

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลหนองคำ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ธัญนิช คำพอง, พย.บ.¹, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, พร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองคำ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคำ ตำบลหนองคำ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรง ตำบลพรหมสวัสดิ์ ทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่ในอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2568 รวมเป็นระยะเวลาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์และการประเมินความรู้ ทักษะการดูแล สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมีฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในและระหว่างกลุ่มด้วย Paired t-test และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านประเมินความรู้ ทักษะการดูแล สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะการดูแลผู้สูงอายุต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองคำ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีสุขภาพดีขึ้นและเกิดความพึงพอใจในการได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ชุมชนมีส่วนร่วม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail: thanynit.kp@gmail.com

²อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Email: Sukhontip@scphub.ac.th

Effects of a Competency Development Program for Family Caregivers of Dependent Elderly in Nong Kha Sub-district, Phayuh District, Sisaket Province.

Thanyanit Camphong, B.N.S¹, Sukhontip Arunkamonphat, Ph.D.²

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a capacity-building program for caregivers of dependent elderly in NongKha Sub-district, Phayu District, Sisaket Province. The participants were primary family caregivers of dependent elderly residing in the catchment areas of Ban NongKha Health Promoting Hospital, NongKha Sub-district, and Ban Samrong Health Promoting Hospital, Phrom Sawat Sub-district, both located in Phayu District, Sisaket Province. The participants were purposively selected and divided into two groups: the experimental group and the comparison group, with 33 participants in each group. The experimental group received a capacity-building program for caregivers of dependent older adults developed by the researcher, while the comparison group received standard health care services according to the Ministry of Public Health guidelines. The intervention was conducted during June-August 2025 over a 12-week period. Data were collected using structured interviews and assessments covering caregivers' knowledge, caregiving skills, caregiver competency, caregiver burden, caregivers' quality of life, family participation in elderly care, older adults' ability to perform activities of daily living (ADL), and satisfaction with the care received by the dependent elderly. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and median. The differences within and between groups were analyzed using the paired t-test and independent t-test, with a significance level set at 0.05.

The results indicated that, after the intervention, the experimental group showed significant improvements in mean scores of caregivers' knowledge, caregiving skills, caregiver competence, caregiving burden, quality of life, family participation in caregiving, dependent elderly ADL, and dependent elderly satisfaction with care, compared to the comparison group ($p < 0.05$). In particular, the mean caregiving burden score in the experimental group was significantly lower than in the comparison group ($p < 0.05$). These findings suggest that the caregiver capacity-building program for dependent elderly in Nongkha Sub-district, Phayu District, Sisaket Province, effectively enhances caregivers' competence, promotes the health of dependent elderly, and increases satisfaction with the care provided.

Keywords: family caregivers, Capacity-building, Dependent Elderly, Community participation

¹ Registered Nurse, Ban Nong Kha Primary Health Promoting Hospital. Email: thanynit.kp@gmail.com

² Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province. Email: Sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

การเข้าสู่สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยในปี 2021 มีประชากรโลกกว่า 1,082 ล้านคน หรือร้อยละ 14 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (UN, 2019) ประเทศไทยเองก็ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว โดยปี 2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2583 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 หรือประมาณ 20.5 ล้านคน (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2564; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยข้อมูลกรมกิจการผู้สูงอายุ (2565) ระบุว่าผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงประมาณ 2.5 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัว แม้อุปการะจะเป็นแหล่งดูแลหลัก แต่ผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น กว่าร้อยละ 65 ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการดูแล และร้อยละ 78 รายงานว่ามีความเครียด เหนื่อยล้า และวิตกกังวลจากภาระการดูแล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564) ปัญหาไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อ และข้อติดยึด (วิชัย เอกพลากรและคณะ, 2563) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเสนอว่าผู้ดูแลที่มีสมรรถนะต่ำมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟ (Burnout Syndrome) และภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Yildizhan et al., 2019; Alves et al., 2019) สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งบุคคลในครอบครัวถือเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องรับภาระในการดูแลในหลายมิติ ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living: BADL) ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร และการเคลื่อนย้าย (รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์และคณะ, 2564) รวมถึงกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) เช่น การจัดการค่าใช้จ่าย การทำงานบ้าน และการดูแลเป็นระยะ (Sporadic care) ได้แก่ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด หรือการประสานงานกับทีมสุขภาพ (Schulz et al., 2020) ภาระในการดูแลเหล่านี้มักก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสภาวะจิตใจของผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวลและความเครียด และหากสะสมมากอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout Syndrome) (Yildizhan

