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและมูลนิธิต่าง ๆ ในพื้นที่ร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน ให้บริการในลักษณะการจัดกิจกรรมและการตรวจเยี่ยมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ไม่มีการคิดค่าบริการและมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มาขอรับบริการ

ตอนที่ 2 ศึกษาสถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคม

1) สถานภาพผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคม

1.1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุพิการ

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
(1.1) ชาย	327	45.42
(1.2) หญิง	393	54.58
<b>2. ปัจจุบันอายุ</b>		
(2.1) อายุ 60-70 ปี	283	39.31
(2.2) อายุ 71-80 ปี	262	36.39
(2.3) อายุ 81 ปีขึ้นไป	175	24.31
อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 103 ปี อายุเฉลี่ย 74.17 ปี		
<b>3. สถานภาพ</b>		
(3.1) โสด	68	9.44
(3.2) สมรส หรืออยู่ด้วยกัน	347	48.19
(3.3) หม้าย	286	39.72
(3.4) หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่	19	2.64
<b>4. ศาสนา</b>		
(4.1) พุทธ	669	92.92
(4.2) คริสต์	15	2.08
(4.3) อิสลาม	36	5.00
<b>5. ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
(5.1) ไม่จบประถมศึกษา	178	24.72
(5.2) จบประถมศึกษา	463	64.31
(5.3) จบมัธยมศึกษาตอนต้น	44	6.11
(5.4) จบมัธยมศึกษาปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	18	2.50
(5.5) จบอนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	7	0.97
(5.6) จบปริญญาตรี	10	1.39
(5.7) จบปริญญาโทหรือสูงกว่า	-	-

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุพิการจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>6. สถานภาพการทำงานปัจจุบัน</b>		
(6.1) ไม่ประกอบอาชีพ	600	83.33
(6.2) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม	76	10.56
(6.3) ประกอบอาชีพรับจ้าง	34	4.72
(6.4) ประกอบอาชีพค้าขาย	10	1.39
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาตามเพศ ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 393 คน คิดเป็นร้อยละ 54.58 และเป็นชาย จำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 45.42

เมื่อพิจารณาตามอายุ ผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่อายุ 60-70 ปี จำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 39.31 รองลงมาอายุ 71-80 ปี จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 36.39 โดยผู้สูงอายุพิการอายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 103 ปี อายุเฉลี่ย 74.17 ปี

เมื่อพิจารณาตามสถานภาพ ผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่สมรส หรืออยู่ด้วยกัน จำนวน 347 คน คิดเป็นร้อยละ 48.19 รองลงมาหม้าย จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 39.72

เมื่อพิจารณาตามศาสนา ผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 669 คน คิดเป็นร้อยละ 92.92 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00

เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาสูงสุด ผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 463 คน คิดเป็นร้อยละ 64.31 รองลงมาไม่จบประถมศึกษา จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 24.72

เมื่อพิจารณาตามสถานภาพการทำงานปัจจุบัน ผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพจำนวน 600 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 10.56

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพิการจำแนกตามประเภทและสถานภาพการจดทะเบียนผู้พิการ

ประเภทและสถานภาพการจดทะเบียนผู้พิการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประเภทความพิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
(1) ทางการเห็น	173	24.03
(1.1) ตาบอด	96	13.33
(1.2) เห็นเลือนราง	77	10.69
(2) ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	181	25.14
(2.1) หูหนวก	78	10.83
(2.2) หูตึง	87	12.08
(2.3) ความพิการทางการสื่อความหมาย	16	2.22
3. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	468	65.00
(3.1) การเคลื่อนไหว	239	33.19
(3.2) อัมพฤต	53	7.36
(3.3) กระดูก/ทับเส้น	13	1.81
(3.4) กล้ามเนื้ออ่อนแรง	20	2.78
(3.5) แขนหรือขาพิการ	35	4.86
(3.6) เดินไม่ได้	86	11.94
(3.7) ติดเตียง	13	1.81
(3.8) หลังค่อมงอ	9	1.25
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	34	4.72
5. ทางสติปัญญา	28	3.89
6. ทางการเรียนรู้ (LD)	5	0.69
7. ออทิสติก	2	0.28
<b>สถานภาพการจดทะเบียนคนพิการ</b>		
(1) จดทะเบียนคนพิการ	661	91.81
(2) ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ	42	5.83
(2.1) ไม่รู้	2	0.28
(2.2) ไม่มีผู้พาไป	5	0.69
(2.3) ช่วยตัวเองไม่ได้	2	0.28
(2.4) อยู่ระหว่างรักษา	8	1.11
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาจากประเภทความพิการส่วนใหญ่พิการทางการเคลื่อนไหว หรือร่างกาย จำนวน 468 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 โดยความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือร่างกายส่วนใหญ่จะพิการจากการเคลื่อนไหว จำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 33.19 รองลงมาพิการจากการเดินไม่ได้ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 11.94

ประเภทความพิการรองลงมาพิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 25.14 โดยความพิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมายส่วนใหญ่จะพิการจากหูตึง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 12.08 รองลงมาพิการจากหูหนวก จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 10.83

เมื่อจำแนกตามสถานภาพการจดทะเบียนคนพิการส่วนใหญ่จดทะเบียนคนพิการ จำนวน 661 คน คิดเป็นร้อยละ 91.81 และที่ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 5.83 โดยให้เหตุผลเพราะอยู่ระหว่างการรักษา ไม่มีผู้พาไป ไม่รู้และช่วยตัวเองไม่ได้

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพิการจำแนกตามสาเหตุและอายุเมื่อแรกพบความพิการ

สาเหตุและอายุเมื่อแรกพบความพิการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สาเหตุของความพิการ</b>		
(1) พิการแต่กำเนิด	52	7.22
(2) พิการเกิดจากอุบัติเหตุ	145	20.14
(3) พิการจากโรคภัยไข้เจ็บ	280	38.89
(4) พิการจากความชรา	229	31.81
(5) อื่นๆ	4	0.56
<b>อายุเมื่อแรกพบความพิการ</b>		
(1) แรกเกิด-1 ขวบ	91	12.64
(2) อายุ 2-30 ปี	154	21.39
(3) อายุ 31-60 ปี	192	26.67
(4) อายุ 61-80 ปี	239	33.19
(5) อายุ 80 ปีขึ้นไป	44	6.11
อายุต่ำสุดเมื่อแรกเกิด อายุสูงสุด 95 ปี อายุเฉลี่ย 44.90 ปี		
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน สาเหตุของความพิการส่วนใหญ่พิการจากโรคภัยไข้เจ็บ จำนวน 280 คน คิดเป็นร้อยละ 38.89 รองลงมา พิการจากความชรา จำนวน 229 คน คิดเป็นร้อยละ 31.81 และพิการจากอุบัติเหตุ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 20.14 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจากอายุเมื่อแรกพบความพิการส่วนใหญ่พบเมื่ออายุ 61-80 ปี จำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 33.19 รองลงมาอายุ 31-60 ปี จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และอายุ 2-30 ปี จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 21.39

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพิการจำแนกตามการเข้าร่วมกลุ่ม หรือชมรม

การเข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม	จำนวน	ร้อยละ
<b>ผู้สูงอายุพิการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมในชุมชน</b>		
(1) ไม่เป็นสมาชิก	500	69.44
(2) เป็นสมาชิกชมรม	58	8.06
(2.1) ชมรมผู้พิการ	41	5.69
(2.2) ชมรมผู้สูงอายุ	87	12.08
(2.3) ชมรมกองทุนสวัสดิการชุมชน	34	4.72
<b>เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรม ในรอบปี</b>		
(1) ไม่เคยเข้าร่วม	494	68.61
(2) เข้าร่วมบ้างบางครั้ง	162	22.50
(3) เข้าร่วมบ่อยครั้ง	64	8.89
<b>รวม</b>	720	100.00

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาจากการเข้าร่วมกลุ่ม หรือชมรมส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิก จำนวน 500 คน คิดเป็นร้อยละ 69.44 และที่เป็นสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ ระบุชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 12.08

เมื่อพิจารณาจากการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม หรือชมรมในรอบปีส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วม จำนวน 494 คน คิดเป็นร้อยละ 68.61 รองลงมาเข้าร่วมบ้างบางครั้ง จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 และเข้าร่วมบ่อยครั้ง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 8.89

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพิการจำแนกตามการใช้กายอุปกรณ์

การใช้กายอุปกรณ์	จำนวน	ร้อยละ
<b>ผู้สูงอายุพิการไม่ได้ใช้กายอุปกรณ์เพราะ</b>		
(1) ตาบอด หรือหูหนวก หรือเป็นใบ้	401	55.69
(2) เดินไม่ได้	174	24.17
(3) ติดเตี้ย	28	3.89
(4) ช่วยเหลือตัวเองได้	39	5.42
(5) ไม่มีเงิน	39	5.42
(6) ไม่สะดวก หรือไม่ชิน	5	0.69
(7) ไม่มี	9	1.25
(8) พิจารทางจิต	6	0.83
(9) ไม่ได้ขึ้นทะเบียนผู้พิการ	19	2.64
<b>ผู้สูงอายุพิการใช้กายอุปกรณ์</b>		
(1) ใช้แวนตา หรือแวนขยาย	61	8.47
(2) ใช้ไม้เท้า หรือไม้เท้าสามขา	202	28.06
(3) ใช้คอกช่วยเดิน	48	6.67
(4) ใช้เครื่องช่วยฟัง	37	5.14
(5) รถเข็น	136	18.89
(6) อื่นๆ	14	1.94
(6.1) เตี้ย	9	1.25
(6.2) ขาเทียม	5	0.69
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาจากการใช้กายอุปกรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุพิการไม่ได้ใช้กายอุปกรณ์ ส่วนใหญ่เพราะกายอุปกรณ์ที่แจกโดยรัฐไม่เหมาะสมกับความพิการ ได้แก่ ตาบอด หรือหูหนวก หรือเป็นใบ้ จำนวน 401 คน คิดเป็นร้อยละ 55.69 รองลงมาเพราะเดินไม่ได้ จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 24.17 และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และไม่มีเงินซื้อ จำนวน 39 คน เท่ากันซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5.42

เมื่อพิจารณาจากผู้สูงอายุพิการใช้กายอุปกรณ์ส่วนใหญ่ใช้ไม้เท้า หรือไม้เท้าสามขา จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 28.06 รองลงมารถเข็น จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 18.89

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพิการจำแนกตามผู้ที่ผู้สูงอายุพิการอาศัยอยู่ด้วย

ผู้ที่ผู้สูงอายุพิการอาศัยอยู่ด้วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ผู้สูงอายุพิการอาศัยอยู่กับใคร</b>		
(1) ลำพังคนเดียว	43	5.97
(2) คู่สมรส	300	41.67
(3) บุตร		
(3.1) 1 คน	322	44.72
(3.2) 2-3 คน	122	16.94
(3.3) มากกว่า 3 คน	14	1.94
(4) เขย/สะใภ้		
(4.1) 1-2 คน	164	22.78
(4.2) มากกว่า 2 คน	18	2.50
(5) หลาน		
(5.1) 1 คน	138	19.17
(5.2) 2 คน	108	15.00
(5.3) 3 คน หรือมากกว่า	66	9.17
(6) พี่น้อง		
(6.1) 1 คน	38	5.28
(6.2) 2 คน	13	1.81
(6.3) 3 คน หรือมากกว่า	9	1.25
(7) บุคคลอื่น ๆ ระบุ		
(7.1) บิดามารดา	9	1.25
(7.2) เหลน	13	1.81
(7.3) ผู้ดูแล	9	1.25
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรซึ่งบุตรที่ดูแลมีจำนวน 1 คน จำนวน 322 คน คิดเป็นร้อยละ 44.72 จำนวน บุตรที่ดูแลมีจำนวน 2-3 คน จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 16.94 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67



ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพิการจำแนกตามการดูแลช่วยเหลือ

การดูแลช่วยเหลือ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุพิการ</b>		
(1) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	114	15.83
(2) ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	348	48.33
(3) ช่วยเหลือตัวเองได้	258	35.83
<b>ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการในการใช้ชีวิตประจำวัน</b>		
(1) ไม่มีผู้ดูแล	30	4.17
(2) คู่สมรส	282	39.17
(3) บุตร	423	58.75
(4) ญาติ	121	16.81
(5) ผู้ช่วยเหลือคนพิการ (มีค่าตอบแทน)	21	2.92
(6) บุคคลอื่น		
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
(1) บัตรทอง หรือ บัตร 30 บาท	313	43.47
(2) ข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ	47	6.53
(3) ประกันสังคม	5	0.69
(4) ทหารผ่านศึก	4	0.56
(5) บัตรผู้พิการ	351	48.75
<b>สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยกรรมธรรม์ประกันชีวิต</b>		
(1) มี	68	9.44
(2) ไม่มี	652	90.56
<b>การได้รับความช่วยเหลือ</b>		
(1) ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ	86	11.94
(2) ได้กู้ยืมเงินจากกองทุนสวัสดิการภาครัฐ หรือชุมชน	57	7.92
(3) ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ	636	88.33
(4) ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	332	46.11
(5) ได้รับเงินสงเคราะห์หรือเงินช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน	87	12.08
(6) ได้รับแจกเครื่องอุปโภค บริโภคเป็นครั้งคราว	389	54.03
(7) ได้รับการช่วยเหลือปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	23	3.19
(8) ได้รับกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ	159	22.08

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาจากการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จำนวน 348 คน คิดเป็นร้อยละ 48.33 รองลงมาช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 35.83 และที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 15.83

เมื่อพิจารณาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการในการใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นบุตร จำนวน 423 คน คิดเป็นร้อยละ 58.75 รองลงมาเป็นคู่สมรส จำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 39.17

เมื่อพิจารณาจากสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตรผู้พิการ จำนวน 351 คน คิดเป็นร้อยละ 48.75 รองลงมาใช้บัตรทอง หรือบัตร 30 บาท จำนวน 313 คน คิดเป็นร้อยละ 43.47

เมื่อพิจารณาจากสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยกรมธรรม์ประกันชีวิตส่วนใหญ่ไม่มี จำนวน 652 คน คิดเป็นร้อยละ 90.56

เมื่อพิจารณาจากการได้รับความช่วยเหลือส่วนใหญ่ใช้บัตรผู้พิการได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ จำนวน 636 คน คิดเป็นร้อยละ 88.33 รองลงมาได้รับแจกเครื่องอุปโภคบริโภคเป็นครั้งคราว จำนวน 389 คน คิดเป็นร้อยละ 54.03 และได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 46.11

1.2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุพิการที่ประสบปัญหาในด้านต่าง ๆ ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพิการจำแนกตามปัญหาที่ประสบ

ปัญหาที่ประสบ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ผู้สูงอายุพิการประสบปัญหาด้านการรักษาพยาบาล</b>		
(1) ไม่มีปัญหา	392	54.44
(2) มีปัญหาขาดกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ	113	15.69
(3) ไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพการทางแพทย์	90	12.50
(4) ขาดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล	187	25.97
(5) ไม่ได้ได้รับความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล	71	9.77
(6) ขาดยาและเวชภัณฑ์	40	5.56
(7) อื่น (ระบุ) การเดินทางไปรักษาพยาบาล	3	0.42
<b>ผู้สูงอายุพิการประสบปัญหาที่อยู่อาศัย</b>		
(1) ไม่มีปัญหา	584	81.11
(2) สภาพที่อยู่อาศัยไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน		
(2.1) ไม่มีที่อยู่อาศัย	20	2.78
(2.2) เตี้ยจนนอน	9	1.25
(2.3) ห้องน้ำ	8	1.11
(2.4) บ้านเช่า	6	0.83

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพิการจำแนกตามปัญหาที่ประสบ (ต่อ)

ปัญหาที่ประสบ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ปัญหาด้านสวัสดิการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต</b>		
(1) ไม่มีปัญหา	350	48.61
(2) ปัญหาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน	109	15.14
(3) ไม่มีผู้ดูแล	21	2.92
(4) ไม่มีคนอุปการะ หรือไร้ที่พึ่งพิง	14	1.94
(5) ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	78	10.83
(6) ไม่มีอาชีพ	147	20.42
(7) มีหนี้สิน	76	10.56
(8) รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	180	25.00
(9) ไม่สามารถเลี้ยงบุตรได้	29	4.03
<b>ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพิการ</b>		
(1) ไม่มีปัญหา	253	35.14
(2) มีปัญหาทางการขยับถ่าย	144	20.00
(3) อัลไซเมอร์	59	8.19
(4) พาร์กินสัน	17	2.36
(5) หัวใจ หรือความดัน หรือเบาหวาน	279	38.75
(6) ผลกตทัต	22	3.06
(7) กระดูก	157	21.81
(8) อื่น		
(8.1) ระบบหายใจ หรือไต	2	0.28
(8.2) โรคจิต	28	3.89
(8.3) การเคลื่อนไหว	2	0.28
(8.4) การมองเห็น	30	4.17

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน ปัญหาที่ประสบด้านการรักษาพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา จำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 54.44 รองลงมามีปัญหาขาดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 25.97 และปัญหาขาดกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 15.69

ปัญหาด้านที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา จำนวน 584 คน คิดเป็นร้อยละ 81.11 และที่มีปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนใหญ่มีปัญหาไม่มีที่อยู่อาศัย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 2.78 และมีปัญหาเตียงนอน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 1.25

ปัญหาด้านสวัสดิการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 48.61 รองลงมามีปัญหารายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และที่มีปัญหาไม่มีอาชีพ จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 20.42

ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหาโรคหัวใจ หรือความดัน หรือเบาหวาน จำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 38.75 รองลงมามีปัญหาโรคกระดูก จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 21.84 และที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 35.14

