

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

Effectiveness of health care model for dependent elderly people with participation
of caregivers in Ban Lat District, Phetchaburi Province

จिरนันท์ ศรีสุพรรณ* กัณฐาภรณ์ มั่งประเสริฐ**

Jiranan Srisupun, Kanthaporn Mangprasert

Corresponding author: j.jiranan2517@gmail.com

(Received: December 20, 2025; Revised: December 25, 2025; Accepted: January 20, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ จำนวน 45 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ญาติ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และทดสอบสมมติฐานด้วยค่าสถิติ Paired t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม และ 4) การประเมินผลลัพธ์ ส่วนการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจและสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และ 3) ญาติมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรเสริมสร้างแรงจูงใจและพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสอนทักษะและให้คำแนะนำแก่ญาติเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน; แรงจูงใจ; สมรรถนะในการปฏิบัติงาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

Purposes : To develop a model and study the effectiveness of health care model for dependent elderly people with participation of caregivers.

Study design : Participatory Action Research.

Materials and Methods : The sample group consisted of 45 caregivers of the elderly, and 45 pairs of dependent elderly individuals and their relatives. The tool used for development was a program to enhance the competencies of caregivers in caring for dependent elderly individuals. Data was collected using questionnaires for caregivers of the elderly, an assessment of the ability to perform daily activities of the elderly, and guideline questions for interviewing relatives. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values. Hypothesis were tested using Paired t-test. The statistical significance was set at the .05 level.

Main findings : The developed model consists of four steps: 1) assessing the problem and care needs; 2) developing the competencies of caregivers; 3) implementing participatory care for dependent elderly people; and 4) evaluating the outcomes. The effectiveness of the model was found 1) caregivers showed an increase in their average scores for motivation and competence in caring for the dependent elderly people; 2) dependent elderly people showed an increase in their average scores for ADL; and 3) relatives showed an increase in average satisfaction scores regarding the care provided by caregivers to dependent elderly people. The results stated were statistically significant at the .01 level ($p < .001$).

Conclusion and recommendations : Motivation and competency development of caregivers should be continuously enhanced. And encourage caregivers to teach skills and provide guidance to relatives so that they can be involved in the ongoing care of the dependent elderly people at home. This will result in dependent elderly people having a greater ability to perform daily activities.

Keywords : Caregiver; Dependent elderly people; Activity Daily Living : ADL; Motivation; Care competency

*Expert professional nurse, Ban Lat Hospital, Phetchaburi Province.

**Practical professional nurse, Ban Lat Hospital, Phetchaburi Province.

บทนำ

โลกกำลังก้าวเข้าสู่ยุคที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าจะมีจำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเกิน 1 พันล้านคนทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2567 เป็นปีที่สังคมเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อสัดส่วนผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีมีมากถึงร้อยละ 20.7² โดยพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 14,027,411 คน³ และเมื่อสิ้นปี พ.ศ.2568 คาดว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.4 ล้านคน ในปี พ.ศ.2578 จะเพิ่มสัดส่วนเป็นร้อยละ 28 และในปี พ.ศ.2583 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.10 หรือคิดเป็น 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด⁴ การเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทยได้ส่งผลกระทบในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านสังคมทำให้อัตราการพึ่งพิงสูง และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวหรืออาจถูกทอดทิ้ง และเกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา⁵

ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2567 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.84 ติดบ้าน ร้อยละ 2.53 และติดเตียง ร้อยละ 0.63 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบมักเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.82 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 17.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.75 และโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.824 โดยในปี พ.ศ.2568 มีการคาดการณ์ไว้ว่าจะมีกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านอยู่ราว 126,000 ราย และมีกลุ่มติดเตียงอยู่ราว 236,000 ราย² และในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้นเป็น 304,000 ราย และมีกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็น 581,000 ราย⁶

การยกระดับการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมหลักสำคัญที่ต้องเร่งปฏิรูป เพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี⁷ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายถึงผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้านมี ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน และกลุ่มติดเตียงมี ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน⁸ และได้จำแนกผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง 2) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนทางสมอง และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย 3) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และ 4) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต⁹ ทั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงกำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการหกล้ม ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียสุขภาพและทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการดูแลรักษาจำนวนมาก⁶ ภาวะการณการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 5 ที่สุขภาพแข็งแรง¹⁰