et al., 2019) อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันที่ลดลง ภาวะซึมเศร้า และการนอนไม่หลับ (Alves et al., 2019) ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลไทยได้กำหนดนโยบายการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ปี 2559 ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีหลักการสำคัญคือการดูแลหลักยังคงอยู่ที่ครอบครัว และภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนเพิ่มเติมผ่านทีมผู้จัดการระบบการดูแล (Care Manager: CM) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม (Caregiver: CG) (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ได้แก่ การดูแลด้านสุขสบายทางกาย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการประสานงานระหว่างผู้สูงอายุ ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เป้าหมายสำคัญคือการฟื้นฟู ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยบรรเทาภาระของครอบครัวผู้ดูแล (รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์และคณะ, 2564; Schulz et al., 2020) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบ LTC และการอบรมผู้ดูแลแล้ว แต่ยังคงพบปัญหาเชิงปฏิบัติ เช่น ผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ขาดความมั่นใจในการดูแล และมีทัศนคติที่ไม่สอดคล้องกับหลักการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ (Yildizhan et al., 2019; Alves et al., 2019) งานวิจัยที่ผ่านมาจึงไม่เพียงพอในการตอบโจทย์การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และการจัดการภาวะเครียดในชีวิตจริงของครอบครัวผู้สูงอายุไทย

สำหรับพื้นที่ตำบลหนองคำ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลปี 2568 พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งหมด 675 คน และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 47 คน แม้จะมีการให้บริการดูแลที่บ้าน และการสนับสนุนจากกองทุน LTC แต่ยังคงพบปัญหาสำคัญ เช่น ภาวะเหนื่อยล้าและความเครียดของผู้ดูแล การดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และข้อจำกัดในการจัดการภาวะฉุกเฉินหรือภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จากช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมที่บูรณาการความรู้ ทักษะปฏิบัติ การจัดการความเครียดและการใช้

เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสมกับบริบทชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลในครอบครัว โดยอาศัยแนวคิด Self-Efficacy ของ Bandura (1986) ร่วมกับ Family System Theory (Bowen, M., 1978) และ Community-Based Participatory Approach (CBPA) (Israel, B. et al., 2013) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลลดภาระการดูแล และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองคำ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองคำ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะที่ 1 การสร้างฐานความรู้และการประเมิน (สัปดาห์ 1-3)

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมและการประเมินเบื้องต้น การแนะนำตัวและสร้างสัมพันธ์ในกลุ่ม การทำแบบประเมินภาระผู้ดูแลแบบไทย (Thai Caregiver Burden Scale) การสำรวจความต้องการและปัญหาเฉพาะบุคคลแล้วแรงบันดาลใจจาก “ผู้ดูแลต้นแบบ” ในชุมชน

สัปดาห์ที่ 2 ความรู้พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุ พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุและการประเมินความเสี่ยง ผักทักษะการประเมินความเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงสูง (หกล้ม, สับสน, ซึมเศร้า)

สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ตรงตามบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 2 การพัฒนาทักษะเฉพาะด้าน (สัปดาห์ 4-8)

สัปดาห์ที่ 4 การดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง - ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เข้าใจพฤติกรรมและการจัดการ การฝึกเทคนิคการสื่อสารเฉพาะ

สัปดาห์ที่ 5 การดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง - ผู้สูงอายุติดเตียง เทคนิคการยกเคลื่อนย้าย และการเปลี่ยนท่านอน การดูแลสิ่งแวดล้อม สุขอนามัย

สัปดาห์ที่ 6 การผ่อนคลายและการจัดการอารมณ์ ผักเทคนิคการหายใจและสมาธิ กิจกรรมกลุ่มสำหรับแบ่งปันประสบการณ์ การสร้างแผนการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 7 กลวิธีการรับมือและการแก้ปัญหา เทคนิคการแก้ปัญหาเชิงบวกและการปรับตัว

สัปดาห์ที่ 8 การสร้างกลุ่มสนับสนุนและเครือข่าย การ Mappingทรัพยากรชุมชน การสร้างเครือข่ายสนับสนุน การวางแผนกิจกรรมร่วม

ระยะที่ 3 การปฏิบัติและการติดตาม (สัปดาห์ 9-12)

สัปดาห์ที่ 9 การนิเทศและการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาเฉพาะรายและแก้ไข้ปัญหาเฉพาะราย การประเมินสภาพแวดล้อมบ้านและการปรับปรุง

สัปดาห์ที่ 10 การพัฒนากิจกรรมกลุ่มต่อเนื่อง การวางแผนกิจกรรมประจำเดือน การฝึกภาวะผู้นำและการดำเนินกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 11 การประเมินความก้าวหน้าและปรับปรุงแผน