### 1.3) ศึกษาความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุพิการ

ตารางที่ 4.10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยรวม

ความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ จาก การจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการด้านสุขภาพ	ระดับความต้องการได้รับการบริการ		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความต้องการด้านการศึกษา	3.16	1.25	ปานกลาง
ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย	3.41	1.44	มาก
ความต้องการด้านการทำงานและการมีรายได้	2.87	1.60	ปานกลาง
ความต้องการด้านนันทนาการ	3.12	1.33	ปานกลาง
ความต้องการด้านกระบวนการยุติธรรม	3.81	1.37	มาก
ความต้องการด้านบริการทางสังคมทั่วไป	3.95	1.20	มาก
ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย	3.95	1.06	มาก
<b>รวม</b>	3.47	1.13	มาก

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.47$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย ( $\bar{X}=3.95$ ) ด้านบริการทางสังคมทั่วไป ( $\bar{X}=3.95$ ) และความต้องการด้านกระบวนการยุติธรรม ( $\bar{X}=3.81$ ) ตามลำดับ ส่วนความต้องการด้านการทำงานและการมีรายได้ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=2.87$ )

ตารางที่ 4.11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านการศึกษา	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							แปล ผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	
1. การจัดให้มีการทัศนศึกษาดูงานตามโอกาส	297 (41.25)	69 (9.58)	61 (8.47)	169 (23.47)	124 (17.22)	2.66	1.60	ปาน กลาง
2. ได้รับโอกาสในการศึกษาตามความเหมาะสม	300 (41.67)	64 (8.89)	82 (11.39)	150 (20.83)	124 (17.22)	2.63	1.59	ปาน กลาง
3. การได้รับคำแนะนำวิธีปฏิบัติกรณีเผชิญเหตุฉุกเฉิน	166 (23.06)	62 (8.61)	88 (12.22)	196 (27.22)	208 (28.89)	3.30	1.53	ปาน กลาง
4. ความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันทางสังคม	155 (21.53)	53 (7.36)	111 15.42	217 30.14	184 25.56	3.31	1.47	ปาน กลาง
5. ความรู้ทางด้านกฎหมายและสิทธิทางกฎหมาย	159 (22.08)	58 (8.06)	83 (11.53)	221 (30.69)	199 (27.64)	3.34	1.51	ปาน กลาง
6. ความรู้ทางด้านสิทธิทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล	136 (18.89)	32 (4.44)	54 (7.5)	192 (26.67)	306 (42.5)	3.69	1.51	มาก
7. การเรียนรู้ทักษะในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับความพิการ	130 (18.06)	47 (6.53)	50 (6.94)	239 (33.19)	254 (35.28)	3.61	1.47	มาก
8. การได้รับข่าวสารด้านสิทธิและสวัสดิการจากภาครัฐ	120 (16.67)	35 (4.86)	58 (8.06)	208 (28.89)	299 (41.53)	3.74	1.46	มาก
9. การได้เรียนรู้เกี่ยวกับการถ่ายทอดและอนุรักษ์ภูมิปัญญา	201 (27.92)	70 (9.72)	106 (14.72)	191 (26.53)	152 (21.11)	3.03	1.53	ปาน กลาง
10. การศึกษาด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยี	376 (52.22)	52 (7.22)	88 (12.22)	114 (15.83)	90 (12.5)	2.29	1.52	ปาน กลาง
<b>รวม</b>						3.16	1.25	ปาน กลาง

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการด้านการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.16$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า ความต้องการการได้รับข่าวสารด้านสิทธิและสวัสดิการจากภาครัฐผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=3.74$ ) รองลงมาความต้องการความรู้ทางด้านสิทธิทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล ( $\bar{X}=3.69$ ) และความต้องการการเรียนรู้ทักษะในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับความพิการ ( $\bar{X}=3.61$ ) ตามลำดับ ส่วนความต้องการการศึกษาด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีผู้สูงอายุพิการมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=2.29$ )

ตารางที่ 4.12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านที่อยู่อาศัย	ระดับความต้องการได้รับการบริการ						$\bar{X}$	SD	แปล ผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด				
1. การปรับปรุงบันไดบ้าน ทางเดิน ให้มีราวให้ยึดเกาะ	228 (31.67)	36 (5.00)	84 (11.67)	151 (20.97)	221 (30.69)		3.14	1.65	ปาน กลาง
2. ปรับพื้นที่ให้มีทางลาดขึ้น-ลง ภายในบ้าน	233 (32.36)	34 (4.72)	100 (13.89)	143 (19.86)	210 (29.17)		3.09	1.64	ปาน กลาง
3. ห้องน้ำ/ห้องส้วมอยู่ภายในบ้าน และเป็นแบบนั่งห้อยเท้า	197 (27.36)	24 (3.33)	51 (7.08)	139 (19.31)	309 (42.92)		3.47	1.68	มาก
4. ปรับที่นอนหรือห้องนอนให้มี ความเหมาะสม	183 (25.42)	25 (3.47)	49 (6.81)	175 (24.31)	288 (40.00)		3.50	1.63	มาก
5. บ้านที่อยู่อาศัยมีอากาศถ่ายเทได้ สะดวก	179 (24.86)	24 (3.33)	55 (7.64)	159 (22.08)	303 (42.08)		3.53	1.63	มาก
6. บ้านที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างที่ เพียงพอ	182 (25.28)	20 (2.78)	57 (7.92)	170 (23.61)	291 (40.42)		3.51	1.62	มาก
7. ปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้ มีความเหมาะสมกับสภาพความพิการ	168 (23.33)	21 (2.92)	46 (6.39)	177 (24.58)	308 (42.78)		3.61	1.60	มาก
<b>รวม</b>							3.41	1.44	มาก

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.41$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า ความต้องการได้รับปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมกับสภาพความพิการผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=3.61$ ) รองลงมาความต้องการบ้านที่อยู่อาศัยมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ( $\bar{X}=3.53$ ) และความต้องการห้องน้ำ หรือห้องส้วมอยู่ภายในบ้านและเป็นแบบนั่งห้อยเท้า ( $\bar{X}=3.51$ ) ตามลำดับ ส่วนความต้องการปรับพื้นที่ให้มีทางลาดขึ้น-ลงภายในบ้านผู้สูงอายุพิการมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.09$ )

ตารางที่ 4.13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านการทำงานและการมีรายได้สำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านการทำงานและการมี รายได้	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							SD	แปล ผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$			
1. การจัดหาอาชีพที่เหมาะสม แก่ผู้สูงอายุพิการ	265 (36.81)	55 (7.64)	72 (10)	127 (17.64)	201 (27.92)	2.92	1.69	ปาน กลาง	
2. การส่งเสริมการออมและการ ลงทุน	241 (33.47)	48 (6.67)	88 (12.22)	145 (20.14)	198 (27.5)	3.02	1.65	ปาน กลาง	
3. การพัฒนาทักษะในการ ประกอบอาชีพ	269 (37.36)	56 (7.78)	86 (11.94)	129 (17.92)	180 (25.00)	2.85	1.65	ปาน กลาง	
4. การช่วยเหลือส่งเสริมในการ พัฒนาผลิตภัณฑ์	275 (38.19)	60 (8.33)	85 (11.81)	123 (17.08)	177 (24.58)	2.82	1.65	ปาน กลาง	
5. การจัดหาแหล่งเงินทุนในการ ประกอบอาชีพ	269 (37.36)	64 (8.89)	73 (10.14)	116 (16.11)	198 (27.50)	2.88	1.68	ปาน กลาง	
6. การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการ ประกอบอาชีพ	276 (38.33)	57 (7.92)	80 (11.11)	112 (15.56)	195 (27.08)	2.85	1.68	ปาน กลาง	
7. การจัดหาสถานที่จำหน่าย ผลิตภัณฑ์และช่องทางการตลาด	287 (39.86)	68 (9.44)	75 (10.42)	114 (15.83)	176 (24.44)	2.76	1.66	ปาน กลาง	
8. การให้ความรู้เกี่ยวกับอาชีพ	275 (38.19)	57 (7.92)	81 (11.25)	107 (14.86)	200 (27.78)	2.86	1.69	ปาน กลาง	
<b>รวม</b>						2.87	1.25	ปาน กลาง	

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านการทำงานและการมีรายได้สำหรับผู้สูงอายุพิการโดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.87$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า ความต้องการการส่งเสริมการออมและการลงทุนผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=3.02$ ) รองลงมาความต้องการการจัดหาอาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุพิการ ( $\bar{X}=2.92$ ) และความต้องการจัดหาแหล่งเงินทุนในการประกอบอาชีพ ( $\bar{X}=2.88$ ) ตามลำดับ ส่วนความต้องการการจัดหาสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์และช่องทางการตลาดผู้สูงอายุพิการมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=2.76$ )

ตารางที่ 4.14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านนันทนาการ	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							แปล ผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	
1. การเข้าร่วมกิจกรรมรื่นเริง ของชุมชน	207 (28.75)	56 (7.78)	97 (13.47)	184 (25.56)	176 (24.44)	3.09	1.57	ปาน กลาง
2. การเข้าร่วมในกิจกรรมทาง สังคม การเข้ากลุ่ม	181 (25.14)	63 (8.75)	105 (14.58)	182 (25.28)	189 (26.25)	3.19	1.54	ปาน กลาง
3. การเข้าร่วมกิจกรรมทาง ศาสนา	138 (19.17)	52 (7.22)	74 (10.28)	207 (28.75)	249 (34.58)	3.52	1.50	มาก
4. การเข้าร่วมกิจกรรมตาม ประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น	151 (20.97)	56 (7.78)	90 (12.5)	189 (26.25)	234 (32.5)	3.42	1.52	มาก
5. การเข้าร่วมกิจกรรมด้าน กีฬา การออกกำลังกาย	227 (31.53)	91 (12.64)	114 (15.83)	159 (22.08)	129 (17.92)	2.82	1.52	ปาน กลาง
6. การได้ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานศิลปะ ดนตรี	273 (37.92)	89 (12.36)	112 (15.56)	136 (18.89)	110 (15.28)	2.61	1.51	ปาน กลาง
7. การถ่ายทอดความรู้/ภูมิ ปัญญา	222 (30.83)	95 (13.19)	99 (13.75)	156 (21.67)	148 (20.56)	2.88	1.55	ปาน กลาง
8. การให้ความช่วยเหลือทาง สังคมของผู้สูงอายุพิการ	154 (21.39)	64 (8.89)	78 (10.83)	155 (21.53)	269 (37.36)	3.45	1.57	มาก
<b>รวม</b>						3.12	1.33	ปาน กลาง

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการในด้านนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.12$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า ความต้องการการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.52$ ) รองลงมา ความต้องการการให้ความช่วยเหลือทางสังคมของผู้สูงอายุพิการ ( $\bar{X}=3.45$ ) และความต้องการการเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่น ( $\bar{X}=3.42$ ) ตามลำดับ ส่วนความต้องการการได้ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานศิลปะ ดนตรีผู้สูงอายุพิการ มีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=2.61$ )



ตารางที่ 4.15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านกระบวนการยุติธรรมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านกระบวนการยุติธรรม	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							แปล ผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	
1. การไม่ถูกเลือกปฏิบัติ	137 (19.03)	28 (3.89)	46 (6.39)	176 (24.44)	333 (46.25)	3.71	1.52	มาก
2. การช่วยเหลือทางกฎหมายโดย การจัดหาทนายความช่วยเหลือทาง คดี และการเจรจาไกล่เกลี่ย	111 (15.42)	15 (2.08)	21 (2.92)	146 (20.28)	427 (59.31)	3.42	1.58	มาก
3. การได้รับการคุ้มครองทาง กฎหมายอย่างเสมอภาคและเป็น ธรรม	120 (16.67)	13 (1.81)	27 (3.75)	148 (20.56)	412 (57.22)	3.70	1.51	มาก
4. การเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุ พิการ	113 (15.69)	18 (2.5)	26 (3.61)	124 (17.22)	439 (60.97)	4.05	1.47	มาก
5. การจดทะเบียนและการได้รับ สิทธิประโยชน์ทางกฎหมาย	138 (19.17)	28 (3.89)	52 (7.22)	199 (27.64)	303 (42.08)	4.00	1.48	มาก
6. การเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้	174 (24.17)	39 (5.42)	65 (9.03)	197 (27.36)	245 (34.03)	4.06	1.45	มาก
7. มีตัวแทนของผู้สูงอายุพิการใน การดำเนินทางด้านกฎหมาย	132 (18.33)	37 (5.14)	59 (8.19)	169 (23.47)	323 (44.86)	3.75	1.53	มาก
<b>รวม</b>						3.81	1.37	มาก

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านกระบวนการยุติธรรมสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.81$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า ความต้องการการเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=4.06$ ) รองลงมาความต้องการการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุพิการ ( $\bar{X}=4.05$ ) และความต้องการการจดทะเบียนและการได้รับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมาย ( $\bar{X}=4.00$ ) ตามลำดับ ส่วนความต้องการการช่วยเหลือทางกฎหมายโดยการจัดหาทนายความช่วยเหลือทางคดีและการเจรจาไกล่เกลี่ยผู้สูงอายุพิการมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.42$ )

ตารางที่ 4.16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านบริการทางสังคมทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านบริการทางสังคมทั่วไป	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							แปล ผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	
1. มีสิ่งอำนวยความสะดวกของ ชุมชนที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุพิการ	91 (12.64)	22 (3.06)	40 (5.56)	182 (25.28)	385 (53.47)	4.04	1.36	มาก
2. การอำนวยความสะดวกใน สถานที่ของรัฐ	89 (12.36)	16 (2.22)	38 (5.28)	169 (23.47)	408 (56.67)	4.10	1.35	มาก
3. การได้รับการลดหย่อน ทางด้านภาษี	156 (21.67)	43 (5.97)	75 (10.42)	135 (18.75)	311 (43.19)	3.56	1.59	มาก
4. การได้รับส่วนลดค่าโดยสาร ขนส่งสาธารณะ	122 (16.94)	34 (4.72)	56 (7.78)	151 (20.97)	357 (49.58)	3.82	1.50	มาก
5. การบริการทางด่วนสำหรับ ผู้สูงอายุพิการในโรงพยาบาล	78 (10.83)	15 (2.08)	31 (4.31)	112 (15.56)	484 (67.22)	4.26	1.31	มาก ที่สุด
6. การสนับสนุนค่าใช้จ่าย (เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร เครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น)	73 (10.14)	19 (2.64)	33 (4.58)	122 (16.94)	473 (65.69)	4.25	1.29	มาก ที่สุด
7. การให้บริการกู้ยืมเงินจาก กองทุนผู้สูงอายุและกองทุนผู้พิการ	162 (22.50)	43 (5.97)	72 (10.00)	143 (19.86)	300 (41.67)	3.52	1.60	มาก
8. การได้รับการบริการอำนวยความสะดวก ในสถานที่สาธารณะ	95 (13.19)	24 (3.33)	44 (6.11)	152 (21.11)	405 (56.25)	4.04	1.39	มาก
<b>รวม</b>						3.95	1.20	มาก

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการในด้านบริการทางสังคมทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.95$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า ความต้องการการบริการทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุพิการในโรงพยาบาลผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.26$ ) รองลงมาความต้องการการสนับสนุนค่าใช้จ่าย (เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร เครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น) ( $\bar{X} = 4.25$ ) และความต้องการการอำนวยความสะดวกในสถานที่ของรัฐ ( $\bar{X} = 4.10$ ) ตามลำดับ ความต้องการการให้บริการกู้ยืมเงินจากกองทุนผู้สูงอายุและกองทุนผู้พิการผู้สูงอายุพิการมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.52$ )

ตารางที่ 4.17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านสุขภาพอนามัย	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							แปล ผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	
1. ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุพิการ	68 (9.44)	25 (3.47)	30 (4.17)	224 (31.11)	373 (51.81)	4.04	1.36	มาก
2. ได้รับคำแนะนำในการออก กำลังกายและกายภาพบำบัดที่ เหมาะสมกับประเภทความ พิการ	81 (11.25)	29 (4.03)	59 (8.19)	220 (30.56)	331 (45.97)	4.10	1.35	มาก
3. ได้รับความรู้เกี่ยวกับ โภชนาการที่เหมาะสมกับความ พิการและวัย	75 (10.42)	32 (4.44)	50 (6.94)	212 (29.44)	351 (48.75)	3.56	1.59	มาก
4. การดูแลการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน	74 (10.28)	33 (4.58)	45 (6.25)	238 (33.06)	330 (45.83)	3.82	1.50	มาก
5. ได้รับยาและเวชภัณฑ์ (ผ้าอ้อม กระบอกปัสสาวะ)	127	38	71	171	313	4.26	1.31	มาก ที่สุด
6. ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดย กระบวนการทางแพทย์	91 (12.64)	27 (3.75)	48 (6.67)	184 (25.56)	370 (51.39)	4.25	1.29	มาก ที่สุด
7. ได้รับเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น เตียงปรับเอน ที่ นอนกันแผลกดทับ	158 (21.94)	48 (6.67)	81 (11.25)	162 (22.5)	271 (37.64)	3.52	1.60	มาก

ตารางที่ 4.17 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุพิการ (ต่อ)