สถานการณ์ดังกล่าวทำให้อุปสงค์ของผู้สูงอายุไทยต่อความต้องการ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care : LTC)” มีแนวโน้มสูงขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังซึ่งมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีความพิการทุพพลภาพ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสำคัญเร่งด่วนโดยผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง¹⁰ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สังเกตพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน ตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ หรือส่งต่อผู้สูงอายุกรณีพบว่ามีเหตุฉุกเฉินหรือมีการเจ็บป่วยโดย CG 1 คน ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 5-10 คน¹¹

ในปี พ.ศ.2567 อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 317 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 จำนวน 221 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 21 คน กลุ่มที่ 3

จำนวน 51 คน และกลุ่มที่ 4 จำนวน 24 คน มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จำนวน 74 คน¹² ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอัมพฤกษ์อัมพาต มีภาวะซึมเศร้าและรู้สึกว่าคุณค่า โดยที่ญาติและผู้ดูแลที่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแล ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) มีภาระงานที่หนักทำให้เกิดความอ่อนล้าขาดแรงจูงใจและมีข้อจำกัดด้านสมรรถนะในการปฏิบัติงาน¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการพัฒนาแบบการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติ โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะและแรงจูงใจรวมถึงการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลที่บ้านยังมีการศึกษาไม่มากนัก นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ยังเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหรือกึ่งทดลอง ขาดการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลญาติและผู้สูงอายุมีบทบาทร่วมกันตั้งแต่การประเมินปัญหา การพัฒนาศักยภาพ การปฏิบัติการดูแล และการประเมินผลลัพธ์ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว จึงควรสร้างแรงจูงใจและพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำหน้าที่สนับสนุนญาติเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis & McTaggart¹⁴

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (Quasi-experimental research : one group, pre-test and post-test) ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) จำนวน 74 คน และ 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ จำนวน 317 คู่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 45 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ จำนวน 45 คู่ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติโดยการเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีการรับรู้ดี ไม่มีอาการทางจิตประสาท ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น ความจำ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ตามปกติ และยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ เป็นผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านเดียวกันและยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน สำหรับญาติเป็นผู้ที่มีการรับรู้ดี ไม่มีอาการทางจิตประสาท ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น ความจำ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ตามปกติ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนจบโปรแกรม และผู้ที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนจบโปรแกรม และญาติที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 1 คน

เกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ย้ายออกนอกเขตพื้นที่อำเภอบ้านลาดในระหว่างการศึกษาวิจัย ผู้ที่ขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย และมีการเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติที่ย้ายออกนอกเขตพื้นที่อำเภอบ้านลาดในระหว่างการศึกษาวิจัย หรือขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิต และญาติมีการเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แนวคิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกแบบโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจร PAOR¹⁴ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยโปรแกรมการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการดูแล (สัปดาห์ที่ 1) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (สัปดาห์ที่ 2) ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม (สัปดาห์ที่ 3-17) และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ (สัปดาห์ที่ 18)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคู่มือปฏิบัติงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแลอยู่ในปัจจุบัน และการเข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 2 แรงจูงใจ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ¹⁵ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 สามารถแปลผลได้ดังนี้¹⁶ มีแรงจูงใจน้อย = 10.00-23.33 คะแนน, มีแรงจูงใจปานกลาง = 23.34-36.66 คะแนน, มีแรงจูงใจมาก = 36.67-50.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ¹⁵ แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00-1.80 คะแนน, น้อย = 1.81-2.60 คะแนน, ปานกลาง = 2.61-3.40 คะแนน, มาก = 3.41-4.20 คะแนน, มากที่สุด = 4.21-5.00 คะแนน

ตอนที่ 3 สมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ¹⁵ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 สามารถแปลผลได้ดังนี้¹⁶ มีสมรรถนะต่ำ = 26.00-60.66 คะแนน, มีสมรรถนะปานกลาง = 60.67-95.32 คะแนน, มีสมรรถนะสูง = 95.33-130.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ¹⁵ แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00-1.80 คะแนน, น้อย = 1.81-2.60 คะแนน, ปานกลาง = 2.61-3.40 คะแนน, มาก = 3.41-4.20 คะแนน, มากที่สุด = 4.21-5.00 คะแนน