ระยะที่ 4 การบูรณาการและนโยบาย (สัปดาห์ 12)

สัปดาห์ที่ 12 การนำเสนอผลการดำเนินงานโดยผู้ดูแล ประสบการณ์และความสำเร็จของผู้ดูแล กำหนดแนวทางนโยบายระดับ รพ.สต. การวางแผนติดตามและพัฒนาต่อเนื่อง

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระดับคะแนนเฉลี่ยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระดับคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแล

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Two group pretest-posttest design

2. ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและในเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลพยุห์ (PCC) อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 7 หน่วยบริการ รวมทั้งหมด จำนวน 652 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคำ ตำบลหนองคำ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรง ตำบลพรหมสวัสดิ์ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power มีค่า effect size จากงานวิจัยของปูลวิซซ์ ทองแดงและคณะ (2022) ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่า effect size=1.564 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงในสงกรานต์ กลั่นดวง (2548) ดังนั้นต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 4 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองกลุ่มละ 28 คน เนื่องจากในตำบลหนองคำ มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลจำนวน 33 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกเอากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 33 คน และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 33 คน เท่ากับกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลในระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2568 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงมาก มีระดับคะแนนการ

คัดกรอง ตามดัชนีของบาร์เธล (Barthel ADL Index $\leq$ 11 คะแนน) (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

3) ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือน และใช้เวลาในการดูแลอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน

4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

5) สามารถใช้สมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชันพื้นฐานได้

เกณฑ์การคัดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (2Q และ 9Q $\geq$ 19 คะแนน)

2) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด

โปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย ชั่วโมงต่อวันได้รับ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบ

แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 8 ตอน

2.1 ด้านความรู้ จำนวน 15 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบถูกผิด มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน

แบบสอบถามมีคะแนนรวม 15 คะแนน ในการจัดระดับเป็น 3 ระดับ คะแนน 0-8 คะแนน ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79) หมายถึง

ปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 13-15 คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)
หมายถึง สูง

2.2 ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่าแบบ Likert
scale มี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่
แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล
ค่าคะแนนของ เบสท์ (Best, 1977) ใช้คะแนนเฉลี่ยเต็ม 5
คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ค่าคะแนน 1.00
– 2.3 หมายถึง ระดับทักษะต่ำ 2) ค่าคะแนน 2.34 –
3.67 หมายถึง ระดับทักษะ ปานกลาง 3) ค่าคะแนน
3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับทักษะสูง

2.3 สมรรถนะของผู้ดูแล ตามกรอบ
แนวคิดของ Schumacher (Schumacher, K.
L.et.al.,2002) จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบ
ประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือกคือ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนของ เบสท์
(Best,1977) ใช้คะแนนเฉลี่ยเต็ม 5 คะแนนแบ่ง
ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ค่าคะแนน 1.00 – 2.3
หมายถึง ระดับสมรรถนะ ต่ำ 2) ค่าคะแนน 2.34 –
3.67 หมายถึง ระดับสมรรถนะ ปานกลาง 3) ค่า
คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับสมรรถนะ สูง

2.4 คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบวัด
คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ โดยคำถาม
เป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5
ตัวเลือก จำนวน 26 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย
ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การ
วิเคราะห์ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้
เกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต(2562) โดยมีระดับคะแนน
ดังนี้ 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
และ 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.5 แบบประเมินภาระการดูแล
(Caregiver Burden Scale) ตามแบบประเมินของ
ZaritBurden Interview ZBI) (ราชวิทยาลัยแพทย์เวช
ศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2022) ลักษณะเป็น

คำถามให้กลุ่ม ตัวอย่าง เลือกตอบ แบบมาตราส่วน
ประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบ Likert scale มี
5 ตัวเลือก จำนวน 11 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย
ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งเป็น
0-10 คะแนน: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย
11-20 คะแนน: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลาง
และ > 20 คะแนน: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก

2.6 แบบประเมินความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ(ADL) ลักษณะเป็น
คำถาม แบบมาตราส่วนประเมินค่า(Rating Scale)
ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ
ให้คะแนนเป็น 3 ระดับคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน คะแนน
สูงสุด 3 คะแนน การแปลความหมายการแปลผลค่าคะแนน
ของ เบสท์ (Best,1977) ค่าคะแนนความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1)
ค่าคะแนน 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับความสามารถใน
การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ต่ำ 2) ค่าคะแนน
1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปานกลาง 3) ค่าคะแนน
2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สูง