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านสุขภาพอนามัย	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	แปล ผล
8. ได้รับกายอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยฟัง เครื่องช่วยพยุง วีลแชร์ (รถเข็นนั่ง) และ แขน/ขาเทียม เป็นต้น	140 (19.44)	35 (4.86)	57 (7.92)	153 (21.25)	335 (46.53)	4.04	1.39	มาก
9. การตรวจเยี่ยมและให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ	76 (10.56)	34 (4.72)	46 (6.39)	183 (25.42)	381 (52.92)	3.71	1.55	มาก
10. ได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตใจและความเครียด	121 (16.81)	27 (3.75)	55 (7.64)	265 (36.81)	252 (35)	3.69	1.41	มาก
11. ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน	82 (11.39)	26 (3.61)	40 (5.56)	202 (28.06)	370 (51.39)	4.04	1.32	มาก
12. ได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	89 (12.36)	22 (3.06)	45 (6.25)	189 (26.25)	375 (52.08)	4.03	1.35	มาก
13. ได้อยู่พร้อมหน้าในหมู่ลูกหลาน	67 (9.31)	28 (3.89)	39 (5.42)	139 (19.31)	447 (62.08)	4.21	1.28	มาก
14. ได้รับความรักความเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคม	68 (9.44)	21 (2.92)	39 (5.42)	156 (21.67)	436 (60.56)	4.21	1.26	มาก
15. ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	78 (10.83)	48 (6.67)	49 (6.81)	173 (24.03)	372 (51.67)	3.99	1.35	มาก
<b>รวม</b>						3.95	1.06	มาก

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการในด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุพิการโดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.95$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า ความต้องการได้รับความรักความเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคมและความต้องการได้อยู่พร้อมหน้าในหมู่ลูกหลานผู้สูงอายุพิการมีความต้องการเท่ากันมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.21$ ) รองลงมาความต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพิการ ( $\bar{X} = 4.12$ ) ตามลำดับ ส่วนความต้องการได้รับเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น เตียงปรับเอน ที่นอนกันแผลกตกทับผู้สูงอายุพิการมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.47$ )

2) สถานภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคม

2.1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ ตารางที่ 4.18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
(1.1) ชาย	162	22.50
(1.2) หญิง	558	77.50
<b>2. ปัจจุบันอายุ</b>		
(2.1) อายุต่ำกว่า 30 ปี	33	4.58
(2.2) อายุ 30-60 ปี	457	63.47
(2.3) อายุ 61 ปีขึ้นไป	230	31.94
อายุต่ำสุด 12 ปี อายุสูงสุด 97 ปี อายุเฉลี่ย 53.46 ปี		
<b>3. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพิการ</b>		
(3.1) เป็นคู่สมรส	198	27.50
(3.2) เป็นบุตร/หลาน	384	53.33
(3.3) เป็นญาติ	115	15.97
(3.4) ผู้ช่วยเหลือคนพิการ (มีค่าตอบแทน)	5	0.69
(3.5) อื่น	18	2.50
<b>4. สถานภาพ</b>		
(4.1) โสด	106	14.72
(4.2) สมรสหรืออยู่ด้วยกัน	519	72.08
(4.3) หม้าย	65	9.03
(4.3) หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่	30	4.17
<b>5. ศาสนา</b>		
(5.1) พุทธ	672	93.33
(5.2) คริสต์	8	1.11
(5.3) อิสลาม	40	5.56
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

ตารางที่ 4.18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>6. ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
(6.1) ไม่จบประถมศึกษา	58	8.06
(6.2) จบประถมศึกษา	423	58.75
(6.3) จบมัธยมศึกษาตอนต้น	86	11.94
(6.4) จบมัธยมศึกษาปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	83	11.53
(6.5) จบอนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	22	3.06
(6.6) จบปริญญาตรี	44	6.11
(6.7) จบปริญญาโทหรือสูงกว่า	4	0.56
<b>7. อาชีพ</b>		
(7.1) ไม่ประกอบอาชีพ	169	23.47
(7.2) เกษตรกรรม	244	33.89
(7.3) รับจ้าง	170	23.61
(7.4) รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	17	2.36
(7.5) ค้าขาย	76	10.56
(7.6) บริษัทเอกชน	7	0.97
(7.7) แม่บ้านหรือ นักศึกษา	22	3.06
(7.8) ผู้ดูแลผู้ป่วย (อสม. สท. อบต. ผช.ญ.)	7	0.97
(7.9) ธุรกิจส่วนตัว	8	1.11
<b>8. ความรู้ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพิการ</b>		
(8.1) ไม่มี	515	71.53
(8.2) มีความรู้ทักษะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ได้รับการอบรมทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ	163	22.64
- ผ่านหลักสูตรการรักษาพยาบาลจากสถานศึกษา	9	1.25
- พยาบาลวิชาชีพ อสม.	33	4.58
- ประสบการณ์	20	2.78
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

ตารางที่ 4.18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>9. ระยะเวลาดูแลผู้สูงอายุพิการคนปัจจุบัน</b>		
(9.1) ไม่เกิน 1 ปี	156	21.67
(9.2) 2-5 ปี	195	27.08
(9.3) 5-10 ปี	171	23.75
(9.4) มากกว่า 10 ปี	198	27.50
ระยะเวลาต่ำสุด 0.6 ปี สูงสุด 11 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 6.06 ปี		
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาตามเพศส่วนใหญ่ เป็นหญิง จำนวน 558 คน คิดเป็นร้อยละ 77.50 และเป็นชายจำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50

เมื่อพิจารณาตามอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่อายุ 30-60 ปี จำนวน 457 คน คิดเป็นร้อยละ 63.47 รองลงมาอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 31.94 โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการมีอายุต่ำสุด 12 ปี อายุสูงสุด 97 ปี อายุเฉลี่ย 53.46 ปี

เมื่อพิจารณาตามความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่เป็นบุตร หรือ หลาน จำนวน 384 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาเป็นคู่สมรส จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50

เมื่อพิจารณาตามสถานภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่สมรส หรืออยู่ด้วยกัน จำนวน 519 คน คิดเป็นร้อยละ 72.08 รองลงมาโสด จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 14.72

เมื่อพิจารณาตามการนับถือศาสนาผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 672 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56

เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาสูงสุดผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา จำนวน 423 คน คิดเป็นร้อยละ 58.75 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 11.94

เมื่อพิจารณาตามอาชีพของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 33.89 รองลงมาอาชีพรับจ้าง จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 23.47 และ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 23.61

เมื่อพิจารณาตามความรู้ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพิการของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ ไม่มี จำนวน 515 คน คิดเป็นร้อยละ 71.53 และที่มีความรู้ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมทางด้าน การดูแล ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 22.64

เมื่อพิจารณาตามระยะเวลาดูแลผู้สูงอายุพิการคนปัจจุบันของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ดูแล มามากกว่า 10 ปี จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50 รองลงมาดูแลมา 2-5 ปี จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 27.08 โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการใช้ระยะเวลาดูแลผู้สูงอายุพิการคนปัจจุบันระยะเวลา ต่ำสุด 0.6 ปี สูงสุด 11 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 6.06 ปี

ตารางที่ 4.19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทความพิการ

ประเภทความพิการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประเภทความพิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
1. ทางการเห็น		
(1.1) ตาบอด	73	10.14
(1.2) เห็นเลือนราง	90	12.50
2. ทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย		
(2.1) หูหนวก	50	6.94
(2.2) หูตึง	112	15.56
(2.3) ความพิการทางการสื่อความหมาย	23	3.19
3. ทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย		
(3.1) การเคลื่อนไหว	219	30.42
(3.2) อัมพฤต	39	5.42
(3.3) กระดูก หรือข้อเส้น	17	2.36
(3.4) กล้ามเนื้ออ่อนแรง	41	5.69
(3.5) แขน หรือขาพิการ	88	12.22
(3.6) เดินไม่ได้	59	8.19
(3.7) ติดเตียง	9	1.25
4. ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม	25	3.47
5. ทางสติปัญญา	38	5.28
6. ทางการเรียนรู้ (LD)	6	0.83
7. ออทิสติก	2	0.28
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพิการที่ต้องดูแลเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือร่างกาย สำหรับการพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่พิการประเภทการเคลื่อนไหว จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 30.42 รองลงมาผู้สูงอายุพิการที่ต้องดูแลเป็นคนพิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย สำหรับการพิการทางการได้ยินส่วนใหญ่พิการประเภทหูตึง จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56



ตารางที่ 4.20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าร่วมกลุ่ม หรือชมรม

การเข้าร่วมกลุ่ม หรือชมรม	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับผู้ดูแล</b>		
(1.1) ไม่เคย	500	69.44
(1.2) เคย	220	30.56
<b>2. ผู้สูงอายุพิการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม หรือชมรม</b>		
(2.1) ไม่เคยเข้าร่วม	413	57.36
(2.2) เข้าร่วมบ้างบางครั้ง	252	35.00
(2.3) เข้าร่วมบ่อยครั้ง	55	7.64
<b>รวม</b>	720	100.00

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาจากการมีโอกาสดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีโอกาสในการแลกเปลี่ยน จำนวน 500 คน คิดเป็นร้อยละ 69.44 และเคยมีโอกาสดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับผู้ดูแล จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 30.56

เมื่อพิจารณาจากการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม หรือชมรม ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม หรือชมรม จำนวน 413 คน คิดเป็นร้อยละ 57.36 รองลงมาเข้าร่วมบ้างบางครั้ง จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 และเข้าร่วมบ่อยครั้ง จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 7.64

ตารางที่ 4.21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการใช้กายอุปกรณ์

การใช้กายอุปกรณ์	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. ผู้สูงอายุพิการไม่ได้ใช้กายอุปกรณ์ เพราะ</b>		
(1.1) ตาบอด หรือหูหนวก หรือเป็นใบ้	137	19.03
(1.2) เดินไม่ได้	20	2.78
(1.3) ติดเตียง	22	3.06
(1.4) ช่วยเหลือตัวเองได้	55	7.64
(1.5) ไม่มีเงิน	7	0.97
(1.6) ไม่สะดวก หรือไม่ชิน	3	0.42
(1.7) ไม่มี	30	4.17
(1.8) พิการทางจิต	4	0.56
(1.9) ไม่ได้ขึ้นทะเบียนผู้พิการ	2	0.28
<b>2. ผู้สูงอายุพิการใช้กายอุปกรณ์</b>		
(2.1) ใช้แวนตา หรือแวนขยาย	51	7.08
(2.2) ใช้ไม้เท้า หรือไม้เท้าสามขา	219	30.42
(2.3) ใช้คอกช่วยเดิน	52	7.22
(2.4) ใช้เครื่องช่วยฟัง	37	5.14
(2.5) รถเข็น	156	21.67
(2.6) อื่น ๆ		
- เตี้ยง	10	1.39
- ขาเทียม	6	0.83
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาจากการใช้กายอุปกรณ์พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพิการไม่ได้ใช้กายอุปกรณ์ เพราะตาบอด หรือหูหนวก หรือเป็นใบ้ จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 19.03 รองลงมาไม่ได้ใช้กายอุปกรณ์ เพราะช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 7.64 และไม่ได้ใช้กายอุปกรณ์ เพราะไม่มีกายอุปกรณ์ให้ใช้ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 4.17

เมื่อพิจารณาจากผู้สูงอายุพิการใช้กายอุปกรณ์ส่วนใหญ่ใช้กายอุปกรณ์ประเภทไม้เท้า หรือไม้เท้าสามขา จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 30.42 รองลงมาใช้กายอุปกรณ์ประเภทรถเข็น จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67

ตารางที่ 4.22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการดูแลช่วยเหลือ

การดูแลช่วยเหลือ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. ผู้สูงอายุพิการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุพิการ</b>		
(1.1) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	92	12.78
(1.2) ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	376	52.22
(1.3) ช่วยเหลือตัวเองได้	252	35.00
<b>2. ช่วงเวลาที่ท่านดูแลผู้สูงอายุพิการ</b>		
(2.1) กลางวัน	161	22.36
(2.2) กลางคืน	97	13.47
(2.3) 24 ชั่วโมง	462	64.17
<b>3. ได้รับรายได้จากการดูแลผู้สูงอายุพิการ</b>		
(3.1) ไม่ได้รับ	662	91.94
(3.2) ได้รับ		
- ประมาณ 50-100 บาทต่อวัน	8	1.11
- ประมาณ 500 บาทต่อเดือน	32	4.44
- ประมาณ 1,000 บาทต่อเดือน	18	2.50
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาจากการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จำนวน 376 คน คิดเป็นร้อยละ 52.22 รองลงมาผู้สูงอายุพิการช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 และผู้สูงอายุพิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 12.78

เมื่อพิจารณาจากช่วงเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ดูแล 24 ชั่วโมง จำนวน 462 คน คิดเป็นร้อยละ 64.17 รองลงมาดูแลช่วงกลางวัน จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 22.36 และดูแลช่วงกลางคืน จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 13.47

เมื่อพิจารณาจากรายได้จากการดูแลผู้สูงอายุพิการส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการไม่ได้รับรายได้ จำนวน 662 คน คิดเป็นร้อยละ 91.94 รองลงมาผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการได้รับรายได้ประมาณ 500 บาทต่อเดือน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 4.44 ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการได้รับรายได้ประมาณ 1,000 บาทต่อเดือน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 และผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการได้รับรายได้ประมาณ 50-100 บาทต่อวัน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 1.11

2.2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในด้านต่าง ๆ  
 ตารางที่ 4.23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตามปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุ

ปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุ</b>		
(1) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือการประกอบอาชีพ	436	60.56
(2) ปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือความเครียด	273	37.92
(3) ปัญหาด้านสุขภาพกาย หรือการพักผ่อนไม่เพียงพอ	227	31.53
(4) ปัญหาทางด้านสังคม	78	10.83
(5) ปัญหาขาดกายอุปกรณ์ หรือเวชภัณฑ์	164	22.78
(6) ปัญหาทางด้านที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม	67	9.31
(7) อื่น	7	0.97
<b>รวม</b>	<b>720</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.23 ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 720 คน เมื่อพิจารณาจากปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือการประกอบอาชีพ จำนวน 436 คน คิดเป็นร้อยละ 60.56 รองลงมามีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือความเครียด จำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 37.92 มีปัญหาด้านสุขภาพกาย หรือการพักผ่อนไม่เพียงพอ จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 31.53 มีปัญหาด้านขาดกายอุปกรณ์ หรือเวชภัณฑ์ จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 22.78 มีปัญหาทางด้านสังคม จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 10.83 มีปัญหาทางด้านที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม จำนวน 67 คิดเป็นร้อยละ 9.31 และมีปัญหาอื่น ๆ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.97 ตามลำดับ

2.3) ความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
 ตารางที่ 4.24 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุโดยรวม

ความต้องการได้รับการบริการในด้านต่าง ๆ จาก การจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการด้านสุขภาพ	ระดับความต้องการได้รับการบริการ		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความต้องการด้านการศึกษา	4.09	1.15	มาก
ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย	3.58	1.44	มาก
ความต้องการด้านการทำงานและการมีรายได้	3.83	1.42	มาก
ความต้องการด้านนันทนาการ	3.85	1.17	มาก
ความต้องการด้านกระบวนการยุติธรรม	4.03	1.25	มาก
ความต้องการด้านบริการทางสังคมทั่วไป	4.02	1.12	มาก
ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย	4.13	1.10	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.91</b>	<b>0.97</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 4.24 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุพิการจากทัศนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ โดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.91$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการในด้านสุขภาพอนามัยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=4.13$ ) รองลงมาผู้สูงอายุพิการมีความต้องการด้านการศึกษา ( $\bar{X}=4.09$ ) ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการด้านกระบวนการยุติธรรม ( $\bar{X}=4.03$ ) ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการด้านบริการทางสังคมทั่วไป ( $\bar{X}=4.02$ ) ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการด้านนันทนาการ ( $\bar{X}=3.85$ ) ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการด้านการทำงานและการมีรายได้ ( $\bar{X}=3.83$ ) และผู้สูงอายุพิการมีความต้องการด้านที่อยู่อาศัยมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.58$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.25 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในการศึกษา	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	แปล ผล
1. การได้รับความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพิการ	73 (10.12)	23 (3.19)	48 (6.66)	214 (29.68)	363 (50.35)	4.07	1.27	มาก
2. การได้รับความรู้เกี่ยวกับ การส่งเสริมการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุพิการ	81 (11.23)	27 (3.74)	54 (7.49)	215 (29.82)	344 (47.71)	3.99	1.31	มาก
3. การได้รับความรู้เกี่ยวกับ การทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ สูงอายุพิการ	77 (10.68)	27 (3.74)	65 (9.02)	183 (25.38)	369 (51.18)	4.03	1.31	มาก
4. การได้รับความรู้เกี่ยวกับ โภชนาการของผู้สูงอายุพิการ	70 (9.71)	19 (2.64)	51 (7.07)	213 (29.54)	368 (51.04)	4.10	1.25	มาก
5. การได้รับความรู้วิธีปฏิบัติ กรณีเผชิญเหตุฉุกเฉิน	67 (9.29)	27 (3.74)	61 (8.46)	193 (26.77)	373 (51.73)	4.08	1.26	มาก
6. การได้รับข่าวสารด้านสิทธิ และสวัสดิการจากภาครัฐ	53 (7.35)	20 (2.77)	39 (5.41)	151 (20.94)	458 (63.52)	4.31	1.17	มาก
<b>รวม</b>						4.09	1.15	มาก

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุพิการจากทัศนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ โดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.09$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า มีความต้องการได้รับการบริการในการได้รับข่าวสารด้านสิทธิและสวัสดิการจากภาครัฐผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=4.31$ ) รองลงมามีความต้องการได้รับการบริการในการได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของผู้สูงอายุพิการ ( $\bar{X}=4.10$ ) และมีความต้องการได้รับการบริการในการได้รับความรู้วิธีปฏิบัติกรณีเผชิญเหตุ

ฉุกเฉิน ( $\bar{X} = 4.08$ ) ตามลำดับ ส่วนมีความต้องการได้รับการบริการในด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุพิการมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.99$ )