2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Activity Daily Living : ADL) ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีเกณฑ์ระดับความรุนแรงดังนี้¹⁷ 0-4 คะแนน = ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด, 5-8 คะแนน = ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่, 9-11 คะแนน = ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง, 12-20 คะแนน = ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย

3) แบบสัมภาษณ์ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน รายจ่ายของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ภาระหนี้สิน โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ¹⁵ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 สามารถแปลผลได้ดังนี้¹⁶ มีความพึงพอใจน้อย = 25.00-58.33 คะแนน, มีความพึงพอใจปานกลาง = 58.34-91.66 คะแนน, มีความพึงพอใจมาก = 91.67-125.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ¹⁵ แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00-1.80 คะแนน, น้อย = 1.81-2.60 คะแนน, ปานกลาง = 2.61-3.40 คะแนน, มาก = 3.41-4.20 คะแนน, มากที่สุด = 4.21-5.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่ามีความเหมาะสมและมีความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบแบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบสัมภาษณ์ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามและ

แบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มละ 30 คน เพื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁸ ของแรงจูงใจ สมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจของญาติ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .906, .914 และ .928 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมรายชื่อญาติที่ดูแล 2) ทำบันทึกเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาด และสาธารณสุขอำเภอบ้านลาดเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมญาติผู้ดูแล 3) ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงานบริการปฐมภูมิ และองค์กรของโรงพยาบาลบ้านลาด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบดูแลงาน LTC เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยและประสานการดำเนินงานในพื้นที่และด้านหน้า และ 4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ และ (2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และใช้แบบสัมภาษณ์สำหรับญาติก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ สมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ส่วนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) วิเคราะห์โดยใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงของบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)¹⁷ และ 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจ สมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) และความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PBEC No. 30/2568 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยเคร่งครัด มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามิสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อ และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ มีเพียงนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ และการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการดูแล พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอัมพฤกษ์อัมพาต มีภาวะซึมเศร้า และรู้สึกวุ่นวายไร้คุณค่า การใช้ชีวิตประจำวันต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดแคลนอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รถเข็น เตียงไฟฟ้า และเครื่องช่วยหายใจ ขาดโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ ขาดการดูแลจากคนในครอบครัวเนื่องจากลูกหลานต้องออกไปประกอบอาชีพ บางรายถูกทอดทิ้ง ไม่มีรายได้ด้านสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยไม่มีความเหมาะสมและขาดสุขลักษณะที่ดี เช่น ไม่มีเตียงที่ปรับระดับได้ไม่มีทางลาด

พื้นห้องน้ำลื่นและไม่มีราวจับ สำหรับญาติที่ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแล ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการงานที่หนักทำให้เกิดความอ่อนล้า และขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ โดยที่กองทุน LTC สนับสนุนสวัสดิการตอบแทนเพียงเดือนละประมาณ 600-1,500 บาท การสนับสนุนจากภาครัฐในด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ยังขาดความชัดเจน การบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังมีน้อย การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่ครอบคลุม และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพสำหรับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (71.1%) มีอายุเฉลี่ย 82.02 ปี (SD. = 9.03) โดยอยู่ในช่วงอายุ 80-90 ปีมากที่สุด (55.6%) สถานภาพคู่ (48.9%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (86.7%) มีโรคประจำตัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (64.4%) ไม่มีความพิการร่วม (77.8%) ผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นบุตร (33.3%) ระยะเวลาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.22 ปี โดยอยู่ในช่วง 1-3 ปีมากที่สุด (46.8%)

2. การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 53.42 ปี (SD. = 8.11) โดยอยู่ในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด (57.7%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (60.0%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (48.9%) ประกอบอาชีพหลักรับจ้าง (33.3%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,055.55 บาท โดยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด (40.0%) มีรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 11,711.11 บาท โดยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด (46.7%) ไม่มีโรคประจำตัว (62.2%) ระยะเวลาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 6.44 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ปีมากที่สุด (42.2%) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความดูแลเฉลี่ย 3.17 คน โดยดูแลเพียง 1 คนมากที่สุด (31.1%) เข้ารับการอบรมฟื้นฟูในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรอบปีที่ผ่านมา (86.7%) และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (60.0%)

กระบวนการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย 1) ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1) โดยมีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างความคุ้นเคย และการทำงานเป็นทีมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอน และกระบวนการในการดำเนินงาน กิจกรรมเสริมพลังเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการวางแผนแก้ไขปัญหาและการวางแผนดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ สรุปรบทเรียนที่ได้รับพร้อมกับการวางแผนดำเนินงาน ในระยะต่อไป 2) ระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ จากสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สำรวจความต้องการการดูแล และความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พึ่งและญาติ พร้อมกับค้นหารากของปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทบทวน องค์ความรู้ที่จำเป็น และเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแรงจูงใจ และมีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างสอดคล้องกับบริบทของครอบครัวผู้สูงอายุ ภายหลัง สิ้นสุดโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ครบ 17 สัปดาห์) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรง จูงใจจาก 37.82 คะแนน (SD.=5.15) เพิ่มขึ้นเป็น 41.08 คะแนน (SD.=2.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเชื่อมั่นและยอมรับ ในตัวท่าน (Mean=4.68, SD.=.46) คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก 87.13 คะแนน (SD.=21.62) เพิ่มขึ้นเป็น 113.08 คะแนน (SD.=6.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านจัดทำ รายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน และรายงานต่อพี่ เลี้ยงหรือผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรับทราบ (Mean=4.95, SD.=.20)

3. ปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 3-17 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ให้การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล (Care plan) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คนจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงและญาติ 1 คู่ตลอดโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน LTC ในพื้นที่ ร่วมนิเทศ ให้คำปรึกษา และเยี่ยมเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะเข้าร่วมปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุพร้อมกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อสังเกตการ ปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นจะใช้กลุ่ม Line สำหรับประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และใช้เป็นชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เมื่อปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุดำเนินการไปได้ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุมาประชุม กลุ่มย่อยโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 11-12 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำหน้าที่เป็น Node ของกลุ่มโซนทั้ง 4 กลุ่มโซน เพื่อติดตามประเมินผล เสริมสร้างขวัญกำลังใจพร้อมรับฟังความคิดเห็น สะท้อนปัญหา อุปสรรคและการเสนอแนะทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อจำกัดของ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน รอบถัดไป

4. การประเมินผลลัพธ์ เมื่อปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมครบ 17 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงเชิญ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนผล การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสะท้อนผลจากผู้สูงอายุ และญาติ มีการถอดบทเรียน พบว่า ภายหลังการดำเนินงาน พัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการประกอบกิจวัตร ประจำวันดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างเห็นได้ชัด โดยในระยะก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ใน สถานะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในระดับ “ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง” (ร้อยละ 51.2) และ “ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก” (ร้อยละ 44.4) นอกจากนี้ยังมีผู้อยู่ในภาวะ “ต้องพึ่งพิง ผู้อื่นทั้งหมด” อีก 2 ราย (ร้อยละ 4.4) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันที่ค่อนข้างสูง

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลหลังการพัฒนา พบความเปลี่ยนแปลงในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคย “ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด” ลดลง

จนเหลือศูนย์ (ร้อยละ 0.0) ขณะที่กลุ่มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ก็มีจำนวนลดลงอย่างมากจาก 20 ราย เหลือเพียง 5 ราย (ร้อยละ 11.1) ประเด็นที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขยับขึ้นมากอยู่ในระดับ “ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง” เพิ่มสูงถึง 39 ราย (ร้อยละ 86.7) และเริ่มมีผู้ที่สามารถพัฒนาศักยภาพจนอยู่ในระดับ “ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย” (ร้อยละ 2.2) จากที่เดิมไม่เคยมีใครอยู่ในระดับนี้เลย

โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาที่นำมาใช้ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่าง ช่วยลดระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงและเปลี่ยนจากสภาวะที่ต้องมีผู้ช่วยดูแลตลอดเวลา มาเป็นสภาวะที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ซึ่งถือเป็นแนวโน้มที่ดีในการยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาระในการดูแลได้ และได้สรุปผลลัพธ์การดูแลตามรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงของ Barthel ADL Index ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=45)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	ก่อนการพัฒนา n(%)	หลังการพัฒนา n(%)
ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (0-4 คะแนน)	2(4.4)	0(0.0)
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ (5-8 คะแนน)	20(44.4)	5(11.1)
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง (9-11 คะแนน)	23(51.2)	39(86.7)
ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย (12-20 คะแนน)	0(0.0)	1(2.2)