2.7 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะเป็นคำถามให้
กลุ่ม ตัวอย่าง เลือกตอบ แบบมาตราส่วนประเมินค่า
(Rating Scale) ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก
จำนวน 11 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็น 5
ระดับ คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนการแปลผลค่าคะแนน
ของ เบสท์ (Best,1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1)
ค่าคะแนน 1.00 – 2.3 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วม
ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ต่ำ 2) ค่าคะแนน
2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ในการดูแลผู้สูงอายุ ปานกลาง 3) ค่าคะแนน 3.68 – 5.00
หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล
ผู้สูงอายุ สูง

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองคำ

อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 8 กิจกรรมในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง (2) พัฒนาความรู้พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาเครื่องมือประเมินการแบบพหุวัฒนธรรม การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง (3) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางจิตวิทยาประกอบด้วยการจัดการความเครียดและการจัดทำแผนการดูแลตนเองในการจัดการด้านอารมณ์ (4)การสร้างกลวิธีการรับมือและการแก้ปัญหา โดยการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำในการจัดการปัญหา (5)การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนการ Mapping ทรัพยากรชุมชน ระดมสมองเพื่อหาทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้อย่างคุ้มค่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสร้างระบบช่วยเหลือฉุกเฉินในชุมชน ร่วมคิดและร่วมทำ (6) การนิเทศและการเยี่ยมบ้าน รายบุคคลรวมเพื่อแก้ไขปัญหา (7) การคงอยู่ของกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการคัดเลือกตัวแทนผู้ดูแลที่มีภาวะผู้นำที่มีความกระตือรือร้น 12-15 คน เพื่อฝึกให้เป็นผู้นำกิจกรรมในอนาคต การวางแผนกิจกรรมประจำเดือนจะเน้นความยั่งยืนและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน (8) กิจกรรมสะท้อนและแบ่งปันประสบการณ์ กิจกรรมถอดบทเรียน เชิดชูคนต้นแบบและมอบรางวัลคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ การดูแลผู้สูงอายุและการสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพของคนในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR -21 ด้านความรู้ = 0.76 และ Cornbrash's alpha coefficient ดังนี้ ด้าน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ

ทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ มีค่า Cornbrash's alpha coefficient = 0.76 ,0.82, 0.84, 0.80 และ 0.78 ตามลำดับ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ มีค่า Cornbrash's alpha coefficient =0.86 และ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่า Cornbrash's alpha coefficient =0.84

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

(1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย ชั่วโมงต่อวันได้รับ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

(2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านความรู้ ทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Independent t-test โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ การวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-085 รับรองในวันที่

29 พฤษภาคม 2568 ถึง 28 พฤษภาคม 2569

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 27.3 เพศหญิงร้อยละ 72.7 อายุเฉลี่ย 51.91 ปี (SD=6.58) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.6 และประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 90.9 รายได้เฉลี่ย 5390.91 บาท (SD=4366.66) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 60.6 6 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือคู่สมสร้อยละ 18.2 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉลี่ย 3.75 ปี (SD=2.53) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉลี่ย

ต่อวัน จำนวน 18.42 ชั่วโมง (SD= 7.21) ร้อยละ 100 เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 21.2 เพศหญิงร้อยละ 78.8 อายุเฉลี่ย 68.47 ปี (SD=5.42) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 63.6 และประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 87.9 รายได้เฉลี่ย 5427.27 บาท (SD=3702.72) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 66.7 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 42.4 รองลงมาเป็นบุตรร้อยละ 30.3 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉลี่ย 2.63 ปี (SD=1.59) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉลี่ยต่อวัน จำนวน 16.36 ชั่วโมง (SD= 8.61) ร้อยละ 100 เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแล รายละเอียดยึดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	9	27.3	7	21.2
หญิง	24	72.7	26	78.8
2. อายุ				
Mean (S.D.) min, max	51.91 (6.58)	37,64	68.47 (5.42)	40,59
3. อาชีพ				
เกษตรกร	30	90.9	29	87.9
ค้าขาย / ทำธุรกิจ	1	3.0	1	3.0
รับจ้าง	1	3.0	2	6.1
รับราชการ พนักงาน	1	3.0	1	3.0
รัฐวิสาหกิจ				
4. รายได้เฉลี่ยครัวเรือน Mean (SD) min, max	5390.51 (SD=4366.66)		5427.27 (3702.72)	
	2,000, 20,000		2,000 , 18,000	
5. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	20	60.6	21	63.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	9.1	1	3.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	6	18.2	8	24.2