ตารางที่ 4.26 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านที่อยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านที่อยู่อาศัย	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							แปล ผล
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	
1. การปรับปรุงบันไดบ้าน ทางเดินให้มีราวให้ยึดเกาะ	190 (26.35)	33 (4.58)	86 (11.93)	148 (20.53)	264 (36.62)	3.36	1.62	ปาน กลาง
2. ปรับพื้นที่ให้มีทางลาดขึ้น-ลง ภายในบ้าน	198 (27.46)	32 (4.44)	92 (12.76)	138 (19.14)	261 (36.2)	3.32	1.64	ปาน กลาง
3. ห้องน้ำ/ห้องส้วมอยู่ภายใน บ้านและเป็นแบบนั่งห้อยเท้า	167 (23.16)	21 (2.91)	80 (11.1)	135 (18.72)	318 (44.11)	3.58	1.61	มาก
4. ห้องนอนหรือที่นอนของ ผู้สูงอายุพิการอยู่ชั้นล่าง/บ้าน ชั้นเดียวมีห้องสำหรับผู้สูงอายุ พิการ	167 (23.16)	29 (4.02)	70 (9.71)	169 (23.44)	286 (39.67)	3.52	1.59	มาก
5. ปรับที่นอนหรือห้องนอนให้มี ความเหมาะสม	156 (21.64)	25 (3.47)	50 (6.93)	164 (22.75)	326 (45.21)	3.66	1.58	มาก
6. บ้านที่อยู่อาศัยมีอากาศ ถ่ายเทได้สะดวก	153 (21.22)	21 (2.91)	42 (5.83)	154 (21.36)	351 (48.68)	3.73	1.58	มาก
7. บ้านที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างที่ เพียงพอ	152 (21.08)	23 (3.19)	42 (5.83)	159 (22.05)	345 (47.85)	3.72	1.58	มาก
8. ปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่ อาศัยมีความเหมาะสมกับ สภาพความพิการ	151 (20.94)	19 (2.64)	47 (6.52)	147 (20.39)	357 (49.51)	3.75	1.58	มาก
<b>รวม</b>						3.53	1.44	มาก

จากตารางที่ 4.26 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุพิการ จากทัศนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ โดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.58$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า มีความต้องการได้รับการปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมกับสภาพความพิการผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.75$ ) รองลงมามีความต้องการได้รับบ้านที่อยู่อาศัยมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ( $\bar{X} = 3.73$ ) และมีความต้องการได้รับบ้านที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างที่เพียงพอ ( $\bar{X} = 3.72$ ) ตามลำดับ ส่วนมีความต้องการได้รับปรับพื้นที่ให้มีทางลาดขึ้น-ลงภายในบ้านมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.32$ )

ตารางที่ 4.27 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านการทำงานและการมีรายได้ สำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านการทำงานและการมี รายได้	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	แปล ผล
1. การให้ความรู้ทักษะเกี่ยวกับการประกอบอาชีพที่บ้าน	112 (15.53)	33 (4.58)	57 (7.91)	169 (23.44)	350 (48.54)	3.85	1.46	มาก
2. การประกอบอาชีพเสริมที่บ้าน	113 (15.67)	30 (4.16)	59 (8.18)	161 (22.33)	358 (49.65)	3.86	1.46	มาก
3. การสนับสนุนเงินทุนในการประกอบอาชีพ	106 (14.70)	29 (4.02)	62 (8.60)	140 (19.42)	384 (53.26)	3.93	1.45	มาก
4. การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ	119 (16.5)	25 (3.47)	58 (8.04)	155 (21.5)	364 (50.49)	3.86	1.48	มาก
5. การช่วยเหลือส่งเสริมในการพัฒนาผลิตภัณฑ์	128 (17.75)	28 (3.88)	78 (10.82)	156 (21.64)	331 (45.91)	3.74	1.50	มาก
6. การจัดหาสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์และช่องทางการตลาด	131 (18.17)	30 (4.16)	74 (10.26)	155 (21.5)	331 (45.91)	3.73	1.51	มาก
<b>รวม</b>						3.83	1.42	มาก

จากตารางที่ 4.27 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านการทำงานและการมีรายได้สำหรับผู้สูงอายุพิการจากทัศนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ โดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.83$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า มีความต้องการได้รับการสนับสนุนเงินทุนในการประกอบอาชีพผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=3.93$ ) รองลงมามีความต้องการได้รับการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพและมีความต้องการได้รับการประกอบอาชีพเสริมที่บ้าน ( $\bar{X}=3.86$ ) ตามลำดับ ส่วนมีความต้องการได้รับการจัดหาสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์และช่องทางการตลาดมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.73$ )

ตารางที่ 4.28 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านนันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านนันทนาการ	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	แปล ผล
1. การเข้าร่วมกิจกรรมรื่นเริง ของชุมชน	78 (10.82)	36 (4.99)	81 (11.23)	258 (35.78)	268 (37.17)	3.83	1.28	มาก
2. การเข้าร่วมในกิจกรรมทาง สังคม การเข้ากลุ่ม	72 (9.99)	34 (4.72)	76 (10.54)	237 (32.87)	302 (41.89)	3.92	1.27	มาก
3. การเข้าร่วมกิจกรรมทาง ศาสนา	62 (8.60)	24 (3.33)	53 (7.35)	228 (31.62)	354 (49.1)	4.09	1.21	มาก
4. การเข้าร่วมกิจกรรมตาม ประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่น	65 (9.02)	24 (3.33)	69 (9.57)	232 (32.18)	331 (45.91)	4.03	1.23	มาก
5. การเข้าร่วมกิจกรรมด้าน กีฬา การออกกำลังกาย	83 (11.51)	52 (7.21)	105 (14.56)	245 (33.98)	236 (32.73)	3.69	1.31	มาก
6. การได้ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานศิลปะ ดนตรี	102 (14.15)	65 (9.02)	123 (17.06)	207 (28.71)	224 (31.07)	3.54	1.38	มาก
<b>รวม</b>						3.85	1.17	มาก

จากตารางที่ 4.28 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุพิการจากทัศนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ โดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.85$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า มีความต้องการได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=4.09$ ) รองลงมามีความต้องการได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่น ( $\bar{X}=4.03$ ) และมีความต้องการได้รับการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม การเข้ากลุ่ม ( $\bar{X}=3.92$ ) ตามลำดับ ส่วนมีความต้องการได้รับการได้ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานศิลปะ ดนตรีมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.54$ )



ตารางที่ 4.29 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านกระบวนการยุติธรรม สำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านกระบวนการยุติธรรม	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	แปล ผล
1. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการ ได้รับความช่วยเหลือทาง กฎหมาย	138 19.14	22 3.05	43 5.96	166 23.02	352 48.82	3.79	1.53	มาก
2. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการไม่ ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม	110 15.26	20 2.77	36 4.99	137 19.00	418 57.98	4.02	1.45	มาก
3. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการ ได้รับการช่วยเหลือทางคดีและ การเจรจาไกล่เกลี่ย	152 21.08	15 2.08	58 8.04	171 23.72	325 45.08	3.70	1.56	มาก
4. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้ เข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุพิการ	62 8.60	13 1.80	16 2.22	109 15.12	521 72.26	4.41	1.19	มาก
5. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการ ได้รับการจดทะเบียนและการ ได้รับสิทธิประโยชน์ทาง กฎหมาย	95 13.18	16 2.22	8 1.11	104 14.42	498 69.07	4.24	1.39	มาก
<b>รวม</b>						4.03	1.25	มาก

จากตารางที่ 4.29 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านกระบวนการยุติธรรมสำหรับผู้สูงอายุพิการจากทัศนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ โดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.03$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า มีความต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้เข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุพิการผู้สูงอายุพิการมีความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.41$ ) รองลงมาคือต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการจดทะเบียนและการได้รับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมาย ( $\bar{X} = 4.24$ ) และมีความต้องการให้ผู้สูงอายุพิการไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม ( $\bar{X} = 4.02$ ) ตามลำดับ ส่วนมีความต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการช่วยเหลือทางคดีและการเจรจาไกล่เกลี่ยมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.70$ )

ตารางที่ 4.30 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านบริการทางสังคมทั่วไป สำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านบริการทางสังคมทั่วไป	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	แปล ผล
1. การได้รับการเช็ดซุกย่อง จากสังคม	123 (17.06)	22 (3.05)	67 (9.29)	227 (31.48)	282 (39.11)	3.73	1.44	มาก
2. การได้รับการลดหย่อน ทางด้านภาษี	129 (17.89)	28 (3.88)	70 (9.71)	168 (23.3)	326 (45.21)	3.74	1.50	มาก
3. การได้สิทธิในการกู้ยืมเงินทุน เพื่อประกอบอาชีพที่บ้าน	110 (15.26)	24 (3.33)	64 (8.88)	143 (19.83)	380 (52.7)	3.91	1.46	มาก
4. ได้รับการสนับสนุนข้อมูล ต่าง ๆ จากสหวิชาชีพ	83 (11.51)	27 (3.74)	68 (9.43)	161 (22.33)	382 (52.98)	4.02	1.35	มาก
5. มีชมรมในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ดูแล ผู้สูงอายุ	77 (10.68)	27 (3.74)	44 (6.1)	185 (25.66)	388 (53.81)	4.08	1.31	มาก
6. สมาชิกในครอบครัวจะช่วย หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นร่วมกัน	56 (7.77)	20 (2.77)	42 (5.83)	146 (20.25)	457 (63.38)	4.29	1.19	มาก ที่สุด
7. สมาชิกในครอบครัว ช่วยเหลือดูแลสนับสนุนด้าน อื่นๆ แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ	61 (8.46)	13 (1.8)	27 (3.74)	129 (17.89)	491 (68.1)	4.35	1.20	มาก ที่สุด
<b>รวม</b>						4.02	1.12	มาก

จากตารางที่ 4.30 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านบริการทางสังคมทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุพิการจากทัศนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ โดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.02$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า มีความต้องการให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือดูแลสนับสนุนด้านอื่น ๆ แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการผู้สูงอายุพิการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.35$ ) รองลงมามีความต้องการให้สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ( $\bar{X} = 4.29$ ) และมีความต้องการให้มีชมรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ( $\bar{X} = 4.08$ ) ตามลำดับ ส่วนข้อมีความต้องการให้ได้รับการเช็ดซุกย่องจากสังคมมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.73$ )

ตารางที่ 4.31 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการได้รับการบริการจากการจัดสวัสดิการสังคมในด้านสุขภาพอนามัย สำหรับผู้สูงอายุพิการ

ความต้องการได้รับการบริการ ในด้านสุขภาพอนามัย	ระดับความต้องการได้รับการบริการ							
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	$\bar{X}$	SD	แปล ผล
1. การมีเวลาในการออกกำลังกาย	68 (9.43)	52 (7.21)	84 (11.65)	261 (36.2)	256 (35.51)	3.81	1.26	มาก
2. การมีเวลาในการพักผ่อนที่ เพียงพอ	62 (8.60)	22 (3.05)	50 (6.93)	229 (31.76)	358 (49.65)	4.11	1.21	มาก
3. การได้ความรักและความ ห่วงใยและการให้กำลังใจจาก ครอบครัว	62 (8.60)	13 (1.8)	25 (3.47)	146 (20.25)	475 (65.88)	4.33	1.20	มาก ที่สุด
4. มีอาสาสมัครมาพบปะ พูดคุยเพื่อให้กำลังใจ	60 (8.32)	18 (2.50)	40 (5.55)	179 (24.83)	424 (8.32)	4.23	1.20	มาก ที่สุด
5. การได้รับคำแนะนำด้าน สุขภาพจิตและการจัดการ ความเครียด	63 (8.74)	24 (3.33)	48 (6.66)	188 (26.07)	398 (55.2)	4.16	1.23	มาก
รวม						4.13	1.10	มาก

จากตารางที่ 4.31 พบว่า ความต้องการได้รับการบริการในด้านสุขภาพอนามัยจากการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุพิการจากทัศนะของผู้ดูแลและผู้สูงอายุพิการ โดยรวมผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับการบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.13$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่า มีความต้องการการได้ความรักและความห่วงใยและการให้กำลังใจจากครอบครัวผู้สูงอายุพิการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X}=4.33$ ) รองลงมามีความต้องการมีอาสาสมัครมาพบปะพูดคุยเพื่อให้กำลังใจ ( $\bar{X}=4.23$ ) และมีความต้องการการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด ( $\bar{X}=4.16$ ) ตามลำดับ ส่วนมีความต้องการการมีเวลาในการออกกำลังกายมีความต้องการเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.81$ )

### ตอนที่ 3 นำเสนอรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

จากข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุพิการ โดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจากส่วนราชการ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา สถานสงเคราะห์คนพิการ สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง ศูนย์บริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า

ตารางที่ 4.32 แสดงประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม

ประเด็นศึกษา	ข้อค้นพบ
1. ปัญหาของผู้สูงอายุพิการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุพิการมีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัลไซเมอร์ การได้ยินและปัญหาด้านโรคกระดูก</li> <li>2. ปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุพิการมีสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัวส่งผลทำให้เป็นโรคซึมเศร้า การเอาแต่ใจตัวเองและน้อยใจ</li> <li>3. ด้านการทำงานและการมีรายได้ เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุพิการบางรายที่มีศักยภาพต้องการประกอบอาชีพตามความเหมาะสมจะได้หารายได้มาช่วยแบ่งเบาภาระให้แก่ครอบครัว</li> <li>4. ปัญหาด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและกายอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุพิการ เช่น รถเข็น กระโถน ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ เป็นต้น</li> <li>5. ปัญหาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ</li> <li>6. ปัญหาจากการดูแล ผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุพิการที่ถูกต้องและไม่ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว</li> <li>7. ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย บ้านของผู้สูงอายุพิการบางรายจะมีลักษณะที่ไม่ถูกสุขลักษณะและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ</li> <li>8. ปัญหาการให้บริการต่าง ๆ ช่องทางพิเศษในการบริการทางด่วน สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ต่าง ๆ</li> </ol>

ตารางที่ 4.32 แสดงประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

ประเด็นศึกษา	ข้อค้นพบ
<p>2. การได้รับบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดให้บริการกองทุนสำหรับผู้พิการ การขึ้นทะเบียนผู้พิการ มีล่ามภาษามือ ผู้ช่วยคนพิการ กายอุปกรณ์ การปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัย จัดฝึกอบรมผู้ช่วยคนพิการ ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการ สนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนไหวต่าง ๆ สำหรับผู้พิการ จัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ</li> <li>2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้บริการการฝึกอาชีพ เบี้ยยังชีพ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น การจดทะเบียนผู้พิการ ต่อบัตรประจำตัวผู้พิการ จัดทำทางลาด แจกถุงยังชีพ การเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุพิการ จัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการ จัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้พิการในตำบล โครงการผู้สูงอายุสัจจะเสริมสร้างภูมิปัญญา จัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพิการได้มีส่วนร่วมในชุมชน</li> <li>3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้บริการการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยทอง การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและโรค ศูนย์ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องสวัสดิการ การดูแลสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการ ชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุถ้ามีความเสี่ยง แนะนำการปฏิบัติตัว การบริการเชิงรุก การตรวจเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ</li> <li>4. อาสาสมัคร (อผส. อสม. อพมก.) ให้บริการการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ตรวจวัดความดัน ลงตรวจเยี่ยมและร่วมกิจกรรมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> <li>5. ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมคนพิการให้บริการในการประสานความช่วยเหลือและจัดกิจกรรมต่าง ๆ</li> <li>6. กลุ่มต่าง ๆ เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชน กลุ่มออมทรัพย์ กาศาต กองทุนบทบาทสตรี มีการจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิกตามระเบียบของแต่ละแห่ง</li> </ol>

ตารางที่ 4.32 แสดงประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

ประเด็นศึกษา	ข้อค้นพบ
3. ปัญหาจากการรับบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่สามารถให้บริการผู้สูงอายุพิการในชุมชนได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากหน่วยงานต่าง ๆ มีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรที่ไม่เพียงพอในการดำเนินงาน</li> <li>2. ไม่มีทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุพิการได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกกิจกรรม เช่น ไม่มีนักกายภาพบำบัด ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น</li> <li>3. ไม่มีสถานให้บริการที่เป็นการเฉพาะ หรือห้องบริการพิเศษที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุพิการ</li> <li>4. ปัญหาจากการจัดการรถเข็นสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีความซับซ้อนของการให้บริการจากหน่วยงานต่าง ๆ</li> <li>5. ไม่มีสถานที่ หรือเวทีจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุพิการ</li> <li>6. อาสาสมัครที่ดูแลไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ เพราะขาดงบประมาณ หรือค่าตอบแทนและมีภาระต้องดูแลครอบครัว</li> </ol>
4. รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดประชาชนทำให้เข้าใจและเข้าถึงปัญหาของประชาชนได้อย่างรวดเร็ว แต่จะต้องขยายบทบาทของหน่วยงานให้มากขึ้นตามโครงสร้างการกระจายอำนาจใหม่และการจัดสรรทรัพยากรใหม่ สุดท้ายภาคประชาชนจะเป็นผู้ที่ต้องดูแลสวัสดิการพื้นฐานของตนเอง คุ้มครองรักษาประโยชน์ของตนและทำหน้าที่ตรวจสอบการจัดบริการและจัดสรรทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปพร้อมกัน</li> <li>- การดูแลผู้สูงอายุพิการนั้นมีองค์ประกอบจำนวนมากและหลายอย่าง เป็นสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นแหล่งทุนที่สำคัญรวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน บุคลากร ซึ่งการที่จะพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมจะต้องมีเครื่องมือที่สำคัญ คือ เครื่องมือเชิงสถาบัน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการประสานทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น การดำเนินการต้องอยู่ในรูปของการรวมกลุ่ม โดยอาศัยฐานเงินและฐานอำนาจ คือ องค์กรบริหารส่วนตำบล หรือ</li> </ul> </li> </ol>