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .001$) มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น 1.60 คะแนน (Mean differences) (95%CI: 0.814, 2.85) ตามรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=45)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)					
ก่อนการพัฒนา	45	8.244(2.356)			
หลังการพัฒนา	45	9.844(1.223)	1.600	0.814, 2.85	<.001

ความพึงพอใจของญาติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติจาก 86.08 คะแนน (SD.=7.63) เพิ่มขึ้นเป็น 105.84 คะแนน (SD.=7.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การทำหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ

การดูแลเป็นอย่างดีและสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Mean=4.66, SD.=.47)

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นและมีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น แรงจูงใจประกอบด้วยแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก ตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg¹⁹ อธิบายว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมาจาก 2 กลุ่มปัจจัยหลักคือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและกระตุ้นให้ทำงานดีขึ้น เช่น การยอมรับความก้าวหน้า และลักษณะงาน และปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors) ที่ป้องกันความไม่พอใจแต่ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ เช่น เงินเดือน สภาพแวดล้อม และนโยบายองค์กร การจัดการที่มุ่งเน้นเพียงปัจจัยค้ำจุนจะลดความไม่พอใจแต่ไม่ได้ทำให้คนรักงาน การเพิ่มปัจจัยจูงใจต่างหากที่จะสร้างความพึงพอใจและประสิทธิภาพที่แท้จริงซึ่งส่งผลให้มีสมรรถนะในการทำงานมากขึ้น สมรรถนะคือบุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคลที่สามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ²⁰ สมรรถนะประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสาร ภาวะผู้นำ การคิดเชิงวิเคราะห์ การทำงานเป็นทีม และการพัฒนาตนเอง ดังนั้น การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากขึ้นจึงส่งผลให้มีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ สาวีรัมย์²¹ ที่พบว่าภายหลังการอบรมหลักสูตร “CG เขียวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิสฐศักดิ์ พิทยานนท์²² ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้ดูแลมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์²³ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้น

2. ภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น และญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของการศึกษาค้างนี้พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน²⁴ จากแนวคิดที่ว่าดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมิน วางแผน และประสานความร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแล (Caregiver) และญาติเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมแบบองค์รวม ประกอบกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม¹⁴ ที่เน้นการพัฒนาแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกันระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และญาติโดยกระบวนการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผลส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ทั้งนี้ เกิดจากการดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถที่นอกเหนือจากผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 70 ชั่วโมงแล้วยังได้รับการเพิ่มพูนและพัฒนาสมรรถนะตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถสอนทักษะและให้คำแนะนำแก่ญาติเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน จากผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ²⁵ ที่พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ สาริรัมย์²¹ ที่พบว่าภายหลังการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศตวรรษ ศรีพรหม และคณะ²⁶ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัด ศรีสะเกษ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์²³ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบัง จังหวัดสุรินทร์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชาพร นุสนทนา²⁷ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์สัຍ อำเภอกาบัง จังหวัดน่าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 46.7 โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อใดๆ และญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ลอองจันท์ คำภิรานนท์ และคณะ²⁸ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปภาดา ชมภูณิต และคณะ²⁹ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และญาติที่เป็นผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ อีริวฤทธิ์

โพธิ์ทอง และจเร สวัสดิ์นพรัตน์³⁰ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับมาก และระดับคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น

จุดเด่นและจุดด้อยของการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเป็นการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นขั้นเป็นตอน และชัดเจน ซึ่งผู้วิจัย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน LTC ในพื้นที่ และญาติผู้สูงอายุมีบทบาทและมีส่วนร่วมตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผนการดูแล ปฏิบัติการดูแลร่วมกันและมีการประเมินผลลัพธ์ งานวิจัยนี้มีการวัดผลทั้งในด้านแรงจูงใจและสมรรถนะของผู้ดูแล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และข้อจำกัดของงานวิจัยที่สำคัญได้แก่ เป็นการศึกษาในพื้นที่จำกัดซึ่งมีบริบทด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งมีข้อจำกัดในการขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นๆ ในระดับที่กว้างออกไป ประกอบกับเป็นการวัดผลระยะสั้นซึ่งยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การกลับมาพึ่งพิงซ้ำ และมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่ต้องอาศัยการประเมินตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และข้อจำกัดด้านการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค รวมทั้งขีดความสามารถที่แตกต่างกันของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังพบว่า การวิจัยครั้งนี้ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี คือ การดูแลที่เน้นความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทตามวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบจะช่วยพัฒนาแรงจูงใจและสมรรถนะ ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแล

และสอนทักษะแก่ญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยลดภาวะเครียดและภาระจากการดูแลระยะยาว และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (LTC) และสามารถช่วยลดการเข้ารับบริการในสถานบริการ ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในระบบสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบงาน LTC และผู้ที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างแรงจูงใจและพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยการคอยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งยอมรับและมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ควรมอบหมายภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับขีดความสามารถ ควบคู่ไปกับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังต้องพัฒนาให้มากขึ้น ได้แก่ การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารและการให้อาหารทางสายยาง การให้คำแนะนำแก่ญาติในการเตรียมและประกอบอาหาร รวมทั้งการประเมินภาวะทางโภชนาการพร้อมให้คำแนะนำแก่ญาติ และการหากิจกรรมทางเลือกเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย เช่น การนวดบำบัด การฟังธรรม และการทำสมาธิ ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สอนทักษะและให้คำแนะนำแก่ญาติเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ทุกท่านที่เข้าร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจนผู้สูงอายุมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

เพิ่มขึ้น โดยที่ญาติมีความพึงพอใจและมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณทีมดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาดที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีส่วนสนับสนุนกระบวนการวิจัย และขอขอบคุณอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้สถิติในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. อัปเดตเทรนด์ของผู้สูงอายุ ปี 2568. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/news/1/5415>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สูงวัยโดยสมบูรณ์ : สรุปรสถานการณ์ผู้สูงวัยในปี 2567 และจะไปต่อกันอย่างไร เมื่อ “ลูก” คือรายได้หลักของพ่อแม่วัยเกษียณ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://section09.thaihealth.or.th/2025/01/09/complete-aged-society/>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด The 2024 Survey of the Older Persons in Thailand Provincial Level [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_51634.pdf
4. กรมอนามัย. โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2568. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=7433>
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. เกิดอะไรขึ้น? เมื่อประเทศไทย เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=193

6. กรมอนามัย. ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตอีก 20 ปี : อนามัยพยากรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198>
7. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย; 2566.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข สำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
10. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2567. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย; 2567.
11. กรมอนามัย. ข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในโปรแกรม Long Term Care (3C) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://datacatalog.anamai.moph.go.th/da_DK/dataset/0941_cg
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2568. เอกสารอัดสำเนา; 2568.
13. เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านลาด ปีงบประมาณ 2567. เอกสารอัดสำเนา; 2568.
14. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
15. อัจศรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
16. Best J W, Kahn J V. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
17. อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง, ภักดี โพธิ์สิงห์. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมศาสตร์. 2560;17(3):235-45.
18. Cronbach Lee J. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
19. Herzberg F. The Motivation to Work (2nd ed). New York: John Wiley and Sons; 1959.
20. McClelland, David C. Test for Competence, Rather than Intelligence. American Psychologists. 1973;17(7):57-8.
21. ประเสริฐ สาวิรัมย์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอบึงบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):86-100.
22. วิสสุศักดิ์ พิทยานนท์. การพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(พิเศษ):22-30.
23. จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอท่ง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2567;39(1):77-87.

24. วรณัน ประสารอธิคม. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf/%E0%B9%81>
25. นันทิกานต์ หวังจิ, อมรัตน์ แสงสุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2565;9(1):241-56.
26. ศตวรรษ ศรีพรหม, วรณภา อินตะราชา, วรณศิริ ทางทอง. การส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):376-91.
27. นิชาพร นุสนทรา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอพือเทีย จังหวัดหนองคาย. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):133-42.
28. ลอองจันทร์ คำภีรานนท์, เสกสรร คงอาชีวกิจ, จำเียร สุวรรณชาติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอสว่างวีรวัฒน์ จังหวัดสระแก้ว. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):269-77.
29. ปภาดา ชมภูนิษฐ์, พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ, รัชดาพร แม้นศิริ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(2):1-14.
30. ชีร์วิทธิ์ โพธิ์ทอง, จเร สวัสดิ์นพรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลบางลูกเสือ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครนายก. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2568;10(2):33-44.