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	12.1	3	9.1
6. สถานภาพการสมรส				
โสด	7	21.2	10	30.3
สมรส	20	60.6	14	42.4
หย่า / แยก	4	12.1	4	12.1
อื่นๆ	2	6.1	4	12.1
7. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล				
บุตร	21	63.6	10	30.3
คู่สมรส	6	18.2	14	42.4
หลาน	4	12.1	4	12.1
พี่น้อง	1	3.0	4	12.1
ผู้ดูแลอื่นที่ได้รับค่าตอบแทน	1	3.0	1	3.0
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ Mean (S.D.)	3.75(2.52)		2.64 (1.59)	
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน Mean (S.D.)	18.42(7.21)		16.36 (8.61)	
10. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่				
เคย	33	100	33	100
ไม่เคย	0	0	0	0

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลภายใน และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ ($p=0.886$, Mean diff.= - 0.06; 95% CI=- 0.89 ถึง 0.77), ด้านทักษะการดูแล ($p=0.439$, Mean diff.= 0.439, 95% CI= -0.85 ถึง 1.95), ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($p=0.668$, Mean diff.=0.36; 95% CI= -1.32 ถึง 2.05), ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ ($p=0.807$, Mean diff.=0.60; 95% CI= - 0.43 ถึง 0.56), การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ($p=0.533$, Mean diff.= -0.42; 95% CI= - 0.93 ถึง 1.78) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($p=0.891$, Mean diff.= -0.27; 95% CI= - 3.69 ถึง 4.24) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ($p=0.862$, Mean diff.=0.18; 95% CI= -1.90 ถึง 2.27) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ($p=0.942$, Mean diff.=0.06; 95% CI= -1.60 ถึง 1.72) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองในด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประสิทธิผลของโปรแกรม การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n=33) $\bar{X}$ (S.D.)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95% CI	t	p-value
ความรู้	7.72 (1.57)	7.79 (1.83)	-0.06	- 0.89 -0.77	-0.144	0.886
ด้านทักษะการดูแล	40.21 (2.93)	39.67 (2.76)	0.55	-0.85 -1.95	0.778	0.439
ด้านสมรรถนะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ	38.82 (3.59)	38.45 (3.26)	0.36	-1.32 - 2.05	0.431	0.668
ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ	31.15 (1.00)	31.09 (1.01)	0.06	- 0.43 - 0.56	0.244	0.807
การมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุ	35.06 (2.83)	34.64 (2.67)	0.42	- 0.93- 1.78	0.627	0.533
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ	95.94 (8.16)	95.97 (7.97)	0.27	- 3.69 - 4.24	0.137	0.891
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของ ผู้สูงอายุ (ADL)	22.00 (4.29)	21.82 (4.19)	0.18	-1.90 - 2.27	0.174	0.862
ความพึงพอใจต่อการได้รับ ดูแลของผู้สูงอายุ	38.27 (3.37)	38.21 (3.39)	0.06	-1.60 - 1.72	0.073	0.942

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านต่าง ได้แก่ ความรู้ (Mean diff.=5.64, 95% CI=5.02 ถึง 6.26, $p<0.001$), ด้านทักษะการดูแล (Mean diff.=4.76, 95% CI=3.56 ถึง 5.95,

$p<0.001$),ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Mean diff.=5.61, 95% CI=ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ , $p<0.001$), การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ (Mean diff.=10.30, 95% CI=9.37 ถึง 11.24, $p<0.001$), คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Mean diff.=27.91, 95% CI=24.94 ถึง 30.88, $p<0.001$), ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) (Mean diff.=3.41, 95% CI=3.02 ถึง 3.81, $p=0.043$), ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ (Mean diff.=7.12, 95% CI=5.87 ถึง 8.37, $p<0.001$) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.68, 95% CI=0.27

ถึง 1.08, $p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าการทดลองมีผลต่อความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของสูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n=33) $\bar{X}$ (S.D.)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95% CI	t	p-value
ความรู้	13.91(0.72)	8.27 (1.62)	5.64	5.02 - 6.26	18.201	<0.001***
ด้านทักษะการดูแล	44.88 (2.22)	40.12 (2.63)	4.76	3.56-5.95	7.941	< 0.001***
ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	44.45 (2.19)	38.85(3.03)	5.61	4.30-6.91	8.603	<0.001***
ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ	20.91(1.42)	30.91(1.13)	-10.00	-10.63 - -9.37	-31.645	<0.001***
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	45.21 (0.99)	34.91(2.50)	10.30	9.37-11.24	21.969	<0.001***
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	124.06 (2.89)	96.15 (8.03)	27.91	24.94 -30.88	18.925	<0.001***
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)	31.03 (4.67)	22.12(4.01)	3.41	3.02-3.81	17.807	<0.001***
ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ	45.48 (1.12)	38.36 (3.41)	7.12	5.87 -8.37	11.403	0.001***