ตารางที่ 4.32 แสดงประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

ประเด็นศึกษา	ข้อค้นพบ
4. รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ (ต่อ)	<p>เทศบาลเป็นหน่วยงานสนับสนุน เพื่อขับเคลื่อนให้ชุมชนเกิดเข้มแข็ง และสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องเป็นเจ้าภาพหลักในการดึงทุกภาคส่วน เช่น วัด โรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุขเข้าร่วมจัดเวทีเป็นเวทีนโยบาย เริ่มตั้งแต่การสำรวจชุมชน การสร้างความตระหนักร่วม การจัดทำข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการ การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุพิการและการให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ</li> <li>- การดูแลสุขภาพคนพิการในเชิงระบบ ต้องทำงานลงไปให้ถึงชุมชนท้องถิ่น คำว่า “ชุมชนท้องถิ่น” ไม่ได้หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชาวบ้าน หรือจิตอาสา แต่หมายถึงกระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อน ฉะนั้น จึงต้องมีการส่งเสริมองค์กรคนพิการในระดับต่าง ๆ โดยเป้าหมายต้องการจะให้มืองค์กรคนพิการประจำตำบล เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนบทบาทของเจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำในเชิงวิชาการเท่านั้น</li> <li>- ข้อจำกัดในการให้บริการ คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจต่องานสวัสดิการสังคม ส่วนใหญ่ใช้ระเบียบและแนวปฏิบัติของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพความจริง แต่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งสามารถจัดสวัสดิการได้ตามแนวทางของชุมชนตนเอง ซึ่งขึ้นกับวิสัยทัศน์ของผู้นำและคณะกรรมการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก</li> <li>- การทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) สำรวจชุมชน คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุพิการ</li> <li>2) จัดทำข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล</li> <li>3) จัดทำแผนตำบล</li> <li>4) จัดสวัสดิการสนับสนุนงบประมาณ</li> <li>5) จัดหาอุปกรณ์</li> <li>6) จัดหา หรือสร้าง หรือปรับปรุงสถานที่</li> <li>7) สร้างภาคีเครือข่ายและอาสาสมัคร</li> <li>8) สร้างอาชีพและจัดหาตลาด</li> </ol> </li> </ul>

ตารางที่ 4.32 แสดงประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

ประเด็นศึกษา	ข้อค้นพบ
4. รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ (ต่อ)	<p>9) ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาและวิถีชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุพิการ</p> <p>10) เกื้อหนุนให้เกิดสังคมเอื้ออาทร</p> <p>2. <u>รูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือพหุลักษณะ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการใช้หลักการมีส่วนร่วมเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญของการให้บริการแบบพหุภาคี หรือพหุลักษณะ ที่มีการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ปัญหา เพื่อวิเคราะห์หารูปแบบทางเลือกใหม่ ๆ ที่จะทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดทำสวัสดิการรูปแบบใหม่ ๆ โดยการทดลองและมีการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบดังกล่าวให้สามารถตอบสนองกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด มิติการทำงานจึงเป็นแนวราบมากกว่าแนวตั้ง การเปิดโอกาสให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมโต้แย้ง ร่วมรับรู้และร่วมวิพากษ์วิจารณ์ มีการหาประชามติร่วมกันจากทุกภาคส่วนในการให้บริการ หากการให้บริการที่จัดไม่เหมาะสมก็จะใช้ประชามติร่วมกันปรับปรุง แก้ไขกฎและระเบียบเพื่อให้เกิดสิทธิประโยชน์ร่วมกัน และมีการพัฒนาการให้บริการไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น</li> <li>- รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุพิการมีหน่วยงาน หรือศูนย์บริการหลักภายในชุมชน โดยรัฐเข้ามาหนุนเสริมเพื่อความยั่งยืน เป็นระบบพหุภาคีที่มีการร่วมดำเนินการทุกภาคส่วน หน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น กลุ่ม หรือองค์กรชุมชน อาสาสมัครต่าง ๆ ผ่านการจัดตั้งเป็นกองทุนการส่งเสริมและดูแลทางด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุพิการและผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ หรือการบูรณาการศูนย์บริการผู้พิการในชุมชนและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพ</li> <li>- ข้อจำกัดในการให้บริการ คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจต่องานสวัสดิการสังคม ส่วนใหญ่ใช้ระเบียบและแนวปฏิบัติของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพความจริง แต่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งสามารถจัดสวัสดิการได้ตามแนวทางของชุมชนตนเอง ซึ่งขึ้นกับวิสัยทัศน์ของผู้นำและคณะกรรมการ</li> </ul>



ตารางที่ 4.32 แสดงประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

ประเด็นศึกษา	ข้อค้นพบ
4. รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ (ต่อ)	<p>ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำงานของชุมชนแบบพหุภาคี ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการ</li> <li>2) การเปิดโอกาสให้คนทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วม</li> <li>3) มีมติร่วมกันจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการ</li> <li>4) เป็นระบบพหุภาคีที่มีการร่วมดำเนินการทุกภาคส่วน หน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น กลุ่ม หรือองค์กรชุมชน อาสาสมัครต่าง ๆ โดยผ่านการจัดตั้งเป็นกองทุนชุมชน</li> <li>5) มีหน่วยงาน หรือศูนย์บริการหลักภายในชุมชน</li> <li>6) มีการร่วมกลุ่มเพื่อสร้างอาชีพและรายได้</li> <li>7) รัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาหนุนเสริมเพื่อความยั่งยืน</li> <li>8) หน่วยงานเอกชนเข้ามาร่วมสนับสนุนงบประมาณ</li> <li>9) มีการขับเคลื่อนกิจกรรมโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน</li> <li>10) พหุภาคีดำเนินงานแบบสังคมเอื้ออาทร</li> </ol> </li> </ul>
5. กลไกนโยบาย กลไกการบริหารจัดการและกลไกการดำเนินการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>กลไกนโยบาย</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย วางแผน กำกับติดตามและตรวจสอบการดำเนินงานด้านการให้บริการผู้สูงอายุพิการ</li> <li>- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนกลไกนโยบาย กลไกการบริหารจัดการและกลไกการดำเนินงาน</li> </ul> </li> <li>2. <u>กลไกการบริหารจัดการและกลไกการดำเนินงาน</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลไกการบริหารจัดการและกลไกการดำเนินงานในระบบพหุภาคีหรือพหุลักษณะ ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน <ol style="list-style-type: none"> <li>1) กลไกภาครัฐส่วนกลางมีงบประมาณ มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับกฎระเบียบอันเคร่งครัดและขั้นตอนอันยุ่งยาก ส่งผลให้การดำเนินงานล่าช้า</li> </ol> </li> </ul> </li> </ol>

ตารางที่ 4.32 แสดงประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

ประเด็นศึกษา	ข้อค้นพบ
5. กลไกนโยบาย กลไกการบริหารจัดการและกลไกการดำเนินการ (ต่อ)	<p>2) กลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถเข้าถึงประชาชนได้ง่าย มีงบประมาณของรัฐสนับสนุนการให้บริการ แต่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ</p> <p>3) กลไกภาคเอกชน ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณมีน้อย แต่มีศักยภาพในการทำงานเชิงลึก สามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้และเข้าถึงประชาชนได้รวดเร็ว</p> <p>4) กลไกภาคประชาชนมีทุนทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรมชุมชนที่เอื้อต่อการให้บริการ แต่สามารถจัดบริการสวัสดิการสังคมได้ในขอบเขตจำกัดเฉพาะกลุ่มเป้าหมายและเฉพาะพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกภาพของหน่วยงานที่ทำหน้าที่การจัดบริการสวัสดิการสังคมไม่เพียงพอ</li> <li>- ความคลุมเครือของอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผลต่อการตัดสินใจในการดำเนินงาน</li> <li>- กฎระเบียบไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน</li> <li>- ขั้นตอนการดำเนินงานมากเกินไป ยุ่งยากซับซ้อน</li> <li>- งบประมาณไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้สูงอายุพิการเพื่อให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายที่เดือดร้อน</li> <li>- บุคลากรไม่เพียงพอและบุคลากรขาดการพัฒนาความรู้ ทักษะการให้บริการผู้สูงอายุพิการให้มีคุณภาพ</li> <li>- ขาดการติดตามและตรวจสอบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดบริการในรูปแบบของจิตอาสา</li> </ul>
6. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคและทางเลือกของรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสม	<p>1. <u>จุดแข็ง</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สังคมไทยเป็นสังคมพุทธศาสนา ทำให้มีความเอื้ออาทร จิตสาธารณะ จิตบริการ พุทธศาสนาเป็นรากฐานการให้บริการผู้สูงอายุพิการ</li> <li>- มีผู้นำองค์กรและชุมชนต้นแบบในการให้บริการผู้สูงอายุพิการ ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้และผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ในการให้บริการผู้สูงอายุพิการให้แก่ผู้อื่นได้นำไปทดลองและขยายผลต่อไป</li> <li>- วัฒนธรรมชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่นมีส่วนส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งในการให้บริการผู้สูงอายุพิการ</li> </ul>

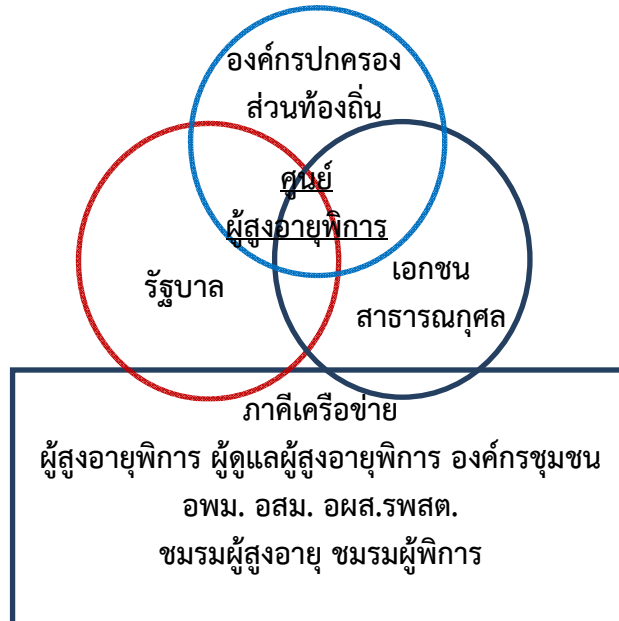
ตารางที่ 4.32 แสดงประเด็นข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม (ต่อ)

ประเด็นศึกษา	ข้อค้นพบ
6. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคและทางเลือกของ รูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุ พิการที่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกฎหมายและแผนแม่บทที่ชี้แจงการจ้ดสวัสดิการสำหรับประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส</li> <li>- มีชมรมผู้สูงอายุและชมรมผู้พิการที่มีความเข้มแข็ง</li> <li>- มีอาสาสมัครทุกหมู่บ้านครอบคลุมทุกตำบล</li> <li>- มีกลุ่มชมรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นภาคประชาชน เช่น จิตอาสา อสม. อพส. ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้พิการ กองทุนสวัสดิการชุมชนและกลุ่มออมทรัพย์ เป็นต้น ที่มีความเข้มแข็ง</li> </ul> <p>2. <u>จุดอ่อน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดกลไกหลักที่ประสานเชื่อมโยงงานการให้บริการผู้สูงอายุพิการ อย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- กลไกการบริหารและกลไกการดำเนินงานขาดประสิทธิภาพทุกระดับ</li> <li>- ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายภาครัฐ</li> <li>- กฎระเบียบขาดความยืดหยุ่นและเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน</li> <li>- บุคลากรมีไม่เพียงพอและบุคลากรที่มีอยู่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>- ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในสิทธิ หน้าที่และการเข้าถึงสิทธิของตน</li> <li>- งบประมาณมีจำกัดและการบริหารงบประมาณยังไม่มีประสิทธิภาพ</li> <li>- ขาดระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพอันจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย วางแผนและดำเนินงาน</li> <li>- การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมมีไม่เพียงพอ</li> </ul> <p>3. <u>ปัญหาอุปสรรค</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุพิการไม่ได้รับรู้เรื่องสิทธิและทำให้ไม่เข้าถึงการให้บริการต่าง ๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุพิการไม่ได้รับความเป็นธรรมในการรับบริการ</li> <li>- บริการในปัจจุบันไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุพิการ</li> </ul>

## สรุปรูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสมจากผลการศึกษาประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะและรูปแบบการบริการทางเลือก ได้แก่ รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจ เอกชน รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศลและรูปแบบการบริการโดยครอบครัว

### 1. รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

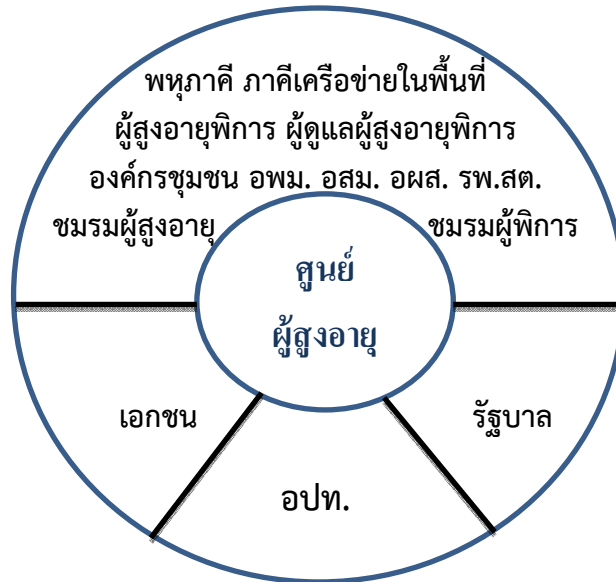


แผนภาพที่ 4.1 รูปแบบการบริหารที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การทำงานในรูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน เพื่อเป็นการยกระดับและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการและสวัสดิการสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่งเสริมให้เกิดการระดม ทรัพยากรและความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกให้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมและบริการ สำหรับผู้สูงอายุ มีการเชื่อมโยงคนทุกวัยให้ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานศูนย์ผู้สูงอายุพิการ เป็นรูปแบบ การให้บริการที่มีข้อกำหนดรูปแบบที่เป็นทางการ ชัดเจนตามกฎหมายและมีแผนพัฒนาตามนโยบายของ รัฐบาล มีการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยมีเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานเป็นหลัก มีหน่วยงานสำนักงาน ที่ชัดเจน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) สำรวจชุมชน คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้สูงอายุพิการ
- 2) จัดทำข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล
- 3) จัดทำแผนตำบล
- 4) จัดสวัสดิการและสนับสนุนงบประมาณ
- 5) จัดหาอุปกรณ์
- 6) จัดหา หรือสร้าง หรือปรับปรุงสถานที่
- 7) สร้างภาคีเครือข่ายและอาสาสมัคร
- 8) สร้างอาชีพและจัดหาตลาด

- 9) ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาและวิถีชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุพิการ
  - 10) เกื้อหนุนให้เกิดสังคมเอื้ออาทร
2. รูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือพหุลักษณะ



แผนภาพที่ 4.2 รูปแบบการบริการที่จัดโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือพหุลักษณะ

การทำงานในรูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี เป็นภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง สำหรับกลไกภาคประชาสังคม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้พิการ องค์กรชุมชน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ เช่น อสม. อพม. อผส. และ รพ.สต. โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) มีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการ
- 2) การเปิดโอกาสให้คนทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วม
- 3) การหาประชาคมติร่วมกันจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการ
- 4) เป็นระบบพหุภาคีที่มีการร่วมดำเนินการทุกภาคส่วน หน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น กลุ่มหรือองค์กรชุมชน อาสาสมัครต่าง ๆ โดยผ่านการจัดตั้งเป็นกองทุนชุมชน
- 5) มีหน่วยงาน หรือศูนย์บริการหลักภายในชุมชน
- 6) มีการร่วมกลุ่มเพื่อสร้างอาชีพและรายได้
- 7) รัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาหนุนเสริมเพื่อความยั่งยืน
- 8) หน่วยงานเอกชนเข้ามาร่วมสนับสนุนงบประมาณ
- 9) มีการขับเคลื่อนกิจกรรมโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน
- 10) พหุภาคีดำเนินงานแบบสังคมเอื้ออาทร

3. รูปแบบการบริการทางเลือก เช่น รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศลและรูปแบบการบริการโดยครอบครัว เป็นต้น

### 3.1 รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน

เป็นบริการทางเลือกสำหรับผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างสูง เพราะเป็นการบริการที่มีค่าใช้จ่ายซึ่งค่อนข้างสูง รัฐไม่มีการกำหนดมาตรฐานกลางและการดูแลกำกับที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องชัดเจน ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ จะต้องมีการเปรียบเทียบ หรือมาตรการต่าง ๆ

ในการควบคุม เช่น สถานบริการผู้สูงอายุพิการจะต้องจดทะเบียนกับรัฐและดูแลผู้สูงอายุพิการให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ ควรมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุพิการ สำหรับสถานบริการให้ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้างทางกายภาพของสถานบริการ การบริหารจัดการการดูแล ประเภทและคุณลักษณะบุคลากร ทีมสหสาขา และระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการที่ต้องได้มาตรฐานตามที่รัฐบาลกำหนด ค่าบริการที่ชำระต้องมีความเหมาะสม เป็นต้น

### 3.2 รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล

เป็นบริการทางเลือกที่ช่วยแบ่งเบาการให้บริการจากภาครัฐ ซึ่งอาจจะมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการอยู่บ้างแต่ไม่สูงมากนัก สามารถเข้าถึงบริการได้ไม่ยากมาก รัฐบาลควรต้องพัฒนาและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพิการเพื่อให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ โดยอาจจะมีระเบียบ หรือมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมเช่นเดียวกับการให้บริการโดยภาคธุรกิจเอกชน สถานบริการผู้สูงอายุพิการจะต้องจดทะเบียนกับรัฐบาลในรูปแบบของการให้บริการโดยองค์กรสาธารณกุศลที่ไม่หวังผลกำไร เพื่อให้รัฐบาลสามารถควบคุมได้ในเรื่องการจัดตั้ง มาตรฐานด้านผู้บริหารสถานบริการดูแลผู้สูงอายุพิการที่ควรเป็น บุคลากรทางด้านสุขภาพ คุณภาพการให้บริการที่ต้องได้มาตรฐานตามที่รัฐบาลกำหนด ค่าบริการที่ชำระต้องมีความเหมาะสม เป็นต้น นอกจากนี้รัฐบาลต้องให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ แก่สถานบริการผู้สูงอายุพิการซึ่งเป็นองค์กรสาธารณกุศลเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐ

### 3.3 รูปแบบการบริการที่บ้านโดยชุมชน

เป็นระบบบริการปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในแง่ของจำนวนและศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุพิการ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในโรงพยาบาลและบริการเชิงรุก โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ มีการจัดทีมให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุพิการซึ่งการให้บริการที่บ้านโดยชุมชนเป็นความสามารถของครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุพิการซึ่งต้องใช้ทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายที่สูง จึงเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัว หากปราศจากมาตรการเกื้อหนุนจากภาครัฐและชุมชนที่เหมาะสม ดังนั้น การให้บริการที่บ้านโดยชุมชนต้องการให้การดูแลสุขภาพโดยคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไปติดตามดูแลผู้สูงอายุพิการที่บ้าน หรือให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนหมู่บ้าน ซึ่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประกอบด้วย บุคลากรกลุ่มสหวิชาชีพหลายด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เภสัชกร ผู้ช่วยฯ ดูแลสุขภาพที่บ้านและคนทำงานบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุพิการในชุมชน ได้แก่

- 1) การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในผู้สูงอายุพิการควรมีการเยี่ยมบ้านที่มีลักษณะเฉพาะเป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผู้สูงอายุ
- 2) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เป็นการดูแลสุขภาพที่มีแบบแผนการดูแลให้บริการที่เป็นทางการ สม่่าเสมอโดยบุคลากรทางการแพทย์เช่นพยาบาลชุมชน
- 3) การบริการที่จัดในชุมชน

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง “รูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ” ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน เพื่อศึกษาสภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับการบริการในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุพิการ และเพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (Applied Research) ศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methodology) การศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุพิการ จำนวน 720 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ จำนวน 720 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการศึกษาในงานสถานบริการที่จัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการสูงอายุในประเทศไทย การจัดเวทีประชุมเพื่อถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุพิการ บุคคลซึ่งดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แกนนำชุมชน อาสาสมัคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่อการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุพิการ/ผู้พิการสูงอายุ และจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group)

#### 5.1 ผลการศึกษาวิจัยมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการ ดังนี้

1. รูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน มี 5 รูปแบบหลักที่สำคัญ ได้แก่

1) รูปแบบการจัดบริการโดยภาครัฐ รูปแบบนี้ถือเป็นกลไกหลักหรือกระแสหลัก ของการจัดบริการผู้สูงอายุพิการ โดยรัฐเป็นศูนย์กลาง ในรูปแบบสถาบันของรัฐที่บุคลากรของรัฐเป็นเจ้าของหลัก เนื่องจากภาครัฐมีความพร้อมด้านทรัพยากรสูงทั้งบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร พื้นที่ดำเนินงานและต้นทุนความรู้เดิมในการบริหารจัดการ

2) รูปแบบการให้บริการที่จัดโดยภาคเอกชนและองค์การสาธารณกุศล ซึ่งเกิดจากการจัดตั้งกลุ่ม สร้างเสริมความเข้มแข็งแก่องค์กรชาวบ้าน องค์กรชุมชนกลุ่มต่างๆ มีการส่งเสริมให้จัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือในกลุ่มปัญหาต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้าถึงปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้ลึกซึ้งกว่า เพราะวิธีการทำงานจะมีลักษณะเกาะติดปัญหาอย่างเอาใจใส่จริงจัง เป็นการทำงานที่มีเป้าหมายทั้งยกระดับความตระหนักรู้ของชุมชน ร่วมไปกับการรณรงค์และการเคลื่อนไหวทางสังคม จะเน้นการให้ข้อมูลทางเลือกเพื่อสร้างความเข้าใจแก่สังคม แต่ด้วยความจำกัดด้านทรัพยากรและกำลังคน จึงทำให้ไม่สามารถขยายผลของงานได้อย่างกว้างขวางนัก

3) รูปแบบให้บริการที่จัดโดยภาคธุรกิจเอกชน ซึ่งยังไม่มีความหมายที่ควบคุมอย่างเป็นระบบ แต่ก็ให้บริการทางเลือกสำหรับผู้ที่มีรายได้สูง ซึ่งเริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้นในเมืองใหญ่ๆ ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี

4) รูปแบบให้บริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผลจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ส่งผลบังคับให้เกิดการกระจายอำนาจ การจัดการสวัสดิการและการดูแลด้านสาธารณสุขประโยชน์ ของชุมชนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นรูปแบบการให้บริการที่มีข้อกำหนดรูปแบบที่เป็นทางการ ชัดเจนตามกฎหมาย ทั้งนี้ภาครัฐมีภารกิจต้องเร่งสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับภาคท้องถิ่นที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการที่เหมาะสม โดยเฉพาะการให้ความรู้ ความเข้าใจต่อเรื่องสวัสดิการ

5) รูปแบบให้บริการแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะ โดยมีหลักการมีส่วนร่วมถือเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ปัญหา เพื่อวิเคราะห์หารูปแบบทางเลือกใหม่ๆ มิติการทำงานจึงเป็นแนวราบมากกว่าแนวดิ่ง การเปิดโอกาสให้คนทุกคนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการเข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมโต้แย้ง ร่วมรับรู้ ร่วมวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งกันและกัน การหาประชามติร่วมกันจากทุกภาคส่วนในการให้บริการ หากการให้บริการที่จัดไม่เหมาะสมก็จะใช้ประชามติร่วมกันปรับปรุง แก้ไข กฎ ระเบียบเพื่อให้เกิดสิทธิประโยชน์ร่วมกัน และมีการพัฒนาการให้บริการไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

## 2. รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสม

รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสม ในพื้นที่ สามารถสรุปได้ 3 รูปแบบ

### 1. รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกให้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมและบริการ อีกทั้งเชื่อมโยงคนทุกวัยให้ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานศูนย์ฯ เป็นรูปแบบการให้บริการที่มีข้อกำหนดรูปแบบที่เป็นทางการ ชัดเจนตามกฎหมาย และมีแผนพัฒนาด้านนโยบายของรัฐบาล และปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานเป็นหลัก มีหน่วยงานสำนักงานที่ชัดเจน

### 2. รูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะ

รูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุพิการโดยชุมชนแบบพหุภาคี ในลักษณะของเครือข่ายในชุมชน ซึ่งเป็นกลไกภาคประชาสังคมที่มีความเข้มแข็ง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้พิการ องค์กรชุมชน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครพัฒนาสังคม อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลคนพิการ

### 3. รูปแบบการบริการทางเลือก

#### 3.1 รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน

รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน เป็นบริการทางเลือกสำหรับผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างสูง เพราะเป็นการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งรัฐยังไม่มีกำหนดมาตรฐานกลาง และการดูแลกำกับที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ จึงควรมีการกำหนดระเบียบหรือมาตรการต่างๆ ในการควบคุม



### 3.2 รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล

รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล ถือเป็นบริการทางเลือกที่ช่วยแบ่งเบาภาระการให้บริการจากภาครัฐ ซึ่งอาจจะมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการอยู่บ้าง แต่ไม่สูงมากนัก สามารถเข้าถึงบริการได้ไม่ยากมาก ซึ่งรัฐบาลควรต้องพัฒนาและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพิการ เพื่อให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ โดยอาจจะมีระเบียบหรือมาตรการต่างๆ ในการควบคุม เช่นเดียวกับการให้บริการโดยภาคธุรกิจเอกชน

### 3.3 รูปแบบการบริการที่บ้านโดยชุมชน

รูปแบบการบริการที่บ้านโดยชุมชน ส่วนใหญ่มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้พิการ จัดทีมให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุพิการ ซึ่งการให้บริการที่บ้านโดยชุมชนยังต้องอาศัยความสามารถของครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุพิการเป็นหลัก ซึ่งสมาชิกครอบครัวต้องใช้ทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัว หากปราศจากมาตรการเกื้อหนุนจากภาครัฐและชุมชนที่เหมาะสม

## 5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสม สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

### 1. รูปแบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุพิการที่มีในปัจจุบัน มี 5 รูปแบบหลักที่สำคัญ ได้แก่

1) รูปแบบการจัดบริการโดยภาครัฐ 2) รูปแบบการให้บริการที่จัดโดยภาคเอกชนและองค์กรสาธารณกุศล 3) รูปแบบให้บริการที่จัดโดยภาคธุรกิจเอกชน 4) รูปแบบให้บริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 5) รูปแบบให้บริการแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ระพีพรรณ คำหอม และคณะ (2547) ที่ได้ศึกษาเรื่องทิศทางและรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมของประเทศไทย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคม มี 3 รูปแบบรูปแบบแรก คือ สวัสดิการสังคมกระแสหลัก ได้แก่ รูปแบบสวัสดิการสังคมเชิงสถาบัน ซึ่งรัฐเป็นผู้ให้บริการประชาชน โดยความร่วมมือของภาคเอกชน องค์กรสาธารณกุศล ภาคธุรกิจเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นสวัสดิการที่จัดให้ตามสิทธิที่ประชาชนพึงได้รับเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานครอบคลุมการสร้างหลักประกัน การบริการทางสังคม รูปแบบที่สอง คือ สวัสดิการสังคมกระแสรองหรือกระแสทางเลือก ในที่นี้หมายถึง รูปแบบสวัสดิการแบบพหุลักษณะ (Pluralism Model) ที่คำนึงถึงความหลากหลาย เน้นวิธีการที่ต้องผสมผสานกันจากหลายวิชาชีพ หลายหน่วยงาน องค์กรภาคีทุกภาคส่วน ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาบนฐานความสำคัญที่เสมอภาคแบบหุ้นส่วนและการมีส่วนร่วมในฐานะ “เจ้าภาพร่วม”

### 2. สถานภาพผู้สูงอายุพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการและความต้องการในการได้รับการบริการในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุพิการ

#### 2.1 ปัญหาของผู้สูงอายุพิการ

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุพิการประสบปัญหาด้านการรักษาพยาบาล มีปัญหาขาดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ปัญหาขาดกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ ด้านที่อยู่อาศัยไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีปัญหาเตียงนอน ด้านสวัสดิการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต มี

ปัญหา รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ และปัญหาไม่มีอาชีพ และปัญหาด้านการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ มีปัญหาโรคหัวใจ ความดัน เบาหวาน โรคกระดูก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2543) ที่ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปผู้นำชุมชน สมาชิกกลุ่มต่าง ๆ และครู ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุคือปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาครอบครัว และปัญหาอื่นๆ ที่สำคัญพบว่า มีผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงมีปัญหาเรื่องความเหงา ความว้าเหว

## 2.2 ความต้องการในการได้รับบริการในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคม

จากการศึกษาผู้สูงอายุพิการและผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ พบว่ามีความต้องการการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการ อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะ ความต้องการด้านจิตใจ ในด้านการได้รับความรัก ความห่วงใย และการให้กำลังใจ จากครอบครัว ซึ่งทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความต้องการตรงกัน การมีอาสาสมัครมาพบปะพูดคุยเพื่อให้กำลังใจ การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด เป็นความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ เนื่องจากผู้สูงอายุพิการ ต้องเผชิญกับปัญหาจากการดูแล ปัญหาการไม่มีเวลาว่าง ปัญหาภาวะเศรษฐกิจ จึงทำให้เกิดภาวะความเครียดที่สูง จึงมีความต้องการคำแนะนำด้านสุขภาพจิต และการจัดการความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทับทิม รัตนโกศล (2527) ที่พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุ มีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยวจะขาดความมั่นคงทางอารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลหรือองค์กรสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของตนเองควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มอาสาสมัครทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน

ปัญหาด้านบริการทางสังคมทั่วไป ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับบริการช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุพิการในโรงพยาบาล การสนับสนุนค่าใช้จ่าย (เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร เครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น และการอำนวยความสะดวกในสถานที่ของรัฐ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นุชนาฏ ยูฮันเงาะ และโสภา อ่อนโอภาส (2546) ได้ทำการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุ: พางเส้นสุดท้ายของครอบครัวในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับบริการจากภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม ส่วนแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ควรมีการเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ให้บริการเบี้ยยังชีพ และส่งเสริมเกียรติภูมิของผู้ประกอบอาชีพที่สูงอายุ ตลอดจนผลักดันนโยบายลดภาษีให้แก่บุตรหลานผู้รับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

ด้านกระบวนการยุติธรรม ผู้สูงอายุพิการมีความต้องการได้รับบริการ การเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ การเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุพิการ และการจดทะเบียนและการได้รับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทับทิม รัตนโกศล (2527) ที่พบว่า ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและกลุ่มสังคม ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่ม ของชุมชน และของสังคม ความต้องการมี

ความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายในครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้ และความต้องการมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนเองปรารถนา

ปัญหาด้านการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีความต้องการได้รับการ การได้รับข่าวสาร ด้านสิทธิและสวัสดิการจากภาครัฐ ความรู้ทางด้านสิทธิทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล และการเรียนรู้ทักษะในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับความพิการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทับทิม รัตน์โกศล (2527) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความต้องการลดการพึ่งพาให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายของชีวิต

ด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุที่มีความต้องการได้รับการ ปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมกับสภาพความพิการ บ้านที่อยู่อาศัยมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และห้องส้วมอยู่ภายในบ้านและเป็นแบบนั่งห้อยเท้า

ด้านการทำงานและการมีรายได้ โดยรวมผู้สูงอายุที่มีความต้องการได้รับการ การส่งเสริมการออมและการลงทุน การจัดหาอาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และการจัดหาแหล่งเงินทุนในการประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทับทิม รัตน์โกศล (2527) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกันชราภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้วจะได้รับบำนาญชราภาพเพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายชีวิต ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและสังคม ต้องการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลานเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพเพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ เพื่อการมีบทบาททางเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นุชนาฏ ยูฮันเงาะ และโสภา อ่อนโอภาส (2546) ได้ทำการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุ: ฟางเส้นสุดท้ายของครอบครัวในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิตทั้งเรื่องการมีบุตร การใช้จ่าย ให้บริการเบี้ยยังชีพ ตลอดจนผลักดันนโยบายลดภาษีให้แก่บุตรหลานผู้รับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

ด้านนันทนาการ ผู้สูงอายุที่มีความต้องการได้รับการ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การให้ความช่วยเหลือทางสังคมของผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทับทิม รัตน์โกศล (2527) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในชุมชน ให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และในการรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

### 3. รูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการที่เหมาะสม จากผลการศึกษา ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะ และ รูปแบบการบริการทางเลือก เช่น รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล รูปแบบการบริการโดยครอบครัว

### 1) รูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การทำงานในรูปแบบการบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน เป็นรูปแบบการให้บริการที่มีข้อกำหนดรูปแบบที่เป็นทางการ ชัดเจนตามกฎหมาย และมีแผนพัฒนาตามนโยบายของรัฐบาล และปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานเป็นหลัก มีหน่วยงานสำนักงานที่ชัดเจน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงาน ดังนี้

- (1) สำรวจชุมชน คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้สูงอายุพิการ
- (2) จัดทำข้อบัญญัติของ อบต.หรือเทศบาล
- (3) จัดทำแผนตำบล
- (4) จัดสวัสดิการ สนับสนุนงบประมาณ
- (5) จัดหาอุปกรณ์
- (6) จัดหา/สร้าง/ปรับปรุงสถานที่
- (7) สร้างภาคีเครือข่าย อาสาสมัคร
- (8) สร้างอาชีพ จัดหาตลาด
- (9) ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาและวิถีชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุพิการ
- (10) เกื้อหนุนให้เกิดสังคมเอื้ออาทร

### 2) รูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี หรือ พหุลักษณะ

การทำงานในรูปแบบการบริการโดยชุมชนแบบพหุภาคี โดยภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีความเข้มแข็ง โดยกลไกภาคประชาสังคม มีการดำเนินงาน ดังนี้

- (1) มีเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการ
- (2) การเปิดโอกาสให้คนทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วม
- (3) การหาประชาคมติร่วมกันจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการ
- (4) เป็นระบบพหุภาคี ที่มีการร่วมดำเนินการทุกภาคส่วน หน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น กลุ่ม/องค์กรชุมชน อาสาสมัครต่างๆ โดยผ่านการจัดตั้งเป็นกองทุนชุมชน
- (5) มีหน่วยงานหรือศูนย์บริการหลักภายในชุมชน
- (6) มีการรวมกลุ่มเพื่อสร้างอาชีพ และรายได้
- (7) รัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาหนุนเสริมเพื่อความยั่งยืน
- (8) หน่วยงานเอกชนเข้ามาร่วมสนับสนุนงบประมาณ
- (9) มีการขับเคลื่อนกิจกรรมโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน
- (10) พหุภาคีดำเนินงานแบบสังคมเอื้ออาทร

3. รูปแบบการบริการทางเลือก เช่น รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล รูปแบบการบริการที่บ้านโดยชุมชน เป็นต้น