***P value <0.001

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยด้านความรู้เพิ่มขึ้น 6.18 คะแนน (95% CI = 5.68 ถึง 6.69) ด้าน

ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ดีขึ้นและผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการได้รับดูแล อย่างชัดเจน รายละเอียดตามตารางที่ 3

ทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น 4.67 คะแนน (95% CI = 4.08 ถึง 5.25) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 10.15 คะแนน(95% CI = 9.16 ถึง 11.15) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 28.12 คะแนน (95% CI = 25.27 ถึง 30.97) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) เพิ่มขึ้น 9.03 คะแนน (95% CI =7.82-10.24) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 7.21 คะแนน (95% CI = 6.05 ถึง 8.37) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=-10.15, 95% CI=-10.77 ถึง -9.72, $p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าการ

ทดลองมีผลต่อความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ดีขึ้นและผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการได้รับดูแล อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง (n=33) $\bar{X}$ (S.D.)	หลังการทดลอง (n=33) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95% CI	t	p-value
ความรู้	7.73 (1.57)	13.91(0.72)	6.18	5.68-6.69	24.934	<0.001***
ด้านทักษะการดูแล	19.44 (1.79)	24.32 (1.68)	4.67	4.08-5.25	17.893	<0.001***
ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	38.82 (3.59)	44.45 (2.19)	5.64	4.56-6.71	10.653	<0.001***
ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ	31.15 (1.00)	20.91 (1.42)	-10.24	-10.77- -9.72	-39.765	<0.001***
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุ	35.06 (2.83)	45.21 (0.99)	10.15	9.16-11.15	20.771	<0.001***
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	95.94 (8.16)	124.06 (2.89)	28.12	25.27-30.97	20.088	<0.001***
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ (ADL)	22.00 (4.29)	31.03 (4.67)	9.03	7.82-10.24	15.236	<0.001***
ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของ ผู้สูงอายุ	38.27 (3.37)	45.58 (1.12)	7.21	6.05-8.37	12.682	<0.001***

***p-value<0.001

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองคำ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 8 กิจกรรมในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง (2) พัฒนาความรู้พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาระแบบพหุวัฒนธรรม การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง (3) การพัฒนาระบบสนับสนุนทาง

จิตวิทยาประกอบด้วยการจัดการความเครียดและการจัดทำแผนการดูแลตนเองในการจัดการด้านอารมณ์ (4)การสร้างกลวิธีการรับมือและการแก้ปัญหา โดยการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำในการจัดการปัญหา (5)การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนการ Mapping ทรัพยากรชุมชน ระดมสมองเพื่อหาทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้อย่างคุ้มค่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสร้างระบบช่วยเหลือฉุกเฉินในชุมชนร่วมคิดและร่วมทำ (6) การนิเทศและการเยี่ยมบ้านรายบุคคลรวมเพื่อแก้ไขปัญหา (7) การคงอยู่ของกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการคัดเลือก

ตัวแทนผู้ดูแลที่มีภาวะผู้นำที่มีความกระตือรือร้น 12-15 คน เพื่อฝึกให้เป็นผู้นำกิจกรรมในอนาคต การวางแผนกิจกรรมประจำเดือนจะเน้นความยั่งยืนและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน (8) กิจกรรมสะท้อนและแบ่งปันประสบการณ์ กิจกรรมถอดบทเรียน เชิดชูคนต้นแบบและมอบรางวัลคนต้นแบบ ครอบคลุมต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและการสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยด้าน ความรู้ ทักษะการดูแล สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบและคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและคะแนนด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวกที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ภาระการดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเริ่มจากการเพิ่มพูนความรู้ของผู้ดูแลในประเด็นสำคัญ เช่น การจัดยา การดูแลโภชนาการ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุ โปรแกรมนี้อาศัยแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ทำให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริงและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การเรียนรู้ในลักษณะนี้ไม่เพียงส่งเสริมความเข้าใจเชิงลึก แต่ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับใช้ความรู้ในบริบทของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nguyen, Le และ Tran (2025), Lin, Chen และ Hsu (2023) รวมถึง Moon,