### 3.1 รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน

รูปแบบการบริการโดยภาคธุรกิจเอกชน เป็นบริการทางเลือกสำหรับผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างสูง เพราะเป็นการบริการที่มีค่าใช้จ่ายซึ่งค่อนข้างสูง ซึ่งรัฐยังไม่มีกำหนดมาตรฐานกลาง และการดูแลกำกับที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ โดยอาจจะมีการเปรียบเทียบหรือมาตรการต่างๆ ในการควบคุม เช่น สถานบริการผู้สูงอายุพิการ จะต้องจดทะเบียนกับรัฐ และให้การดูแลผู้สูงอายุพิการเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ควรมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุพิการ สำหรับสถานบริการให้ครอบคลุมทั้งด้าน โครงสร้างทางกายภาพของสถานบริการ การบริหารจัดการการดูแล ประเภทและคุณลักษณะบุคลากรที่มีสหสาขา และระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการที่ต้องได้มาตรฐานตามที่รัฐบาลกำหนด ราคาค่าบริการที่ต้องเหมาะสม เป็นต้น

### 3.2 รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล

รูปแบบการบริการโดยองค์กรสาธารณกุศล ถือเป็นบริการทางเลือกที่ช่วยแบ่งเบาการให้บริการจากภาครัฐ ซึ่งอาจจะมีการใช้จ่ายในการรับบริการอยู่บ้าง แต่ไม่สูงมากนัก สามารถเข้าถึงบริการได้ไม่ยากมาก ซึ่งรัฐบาลควรต้องพัฒนาและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุพิการ เพื่อให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ โดยอาจจะมีการเปรียบเทียบหรือมาตรการต่างๆ ในการควบคุม เช่นเดียวกับการให้บริการโดยภาคธุรกิจเอกชน โดยสถานบริการผู้สูงอายุพิการ จะต้องจดทะเบียนกับรัฐ ในรูปแบบของการให้บริการโดยองค์กรสาธารณกุศล ที่ไม่หวังผลกำไร เพื่อให้รัฐบาลสามารถควบคุมได้ในเรื่อง การจัดตั้ง มาตรฐานด้านผู้บริหารสถานบริการดูแลผู้สูงอายุพิการที่ควรเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ คุณภาพการให้บริการที่ต้องได้มาตรฐานตามที่รัฐกำหนด ราคาค่าบริการที่ต้องเหมาะสม เป็นต้น และนอกจากนี้รัฐบาลยังต้องให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ แก่สถานบริการผู้สูงอายุพิการ ซึ่งเป็นองค์กรสาธารณกุศล เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐ

### 3.3 รูปแบบการบริการที่บ้านโดยชุมชน

รูปแบบการบริการที่บ้านโดยชุมชน ซึ่งเป็นระบบบริการปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในแง่ของจำนวนและศักยภาพของบุคลากร ในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุพิการ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในโรงพยาบาลและบริการเชิงรุก และโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้พิการ จัดทีมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุพิการ ซึ่งการให้บริการที่บ้านโดยชุมชนต้องอาศัยความสามารถของครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุพิการด้วย ซึ่งครอบครัวต้องใช้ทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัว หากปราศจากมาตรการเกื้อหนุนจากภาครัฐและชุมชน ที่เหมาะสม

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ควรเร่งส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ โดยทำความเข้าใจกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เห็นความสำคัญของการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป โดยการประชุมสัมมนาผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการทำข้อตกลงกับสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป เพื่อให้เกิดความร่วมมืออย่างเต็มที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการผลักดันเป็นนโยบายหลักของท้องถิ่น

2. ในการให้บริการผู้สูงอายุพิการ ควรมีการจัดประเภทตามความรุนแรง 3 ประเภท คือ 1) ผู้สูงอายุพิการที่มีภาวะสุขภาพไม่รุนแรง มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ แต่ต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว และการช่วยเหลือจากชุมชนในด้านต่าง ๆ ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุพิการที่ติดบ้านไม่สะดวกในการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน จึงต้องมีบริการเข้าไปดูแลเยี่ยมเยียนที่บ้านในด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ 3) ผู้สูงอายุพิการที่มีภาวะสุขภาพติดเตียง หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เป็นหลักและการบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) การให้บริการตามประเภทความรุนแรง จึงเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนปฏิบัติการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ตรงกับสภาพข้อเท็จจริงที่สุด

3. อาสาสมัครในชุมชนที่ทำงานเพื่อคนพิการ ควรได้รับความสำคัญและยกย่องว่าเป็นผู้เสียสละเวลาและชีวิตส่วนตัว ทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจอย่างแท้จริง แต่ถึงแม้จะทำงานด้วยจิตอาสาไม่หวังผลตอบแทน กลุ่มคนเหล่านี้ก็ควรได้รับการดูแลจากคนในสังคมเช่นเดียวกันเพื่อให้สามารถดำรงความเป็นอาสาสมัครได้อย่างยั่งยืน การยกย่องเชิดชูเกียรติเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การได้รับค่าตอบแทนเป็นตัวเงินที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นในสถานการณ์เศรษฐกิจปัจจุบัน

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. รูปแบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ ไม่ว่าจะเลือกรูปแบบใดในการดำเนินการ สิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ คือ ตัวผู้สูงอายุพิการเอง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ ตัวผู้สูงอายุพิการ ต้องมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองและยอมรับสภาพความพิการ มีกำลังใจที่จะต่อสู้และพร้อมที่จะรับการฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาจิตใจให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem) ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ดูแล จะต้องตระหนักในภาระหน้าที่ ที่อาจต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทั้งการดูแลด้านอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การขับถ่าย การสวนอุจจาระ การทำความสะอาดร่างกาย การพุงเข้าห้องน้ำ การขยับตัวเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ การปฐมพยาบาลและกายภาพบำบัดเบื้องต้น การให้ยา และการสังเกตอาการ งานเหล่านี้เป็นงานที่จำเจและอาจน่ารังเกียจ สร้างความเบื่อหน่ายได้ง่าย ยิ่งกว่านั้นยังต้องการความใส่ใจ ความละเอียดรอบคอบเป็นพิเศษ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุพิการโดยตรง จะต้องคอยให้กำลังใจทั้งผู้สูงอายุพิการและผู้ดูแล ไม่ปล่อยให้เป็นที่หน้าที่ของผู้ดูแลเพียงผู้เดียว แม้จะมีการให้ค่าตอบแทนก็ตาม

2. แนวคิดการให้บริการผู้สูงอายุพิการ ต้องเน้นให้เกิดการแก้ไขฟื้นฟูตนเองเป็นพื้นฐาน ให้ดำรงชีวิตอยู่ได้เยี่ยงคนปกติมากที่สุดด้วยสภาพจิตใจที่ไม่ท้อแท้ในโชคชะตา อยู่อย่างมีความหวัง และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายและโอกาส

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีบทบาทหลักในการจัดทำฐานข้อมูลคนพิการในพื้นที่ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ อาทิเช่น ข้อมูลภาพรวม ลักษณะและประเภทความพิการ โดยเฉพาะ ข้อมูลคนสูงอายุพิการควรมีการสำรวจถึงสาเหตุของความพิการ ความต้องการและปัญหา และนำ ข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์เพื่อหารูปแบบการบริการที่เหมาะสม และวางแผนการดำเนินงาน โดยให้ ภาครัฐหรือข่ายที่เกี่ยวข้อง กลุ่มคนพิการและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน

4. ควรจัดให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการ ด้วยการส่งเสริม ความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพ โภชนาการ การจัดการภาวะความเครียด การเสริมสร้างความตระหนักใน คุณค่าของตนเอง การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน สิ่งเหล่านี้สามารถ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งและชะลอความเสื่อมของสุขภาพกาย

5. จากผลการวิจัยพบว่า มีผู้สูงอายุพิการบางส่วนต้องการมีรายได้เป็นของตนเอง ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมที่สร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุพิการหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการด้วย เพื่อสร้างความ ภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเอง โดยอาจเป็นกิจกรรมที่ไม่เกิดความเครียด เช่น การทำน้ายาล้าง งาน น้ายาอบน้ำ-สระผม เป็นต้น ซึ่งผลิตภัณฑ์นอกจากจะไว้ใช้เองในครอบครัวแล้ว ที่เหลือองค์กรที่ เกี่ยวข้องควรรับซื้อเพื่อจำหน่ายเป็นรายได้กลับคืนสู่ผู้สูงอายุพิการ หรือเก็บไว้เป็นของชำร่วยแจกในงาน ต่างๆ ของชุมชนต่อไป

6. ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรคนพิการหรือองค์กรเพื่อคนพิการ ขอรับการสนับสนุน งบประมาณการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนสูงอายุพิการ จากกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนิน โครงการด้วย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุพิการ ควรศึกษาเป็นรายภาค เพื่อหารูปแบบการ บริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการในแต่ละบริบทเพื่อให้เกิดความหลากหลาย และสามารถเห็น จุดเด่นจุดด้อยของแต่ละภาค

2. ควรมีการศึกษาเจาะลึกรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุพิการ ที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุพิการและหารูปแบบที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการจัดบริการดังกล่าว

3. ควรมีการศึกษาถอดบทเรียน รูปแบบการบริการผู้สูงอายุพิการในแต่ละรูปแบบทั้งที่ ดำเนินการโดยรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน องค์กรเอกชน พหุภาคีและธุรกิจเอกชน ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นตัวแบบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ ได้ เรียนรู้และนำไปปรับใช้ให้เกิดประสิทธิภาพกับองค์กรของตน

## บรรณานุกรม

- กมลพรรณ พันธ์. (2551). **ไอแอล: การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ**. นนทบุรี: สภาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการประเทศไทย.
- กรรณิกา ขวัญอารีย์ และภุชงค์ เสนานุช. (2549). **รูปแบบการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน : กลุ่มพึ่งพา ( Group Home) และบริการดูแลที่บ้าน ( Home Care )**. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- กรรณิกา ขวัญอารีย์ และภุชงค์ เสนานุช. (2549). **“เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดบริการสังคมรูปแบบกลุ่มพึ่งพา ( Group Home) และบริการดูแลที่บ้าน (Home Care ) สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน”** สำนักพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2524). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เจริญกิจ.
- จันทนา รัตนฤทธิชัย. (2533). **คู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). **การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย**. บทความวิชาการ 3(16). สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์. **รายงานการวิจัยการทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย**.
- นิตยา หมายเหนี่ยวกลาง และคณะ. (2555). **การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพ บ้านสุขสำราญ ตำบลหูก้านบ อำเภอบางบาล จังหวัดบุรีรัมย์**. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกไม้แดงหัวกระสัง อำเภอบางบาล จังหวัดบุรีรัมย์.
- นุชนาฏ ยูอันเงาะ และโสภา อ่อนโอภาส. (2546). **ผู้สูงอายุ: ฟางเส้นสุดท้ายของครอบครัวในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร**. วารสาร มจร. ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 6(12).
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- ปราโมทย์ วัจสะอาด. (2530). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- “พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546”. **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก. (2546, 31 ธันวาคม): หน้า 1.
- “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550”. **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม 124 ตอนที่ 61 ก. (2550, 27 กันยายน) :หน้า 8.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. (2533). **ความทันสมัย : ภาพพจน์ที่เกี่ยวกับตนเองและ ปัญหาบางประการของคนชรา**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์..
- ภัทรพร อ่อนไว. (2548). **ยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวการสร้างพลังศักยภาพของสตรีพิการใน ประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสตรีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ศูนย์ศตวรรษิกชน. (2553). **ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



มานพ ต้นสุภายน.2553.รายงานการวิจัยประเมินมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2544). ประชาสัมพันธ์กับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).2555. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานครบริษัท: ที คิว พี จำกัด.

ไมตรี ตียะรัตนกุล. (2536). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิจัยประชากรและสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2547). โครงการการประเมินผลการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2547). รายงานการศึกษา ทิศทางและรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

วณิ ปิ่นประทีป และคณะ (2550a) โรงพยาบาล 2 บาท ชุมชนปู่เกล้า จริงที่ไม่ไกลเกินฝัน กรุงเทพมหานคร: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด

สรัญญา ปิ่นเพชร. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.2548. รายงานการวิจัยโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว.กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2550) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: กลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี

ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย).

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2543). การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์ บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีหัทธิม รัตนโกศล. 2527. “สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว.” ประมวลบทความวิทยุ : กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (2540). พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กรมประชาสงเคราะห์.

- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุดารัตน์ สุตสมบูรณ์. (2557). สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ ปี ที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2557. หน้า 73.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงแรงงาน .2551. **รายงานสรุปผลการจัดประชุมสัมมนา เรื่อง“การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมขององค์กรด้านแรงงานก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ”**.กรุงเทพมหานคร : บางกอกบล็อก.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง .2549 .**การบริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care Service (พิมพ์ครั้งที่ 2 )** มพท.
- รายงานการวิจัย การจัดการบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม**. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2555.
- รายงานการวิจัย โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน.
- คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล)**.กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์.
- “กองทุนผู้สูงอายุ”** แผ่นพับประชาสัมพันธ์ สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2555. แผนกลยุทธ์.
- อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, ชนาทิพย์ มารมย์ และกฤตาอุชลี เพ็ญภาค .2550 .**คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล)** กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- ประมวลสถิติด้านสังคม ประจำปี 2556** .เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 3/2556 . ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- Ebersole, P. & Hess, P. (1998). **Toward healthy aging : Human need and nursing response**. (5<sup>th</sup>) St. Louis. Toronto. London : The C. V. Mosby Company.
- Ferrini, A.F., & Ferrini, R.L. (1993). **Health in the later years (2<sup>nd</sup> ed.)**. Madison, WI : Brown & Benchmark.
- Hammerman, S. and Maikowski, S. (1981). **The economics of disability international persppection**. New York.
- Holmes, T. H. and Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale, **Journal of Psychosomatic research**, 11(2), 213-21.

ภาคผนวก

ก. แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุพิการ

ข. แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ

**แบบสอบถาม (สำหรับผู้สูงอายุพิการ)**  
**“รูปแบบการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ”**

แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอน ขอให้ท่านตอบตรงกับความจริง หรือความคิดเห็นของท่าน เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หน้าคำตอบที่ท่านเลือกและหรือกรอกข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในช่องว่างต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล**

1. ผู้ให้ข้อมูล  (1) ผู้สูงอายุพิการ  (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ
2. เพศ  (1) ชาย  (2) หญิง
3. ปัจจุบันอายุ.....ปี
4. สถานภาพ  (1) โสด  (2) สมรสหรืออยู่ด้วยกัน  
 (3) หม้าย  (4) หย่าร้าง/ แยกกันอยู่
5. ศาสนา  (1) พุทธ  (2) คริสต์  
 (3) อิสลาม  (4) อื่นๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษาสูงสุด  (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ/เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา  
 (2) จบประถมศึกษา  (3) จบมัธยมศึกษาตอนต้น  
 (4) จบมัธยมศึกษาปลาย/ปวช.  
 (5) จบอนุปริญญา/ปวส.  (6) จบปริญญาตรี  
 (7) จบปริญญาโทหรือสูงกว่า  (8) อื่นๆ (ระบุ).....
7. สถานภาพการทำงานปัจจุบัน  (1) ไม่ประกอบอาชีพ  (2) ประกอบอาชีพระบุ.....
8. ประเภทความพิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 (1) ทางการเห็น  (1.1) ตาบอด  (1.2) เห็นเลือนราง  
 (2) ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  (2.1) หูหนวก  (2.2) หูตึง  
 (2.3) ความพิการทางการสื่อความหมาย  
 (3) ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระบุ.....  
 (4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม  (5) ทางสติปัญญา  
 (6) ทางการเรียนรู้ (LD)  (7) ออทิสติก
9. สถานภาพการจดทะเบียนคนพิการ  (1) จดทะเบียนคนพิการ  
 (2) ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ เพราะ.....



20. ผู้สูงอายุพิการเคยได้รับความช่วยเหลือใดบ้าง

- (0) ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ
- (1) เคยได้รับความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1.1) ได้กู้ยืมเงินจากกองทุนสวัสดิการภาครัฐ/ชุมชน
- (1.2) ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ
- (1.3) ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- (1.4) ได้รับเงินสงเคราะห์หรือเงินช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน
- (1.5) ได้รับแจกเครื่องอุปโภค บริโภคเป็นครั้งคราว
- (1.6) ได้รับการช่วยเหลือปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- (1.7) ได้รับกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ เช่น รถเข็น,ไม้เท้า ,แว่นตา,ขาเทียม
- (1.8) อื่น(ระบุ).....

21. ปัจจุบันผู้สูงอายุพิการประสบปัญหาด้านการรักษาพยาบาลหรือไม่

- (0) ไม่มีปัญหา
- (1) มีปัญหา(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1.1) ขาดกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ
- (1.2) ไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางแพทย์
- (1.3) ขาดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล
- (1.4) ไม่ได้ได้รับความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล
- (1.5) ขาดยาและเวชภัณฑ์
- (1.6) อื่น ๆ ระบุ .....

22. ปัจจุบันผู้สูงอายุพิการประสบปัญหาที่อยู่อาศัยหรือไม่

- (0) ไม่มีปัญหา
- (1) มีปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
- ระบุ .....

23. ปัญหาด้านสวัสดิการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

- (0) ไม่มีปัญหา
- (1) มีปัญหา(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1.1) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน
- (1.2) ไม่มีผู้ดูแล  (1.3) ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่งพิง
- (1.4) ไม่มีทุนประกอบอาชีพ  (1.5) ไม่มีอาชีพ
- (1.6) มีหนี้สิน  (1.7) รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
- (1.8) ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- (1.9) อื่น ๆ ระบุ.....

24. ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพิการ

- (0) ไม่มีปัญหา
- (1) มีปัญหา(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1.1) มีปัญหาทางการขับถ่าย  (1.2) อัลไซเมอร์
- (1.3) พาร์กินสัน  (1.4) หัวใจ/ความดัน/เบาหวาน

- (1.5) แผลกตทัช  (1.6) กระจก  
 (1.7) อื่น ๆ ระบุ.....

**ส่วนที่ 2** ศึกษาความต้องการได้รับการบริการในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมและการจัดบริการด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุพิการ

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณารายละเอียดของข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความต้องการในการได้รับการบริการด้านต่างๆ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

รายการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ความต้องการด้านการศึกษา</b>					
1. การจัดให้มีการทัศนศึกษาตามโอกาส					
2. ได้รับโอกาสในการศึกษาตามความเหมาะสม					
3. การได้รับคำแนะนำวิธีปฏิบัติกรณีเผชิญเหตุฉุกเฉิน					
4. ความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันทางสังคม					
5. ความรู้ทางด้านกฎหมายและสิทธิทางกฎหมาย					
6. ความรู้ทางด้านสิทธิทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล					
7. การเรียนรู้ทักษะในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับความพิการ					
8. การได้รับข่าวสารด้านสิทธิและสวัสดิการจากรัฐ					
รายการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ความต้องการด้านการศึกษา</b>					
9. การได้เรียนรู้เกี่ยวกับการถ่ายทอดและอนุรักษ์ภูมิปัญญา					
10. การศึกษาด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยี					

ความต้องการเพิ่มเติมด้านการศึกษา.....  
 .....  
 .....  
 .....

ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11. การปรับปรุงบันไดบ้าน ทางเดินให้มีราวให้ยึดเกาะ					
12. ปรับพื้นที่ให้มีทางลาดขึ้น-ลง ภายในบ้าน					
13. ห้องน้ำ/ห้องส้วมอยู่ภายในบ้านและเป็นแบบนั่งห้อยเท้า					
14. ปรับที่นอนหรือห้องนอนให้มีความเหมาะสม					
15. บ้านที่อยู่อาศัยมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก					
16. บ้านที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างที่เพียงพอ					
17. ปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมกับสภาพความพิการ					

ความต้องการเพิ่มเติมด้านที่อยู่อาศัย.....

.....

.....

.....

ความต้องการด้านการทำงานและการมีรายได้	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
18. การจัดหาอาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุพิการ					
19. การส่งเสริมการออมและการลงทุน					
20. การพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพ					
21. การช่วยเหลือส่งเสริมในการพัฒนาผลิตภัณฑ์					
22. การจัดหาแหล่งเงินทุนในการประกอบอาชีพ					
23. การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ					
24. การจัดหาสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์และช่องทางการตลาด					
25. การให้ความรู้เกี่ยวกับอาชีพ					

ความต้องการเพิ่มเติมด้านการทำงานและการมีรายได้.....

.....

.....

.....



ความต้องการด้านนันทนาการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
26. การเข้าร่วมกิจกรรมรื่นเริงของชุมชน					
27. การเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม การเข้ากลุ่ม					
28. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา					
29. การเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น					
30. การเข้าร่วมกิจกรรมด้านกีฬา การออกกำลังกาย					
31. การได้ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานศิลปะ ดนตรี					
32. การถ่ายทอดความรู้/ภูมิปัญญา					
33. การให้ความช่วยเหลือทางสังคมของผู้สูงอายุพิการ					

ความต้องการเพิ่มเติมด้านนันทนาการ.....  
 .....  
 .....

รายการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ความต้องการด้านกระบวนการยุติธรรม</b>					
34. การไม่ถูกเลือกปฏิบัติ					
35. การช่วยเหลือทางกฎหมายโดยการจัดหาทนายความช่วยเหลือทางคดี และการเจรจาไกล่เกลี่ย					
36. การได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม					
37. การเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุพิการ					
38. การจดทะเบียนและการได้รับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมาย					
39. การเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้					
40. มีตัวแทนของผู้สูงอายุพิการในการดำเนินทางด้านกฎหมาย					

ความต้องการเพิ่มเติมด้านกระบวนการยุติธรรม.....  
 .....  
 .....

ความต้องการด้านบริการทางสังคมทั่วไป	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
41. มีสิ่งอำนวยความสะดวกของชุมชนที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุพิการ					
42. การอำนวยความสะดวกในสถานที่ของรัฐ					
43. การได้รับการลดหย่อนทางด้านภาษี					
44. การได้รับส่วนลดค่าโดยสารขนส่งสาธารณะ					
45. การบริการทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุพิการในโรงพยาบาล					
46. การสนับสนุนค่าใช้จ่าย (เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร เครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น)					
47. การให้บริการกู้ยืมเงินจากกองทุนผู้สูงอายุและกองทุนผู้พิการ					
48. การได้รับการบริการอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะ					

ความต้องการเพิ่มเติมด้านบริการทางสังคมทั่วไป.....  
 .....  
 .....

ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
49. การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพิการ					
50. การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายและกายภาพบำบัดที่เหมาะสมกับประเภทความพิการ					
51. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมกับความพิการและวัย					
52. การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
53. การได้รับยาและเวชภัณฑ์(ผ้าอ้อม กระบอกปัสสาวะ)					
54. การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางแพทย์					
55. การได้รับเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น เติงปรับเอน ที่นอนกันแผลกดทับ					
56. การกายอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยฟัง เครื่องช่วยพยุงวีลแชร์ (รถเข็นนั่ง) และแขน/ขาเทียม เป็นต้น					
57. การตรวจเยี่ยมและให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ					
58. การได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตใจและความเครียด					
59. การได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน					

60. การได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์					
61. การได้อยู่พร้อมหน้าในหมู่ลูกหลาน					
62. การได้รับความรักความเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคม					
63. ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน					

ความต้องการเพิ่มเติมด้านสุขภาพกาย.....  
 .....  
 .....

ความต้องการเพิ่มเติมด้านสุขภาพจิต.....  
 .....  
 .....

**25. ข้อคิดเห็นอื่นๆ ต่อแนวทางในการให้บริการต่างๆ ของผู้สูงอายุพิการ ในประเด็นเกี่ยวกับ**

(1) บทบาทของท้องถิ่นในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ  
 .....  
 .....

(2) บทบาทของสมาชิกในชุมชนในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ  
 .....  
 .....

(3) บทบาทของครอบครัวในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ  
 .....  
 .....

(4) บทบาทของผู้สูงอายุพิการในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ  
 .....  
 .....

ผู้เก็บแบบสำรวจ

.....

แบบสอบถามเรื่อง (สำหรับผู้ดูแลสูงอายุพิการ)  
 “รูปแบบการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ”

แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ตอน ขอให้ท่านตอบตรงกับความจริงหรือความคิดเห็นของท่าน เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หน้าคำตอบที่ท่านเลือกและ/หรือกรอกข้อความที่ตรงกับความ เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในช่องว่างต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ  (1) ชาย  (2) หญิง
2. ปัจจุบันอายุ.....ปี
3. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพิการอย่างไร
 

<input type="checkbox"/> (1) เป็นคู่สมรส	<input type="checkbox"/> (2) เป็นบุตร/หลาน
<input type="checkbox"/> (3) เป็นญาติ	<input type="checkbox"/> (4) ผู้ช่วยเหลือคนพิการ (มีค่าตอบแทน)
<input type="checkbox"/> (5) อื่น ระบุ.....	
4. สถานภาพ
 

<input type="checkbox"/> (1) โสด	<input type="checkbox"/> (2) สมรสหรืออยู่ด้วยกัน
<input type="checkbox"/> (3) หม้าย	<input type="checkbox"/> (4) หย่าร้าง/ แยกกันอยู่
5. ศาสนา
 

<input type="checkbox"/> (1) พุทธ	<input type="checkbox"/> (2) คริสต์
<input type="checkbox"/> (3) อิสลาม	<input type="checkbox"/> (4) อื่นๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ/เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> (3) จบมัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> (2) จบประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> (4) จบมัธยมศึกษาปลาย/ปวช.
<input type="checkbox"/> (5) จบอนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> (6) จบปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> (7) จบปริญญาโทหรือสูงกว่า	<input type="checkbox"/> (8) อื่นๆ (ระบุ).....
7. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> (1) ไม่ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> (3) รับจ้าง
<input type="checkbox"/> (2) เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> (5) ค้าขาย
<input type="checkbox"/> (4) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> (7) อื่นๆ (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> (6) บริษัทเอกชน	
8. ความรู้ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพิการ
 

<input type="checkbox"/> (1) ไม่มี	<input type="checkbox"/> (2.1) ได้รับการอบรมทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการ
<input type="checkbox"/> (2) มีความรู้ทักษะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> (2.2) ผ่านหลักสูตรการรักษายาบาลจากสถานศึกษา
	<input type="checkbox"/> (2.3) อื่นๆ.....
10. ท่านได้ดูแลผู้สูงอายุพิการคนปัจจุบันมาแล้ว.....ปี

11. ผู้สูงอายุพิการที่ท่านดูแลปัจจุบันเป็นผู้พิการประเภท (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1) ทางการเห็น  
 (1.1) ตาบอด                       (1.2) เห็นเลือนราง
- (2) ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  
 (2.1) หูหนวก                       (2.2) หูตึง  
 (2.3) ความพิการทางการสื่อความหมาย
- (3) ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระบุ.....
- (4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม     (5) ทางสติปัญญา
- (6) ทางการเรียนรู้ (LD)         (7) ออทิสติก
12. ท่านได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับผู้ดูแลท่านอื่นหรือไม่
- (1) ไม่เคย                               (2) เคย
13. ผู้สูงอายุพิการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรม บ่อยครั้งแค่ไหน
- (1) ไม่เคยเข้าร่วม                       (2) เข้าร่วมบ้างบางครั้ง
- (3) เข้าร่วมทุกครั้ง
14. ผู้สูงอายุพิการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือใดบ้าง
- (0) ไม่ได้ใช้เพราะ.....
- (1) ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1.1) แวนตา/แวนขยาย                       (1.2) ไม่เท้า/ไม้เท้าสามขา
- (1.3) คอกช่วยเดิน                       (1.4) เครื่องช่วยฟัง
- (1.5) รถเข็น                      /รถโยก     (1.6) อื่นๆ ระบุ.....
15. ผู้สูงอายุพิการที่ท่านดูแลสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากเพียงไร
- (1) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้                       (2) ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง
- (3) ช่วยเหลือตัวเองได้
16. ช่วงเวลาที่ท่านดูแลผู้สูงอายุพิการ
- (1) กลางวัน                       (2) กลางคืน                       (3) 24 ชั่วโมง
17. ท่านได้รับรายได้จากการดูแลผู้สูงอายุพิการหรือไม่
- (1) ไม่ได้รับ
- (2) ได้รับประมาณ ..... บาท/เดือน
18. ท่านประสบปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุพิการในด้านใดบ้างดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (19.1) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ/การประกอบอาชีพ
- (19.2) ปัญหาด้านสุขภาพจิต/ความเครียด
- (19.3) ปัญหาด้านสุขภาพกาย/การพักผ่อนไม่เพียงพอ
- (19.4) ปัญหาทางด้านสังคม
- (19.5) ปัญหาขาดกายอุปกรณ์/เวชภัณฑ์
- (19.6) ปัญหาทางด้านที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม
- (19.7) อื่น (ระบุ).....

**ส่วนที่ 2** ศึกษาความต้องการได้รับการบริการในด้านต่างๆ จากการจัดสวัสดิการสังคมและการ  
จัดบริการด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุพิการ

คำชี้แจง โปรดพิจารณารายละเอียดของข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความต้องการใน  
การได้รับบริการด้านต่างๆ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

รายการ	ระดับความต้องการ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ต้องการ
<b>ความต้องการด้านการศึกษา</b>						
1.การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพิการ						
2.การได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุพิการ						
3. การได้รับความรู้เกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุพิการ						
4. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของผู้สูงอายุพิการ						
5. การได้รับความรู้วิธีปฏิบัติกรณีเผชิญเหตุฉุกเฉิน						
6. การได้รับข่าวสารด้านสิทธิและสวัสดิการจากภาครัฐ						

ความต้องการเพิ่มเติมด้านการศึกษา.....  
 .....  
 .....

รายการ	ระดับความต้องการ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ต้องการ
<b>ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย</b>						
7. การปรับปรุงบันไดบ้าน ทางเดินให้มีราวให้ยึดเกาะ						
8. ปรับพื้นที่ให้มีทางลาดขึ้น-ลง ภายในบ้าน						
9. ห้องน้ำ/ห้องส้วมอยู่ภายในบ้านและเป็นแบบนั่งห้อยเท้า						
10. ห้องนอนหรือที่นอนของผู้สูงอายุพักการอยู่ชั้นล่าง/บ้านชั้นเดียวมีห้องสำหรับผู้สูงอายุพัก						
11. ปรับที่นอนหรือห้องนอนให้มีความเหมาะสม						
12. บ้านที่อยู่อาศัยมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก						
13. บ้านที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างที่เพียงพอ						
14. ปรับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมกับสภาพความพิการ						

ความต้องการเพิ่มเติมด้านที่อยู่อาศัย.....  
 .....  
 .....

รายการ	ระดับความต้องการ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ต้องการ
<b>ความต้องการด้านการทำงานและการมีรายได้</b>						
15. การให้ความรู้ทักษะเกี่ยวกับการประกอบอาชีพที่บ้าน						
16. การประกอบอาชีพเสริมที่บ้าน						
17. การสนับสนุนเงินทุนในการประกอบอาชีพ						
18. การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ						
19. การช่วยเหลือส่งเสริมในการพัฒนาผลิตภัณฑ์						
20. การจัดหาสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์และช่องทางการตลาด						

ความต้องการเพิ่มเติมด้านการทำงานและการมีรายได้.....  
 .....  
 .....

รายการ	ระดับความต้องการ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ต้องการ
<b>ความต้องการด้านนันทนาการ</b>						
21. การเข้าร่วมกิจกรรมรื่นเริงของชุมชน						
22. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การเข้ากลุ่ม						
23. การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางศาสนา						
24. การเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น						
25. การเข้าร่วมกิจกรรมด้านกีฬา การออกกำลังกาย						
26. การได้ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานศิลปะ ดนตรี						

ความต้องการเพิ่มเติมด้านนันทนาการ.....  
 .....  
 .....

รายการ	ระดับความต้องการ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ต้องการ
<b>ความต้องการด้านความยุติธรรม</b>						
27. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้รับความช่วยเหลือทางกฎหมาย						
28. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม						
29. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการช่วยเหลือทางคดี และการเจรจาไกล่เกลี่ย						
30. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้เข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุพิการ						
31. ต้องการให้ผู้สูงอายุพิการได้รับการจดทะเบียนและการได้รับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมาย						

ความต้องการเพิ่มเติมด้านความยุติธรรม.....  
 .....  
 .....



รายการ	ระดับความต้องการ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ต้องการ
<b>ความต้องการด้านบริการทางสังคมทั่วไป</b>						
32. การได้รับการเชิดชูยกย่องจากสังคม						
33. การได้รับการลดหย่อนทางด้านภาษี						
34. การได้สิทธิในการกู้ยืมเงินทุนเพื่อประกอบอาชีพที่บ้าน						
35. ได้รับการสนับสนุนข้อมูลต่างๆ จากสหวิชาชีพ						
36. มีชมรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ						
37. สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน						
38. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือดูแลสนับสนุนด้านอื่นๆ แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุพิการ						

ความต้องการเพิ่มเติมด้านทางสังคมทั่วไป.....

.....

.....

รายการ	ระดับความต้องการ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ต้องการ
<b>ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย</b>						
39. การมีเวลาในการออกกำลังกาย						
40. การมีเวลาในการพักผ่อนที่เพียงพอ						
41. การได้รับความรักและความห่วงใยและการให้กำลังใจจากครอบครัว						
42. มีอาสาสมัครมาพบปะพูดคุยเพื่อให้กำลังใจ						
43. การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด						

ความต้องการเพิ่มเติมด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต.....

.....

.....

**19. ข้อคิดเห็นอื่นๆ ต่อแนวทางในการให้บริการต่างๆ ของผู้สูงอายุพิการ ในประเด็นเกี่ยวกับ**

(1) บทบาทของท้องถิ่นในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

.....  
.....  
.....  
.....

(2) บทบาทของสมาชิกในชุมชนในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

.....  
.....  
.....  
.....

(3) บทบาทของครอบครัวในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

.....  
.....  
.....  
.....

(4) บทบาทของผู้สูงอายุพิการในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพิการ

.....  
.....  
.....  
.....

**ผู้เก็บแบบสำรวจ**

.....  
...../...../.....

## คณะผู้ดำเนินการวิจัย

### ที่ปรึกษาโครงการ

ดร.วิโรจน์	พรหมสุด	อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช
นายณพล	มหกรรมไกลา	นักวิชาการอิสระ

### คณะผู้วิจัย

นางชุลีทิพย์	เรืองดี	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1
นายธนพล	โล่ห์สุวรรณ	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2
นายณัฐวุฒิ	สินธราศิริกุลชัย	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3
นายกิติพนธ์	นาคประชา	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 4
นางสุจิตรา	ดีดพิมาย	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 5
นางสาวกীরติกา	กীরติพงษ์ไพศาล	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6
นางสาวพรสุดา	ฤทธิธาดา	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7
นายพงษ์ภัทร	แสงพิฑูร	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8
นางสาววลัยลักษณ์	จันทร์สวัสดิ์	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9
นางสาวเมษา	โพธิพฤกษ์	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 10
นางสาวเพลินสุข	อักษรเพชร	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 11
นายอิระณัฐ	ลิขิตระกาลกุล	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 12