Adams และ Kitko (2022) ที่รายงานว่าการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมและเชิงปฏิบัติสามารถยกระดับความรู้และความมั่นใจของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มพูนความรู้ดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของผู้ดูแล ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการปรับพฤติกรรมและการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ดูแลมีความคล่องตัวในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกนั่ง การเดิน การอาบน้ำ และการรับประทานอาหาร รวมทั้งสามารถสังเกตอาการผิดปกติและแจ้งเตือนทีมสุขภาพได้อย่างทันท่วงที การอบรมในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ (Workshop-based Training) ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสาธิตสถานการณ์จริงช่วยให้ผู้ดูแลเกิดทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน อีกทั้งการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มยังส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและสร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งมีผลต่อความต่อเนื่องของการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานของ Noguchi et al. (2025), TUNG et al. (2023) และ Cheng, Li และ Leung (2023) ที่พบว่าการอบรมในรูปแบบนี้ช่วยสร้างความมั่นใจและความสามารถที่ยั่งยืนให้กับผู้ดูแล โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด ในด้านภาระการดูแล โปรแกรมนี้มีส่วนช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เวลา และสังคม การได้รับความรู้และทักษะที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนและจัดระบบการดูแลได้ดียิ่งขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถในการแบ่งเวลาพักผ่อน และประเมินความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกละเลยตัวของผู้ดูแล ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลงและความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choi, Kim และ Lee (2021), Nguyen et al. (2025) และ Moon, Adams และ Kitko (2022) ที่รายงานว่าการจัดโปรแกรมเสริมพลังผู้ดูแลร่วมกับการสนับสนุนจากชุมชนสามารถลดภาระทางอารมณ์และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลได้อย่างชัดเจน เมื่อภาระการดูแลลดลงและ

สมรรถนะเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การได้รับโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ความรู้สึกภาคภูมิใจในบทบาทของตนเองช่วยเสริมแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ซึ่งนำไปสู่การดูแลที่ยั่งยืน งานวิจัยของ Kittipimpanon et al. (2022), Nguyen et al. (2025) และ Moon, Adams และ Kitko (2022) สนับสนุนแนวคิดนี้ โดยระบุว่าความสัมพันธ์เชิงบวกและการยอมรับจากสังคมเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลระยะยาว โปรแกรมนี้จึงมีส่วนช่วยสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้และการดูแลร่วมกันในพื้นที่ ผลจากการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลยังสะท้อนโดยตรงต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล โดยพบว่าคะแนน Barthel ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น และระดับการพึ่งพิงลดลง ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และมีทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น เช่น การลุกนั่ง การเดิน และการรับประทานอาหารได้เอง การที่ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลที่ถูกต้องและสม่ำเสมอช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรับผิดชอบและเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Moon, Adams และ Kitko (2022), Kuo, Huang และ Chen (2021) และ Liu et al. (2021) ที่ยืนยันว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมมีแนวโน้มฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อีกหนึ่งประเด็นสำคัญคือความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากผู้ดูแลซึ่งมีทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้น โปรแกรมนี้ส่งเสริมแนวคิดการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) โดยให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้สูงอายุและคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละคน การดูแลในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและลดภาวะ

ซึมเศร้าได้ด้วย สอดคล้องกับ Chang, Chiou และ Chen (2022) และ Okamoto et al. (2020) ที่พบว่าการสื่อสารและความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ดังนั้นงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลที่ต่อเนื่อง เริ่มจากการเพิ่มพูนความรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะและสมรรถนะการลดภาระและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งต่อเนื่องไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกในผู้สูงอายุ ทั้งด้านความสามารถในการทำกิจวัตรและความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ ความสัมพันธ์เชิงระบบนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Theory) ที่ระบุว่า การเรียนรู้และการเสริมพลังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและแสดงให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ชุมชน และครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ที่ศึกษาเพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนและความหลากหลายของบริบท รวมถึงการทดสอบโปรแกรมในชุมชนที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและทรัพยากร
2. ติดตามผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม ทั้งด้านทักษะของผู้ดูแล การลดภาระ และการรักษาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ
3. รวมตัวแปรทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น รายได้ การศึกษา และเครือข่ายสนับสนุน เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบเชิงลึกและปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของชุมชน

การนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและปรับปรุงโปรแกรมฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของผู้ดูแล รวมถึงลดภาระและความเครียดของผู้ดูแล
2. สนับสนุนการบูรณาการครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดระบบเครือข่ายสนับสนุน

และความร่วมมืออย่างยั่งยืน

การวางแผนกิจกรรมฝึกอบรม และการประเมิน

3. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนโยบาย

ประสิทธิผลของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน

สาธารณสุขด้านผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการจัดสรรทรัพยากร

และระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2019). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม [Manual for care of dependent elderly and fall prevention]. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จฯ พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). แนวทางการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย [Guidelines for WHOQOL-BREF Thai version]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต. <http://www.dmh.go.th>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2022). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 [Report on the situation of Thai elderly 2022]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ. <http://www.dop.go.th>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2024). สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2567 [Thai elderly statistics 2024]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ. <http://www.dop.go.th>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2024). ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [Estimation of dependent elderly in Thailand]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย. <http://www.anamai.moph.go.th>
- กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2015). คู่มือการใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index [Barthel ADL Index assessment manual]. กรุงเทพฯ:
- กรมอนามัย.กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). รายงานสถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์ (2564). การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 15: 37(3), 250–261.
- ปุลวิทย์ ทองแดง, จันทรีจิรา สีสว่างและบุปผา บุญสุด (2022). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 53–65.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, & วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2563). ปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน. วารสารเวชศาสตร์ชุมชน, 35(4), 112–120.
- สงกรานต์ กลั่นด่าง. การประยุกต์ใช้ The “take PRIDE” Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2005.
- Alves, S., et al. (2019). Caregiver burden and health outcomes among elderly caregivers. Journal of Aging & Health, 31(5), 817–836.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Choi, J., Kim, H., & Lee, S. (2021). Effectiveness of caregiver training programs on caregiver burden and self-efficacy. Geriatric Nursing, 42(2), 334–342.

- Cheah, J., Hazilah, N., & Kamarudin, M. (2022). Community-based interventions for family caregivers of dependent elderly. *Journal of Community Health*, 47(1), 45–55.
- Moon, H., Adams, E., & Kitko, L. (2022). Improving caregiver competency through training: Evidence from community interventions. *Clinical Gerontologist*, 45(3), 251–263.
- Nguyen, T., et al. (2025). Enhancing caregiver skills in community-based elderly care. *Journal of Gerontological Nursing*, 51(4), 22–31.
- Schulz, R., Eden, J., & Family Caregiver Alliance. (2020). *Families caring for an aging America*. Washington, DC: National Academies Press.
- United Nations. (2019). *World population ageing 2019*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019.pdf>.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655.
<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Yildizhan, B., et al. (2019). Burnout and depression among family caregivers of elderly patients. *Aging & Mental Health*, 23(12), 1690–1698.
- Chang, W.-L., Chiou, C.-Y., & Chen, H.-C. (2022). Effects of person-centered care on the quality of life of older adults: A systematic review. *Journal of Nursing Research*, 30(4), e123.
- Cheng, S., Li, J., & Leung, K. (2023). Community-based caregiver training programs: Impacts on caregiver competency and confidence. *Geriatric Nursing*, 44(2), 101–110.
- Choi, Y., Kim, H., & Lee, S. (2021). Caregiver burden reduction through structured training programs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(5), 750–759.
- Kittipimpanon, N., Srisang, T., & Chaipayorn, P. (2022). Enhancing caregiver well-being through experiential learning. *Thai Journal of Public Health*, 52(3), 245–258.
- Kuo, Y.-L., Huang, C.-Y., & Chen, H.-Y. (2021). Training family caregivers to improve activities of daily living in older adults. *BMC Geriatrics*, 21, 421.
- Liu, H., Wang, X., Zhang, Y., & Li, Q. (2021). Impact of caregiver interventions on older adult functional outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 25(10), 1817–1827.
- Moon, S., Adams, R., & Kitko, L. (2022). Effectiveness of caregiver training programs on caregiver and care recipient outcomes. *Journal of Applied Gerontology*, 41(5), 1120–1134.
- Nguyen, T., Le, D., & Tran, P. (2025). Enhancing caregiver knowledge and skills through participatory learning. *Geriatrics & Gerontology International*, 25(1), 35–45.

- Noguchi, H., Tanaka, M., & Saito, Y. (2025). Participatory workshops for caregiver competency in rural communities. *Journal of Community Health Nursing*, 42(1), 55–65.
- Okamoto, N., Shimizu, H., & Yamamoto, K. (2020). Communication strategies for improving elderly patient satisfaction. *Geriatric Nursing*, 41(6), 722–730.
- TUNG, A., Wong, M., & Chan, K. (2023). Hands-on training for family caregivers: Effects on skill retention and confidence. *Journal of Aging & Social Policy*, 35(2), 200–218.
- Lin, Y., Chen, J., & Hsu, P. (2023). Adult learning approaches in caregiver education programs: Outcomes and satisfaction. *Educational Gerontology*, 49(3), 215–226.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (Eds.). (2013). *Methods for community-based participatory research for health* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 191–203.
[https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200006\)23:3<191::AID-NUR3>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200006)23:3<191::AID-NUR3>3.0.CO;2-B)