



การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบลบางนกแขวก จังหวัดสมุทรสงคราม

Development of a Capacity-Building Model through Community Participation for Caregivers of Dependent Older Adults in BangNokKhwaek district, Smuth Songkram province

สุดประนอม สมันตเวคิน¹

Sudpranorm Smuntavekin

อรนุช เชาว์ปรีชา²

Oranuch Chaopreecha

หนึ่งฤทัย โพธิ์ศรี³

Nuengruethai Posri

***Corresponding author E-mail: nuengruethai.po@ssru.ac.th

(Received: March 4, 2025; Revised: October 12, 2025; Accepted: December 2, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 14 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 40 คน เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือผู้ดูแลไม่เพียงพอ ไม่มีประสิทธิภาพ และขาดระบบการจัดการอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2) รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ACCELA model ประกอบด้วย Attitude: การสร้างทัศนคติเชิงบวก Collaboration: การร่วมมือของเครือข่ายชุมชน Communication: การสื่อสารที่ดี Empower: การสร้างพลังอำนาจในตน Literacy: การเสริมสร้างความรอบรู้ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และ Achievement: การบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย 3) ผลการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงว่า รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ: รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ

Assistant Professor Dr, College of Nursing & Health, Suan Sunandha Rajabhat University. Bangkok.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตอโศก

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management EEC Campus.

³อาจารย์พยาบาลประจำวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ

Nurse Instructor, College of Nursing & Health, Suan Sunandha Rajabhat University. Bangkok.

Abstract

This Participatory Action Research aimed to 1) study the problems of dependent Elderly care in the community 2) develop a capacity-building model through community participation for caregivers of dependent older adults, and 3) study the results of the model. The sample consisted of three groups: 1) 14 participants were informants who participated in model development. 2) 6 participants of caregivers 3) 40 dependent older adults. The research instruments were semi-structured interviews for participants and caregivers, and questionnaires to measure perceived self efficacy of caregivers and quality of life for dependent older adults. The qualitative data were analyzed by content analysis, quantitative data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The research results found that: 1) The problems of dependent elderly care were insufficient caregivers, ineffective caregiving and lack of community participatory management system . 2) A capacity- building model through community participation for caregivers of dependent older adults was called “ACCELA model” included: Attitude: Building a positive attitudes of the dependent elderly care, Collaboration: Producing community network participation, Communication: Good communication, Literacy: Enhancing knowledge and learning experiences, Empower: Enabling them to make decision, utilize their skills and knowledge effectively, Achievement: setting a success goals. 3) The results of using model found that perceived self-efficacy of caregivers and quality of life for dependent older adults were improved.

The finding showed that the development of a capacity- building model through community participation for caregivers of dependent older adults could improve the better care and quality of life of dependent older adults.

Keywords: a Capacity- building model for caregivers, Dependent older adults, Community participation.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและการมีอายุยืนยาวมากขึ้นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อภาระด้านเศรษฐกิจและสังคม มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1/6 ของประชากรโลก และในช่วงปี ค.ศ.2015 - 2050 ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มทวีคูณจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 (WHO, 2019) สำหรับประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองในประเทศแถบอาเซียน ร้อยละ 17 รองจากประเทศสิงคโปร์ (ร้อยละ20) และมีแนวโน้มที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 2021 (National Statistical Office, 2016) โดยการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุมีอัตราผกผันกับประชากรวัยทำงานและวัยหนุ่มสาว เป็นผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ขาดการดูแลจากญาติและครอบครัว (Mahem et al, 2020; Suanrueang et al, 2018) ผู้สูงอายุมักพบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคข้อเสื่อม (Department of Older Person Affairs, 2016)



ร่วมกับการเสื่อมถอยของร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง มีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Sawatphol et al, 2017; Boontem, 2022) ภาวะติดเชื้ทางเดินหายใจ (Wangji & Sangsuwan, 2022) และภาวะซึมเศร้า (Mahem et al, 2020) ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (National Health Security Act, 2016)

จังหวัดสมุทรสงครามมีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที ซึ่งมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด และพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ของประชากรผู้สูงอายุ จากการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามลำพังในบ้านสวน ไม่มีผู้ดูแลประจำ และอยู่ห่างไกลจากหน่วยบริการทางสุขภาพ (Smuthsongkram Statistical Office, 2021) ส่วนกลุ่มติดเตียง มีญาติหรือผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงข้อมูล และการจัดการสุขภาพขาดความต่อเนื่องและดูแลไม่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ (Niraraj et al, 2017) จึงพบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย มีการเคลื่อนไหวได้จำกัด กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ นอนไม่หลับ 2) ด้านจิตใจ อยู่โดดเดี่ยวขาดสนทนากัน ขาดที่พึ่งทางจิตวิญญาณ วิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า 3) ด้านสังคม ขาดสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่คุ้นเคย และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม มีสิ่งของรกรุงรัง ทั้งรอบเตียงนอนและที่พักไม่สะอาดเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจและการหกล้ม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาได้ประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นองค์รวมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเป็นผู้ดูแล (Caregiver: CG) 70 ชั่วโมง จำนวน 6 ราย แต่ผู้ดูแลขาดประสบการณ์และความมั่นใจในการนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ ไม่สามารถดูแล ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพได้ครอบคลุมและมีคุณภาพที่ดีพอ อีกทั้งระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนมีส่วนร่วมยังไม่ชัดเจน (Sukkasem, Thongpila & Siripru, 2022) ขาดกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการนำทีมสหวิชาชีพและทีมสนับสนุนทางจิตวิญญาณเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุให้เป็นไปตามเป้าหมายของชุมชน คณะผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อบริหารจัดการดูแลฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

คำถามการวิจัย

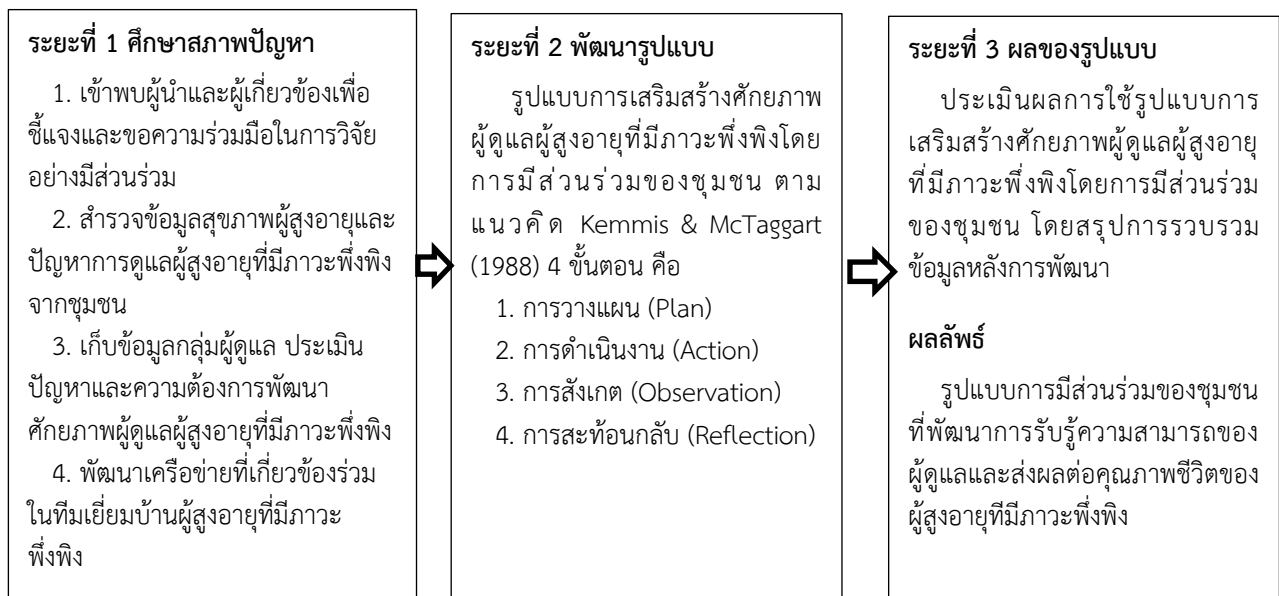
รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) และการสร้างพลังอำนาจในตนผ่านระบบพี่เลี้ยง ได้แก่ การสร้างความรู้สึกที่ดี (Affection) การสร้างความดึงดูดใจจากตัวแบบ (Attraction) การลงมือปฏิบัติ (Action) และการสะท้อนกลับในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของเคมมิสและแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบ กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลา 4 เดือน รายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผู้อำนวยการ พยาบาล แพทย์แผนไทย ตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามระยะการวิจัย ใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) รายละเอียดดังนี้



กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลและร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 14 คน ได้แก่ ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3 ราย (ผู้อำนวยการ 1 ราย พยาบาล 1 ราย แพทย์แผนไทย 1 ราย) ตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุ 2 ราย ตัวแทนผู้นำท้องถิ่น (ผู้ใหญ่บ้าน) 5 ราย ภาศิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 4 ราย ซึ่งคัดเลือกเฉพาะเจาะจงตามบทบาทหน้าที่ รวม 14 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งและมีประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่มากกว่า 1 ปีขึ้นไป 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 2) ขอลออกจากโครงการระหว่างการดำเนินการวิจัย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง 2) สามารถอ่านเขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเยี่ยมบ้าน เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ 2) ย้ายที่อยู่ระหว่างการวิจัย 3) มีภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 40 ราย เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค 2) การประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activities of daily living : ADL) ได้คะแนนต่ำกว่า 11 คะแนน 3) อาศัยอยู่ในที่พัก ตำบลบางนกแขวก 4) สื่อสารภาษาไทยได้เอง หรือมีผู้ดูแลที่สื่อสารได้ เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interviews) สำหรับผู้ให้ข้อมูลและร่วมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมสนับสนุนผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ 3) ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนา 4) กลยุทธ์หรือวิธีการที่นำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความต้องการในการเสริมสร้างศักยภาพ กิจกรรมและวิธีการที่พัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดความมั่นใจและในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นองค์รวม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 2) ส่วนที่ 2 เป็นการวัดการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูด้านร่างกาย ด้านจิตใจ- จิตวิญญาณ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้จากแผนการดูแลของชุมชน จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 1-3 การประเมิน ADL, สัญญาณชีพที่ผิดปกติและค่าน้ำตาลผิดปกติ) และจากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 7 ข้อ (ข้อ 4-10) ประกอบด้วย ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา การดูแลช่วยเหลือ การประเมินและบันทึกผล รวมทั้งการวางแผนและการนัดเยี่ยม โดยมีใบงานที่ออกแบบให้ผู้ดูแลบันทึกผลการประเมิน ADL, ค่าสัญญาณชีพและค่าระดับน้ำตาล รวมทั้งการบันทึกปัญหา กิจกรรมการดูแลและผลที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ความสามารถวัดจากจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่ปฏิบัติกิจกรรมช่วยเหลือได้ถูกต้องและครบถ้วน โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สภาพปัญหาและความต้องการการดูแล 2) แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งพัฒนาโดย Mahatnirunkul

et al, (1997)¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์คะแนน ดังนี้ คะแนนข้อความทางบวก มากที่สุด เท่ากับ 5, มาก เท่ากับ 4, ปานกลาง เท่ากับ 3, น้อย เท่ากับ 2 และไม่เคยเลย เท่ากับ 1 คะแนน ข้อความทางลบจะให้คะแนนกลับกันกับข้อความทางบวก ค่าคะแนนเฉลี่ยมีการแปลผล โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ดังนี้ คะแนน 1.0 – 2.33 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนน 2.34 -3.67 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 3.68 -5.00 มีคุณภาพชีวิตระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง แบบสอบถาม

การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมประเด็นสำคัญของเนื้อหาที่จะศึกษา ตามวัตถุประสงค์โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.8 – 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแนวคำถามและแบบสอบถามให้มีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ

2. ด้านความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงจากชุมชนอื่น จำนวน 20 คน และ 30 คนตามลำดับ ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา (เดือนมกราคม 2564 ระยะเวลา 2 สัปดาห์)

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมผู้วิจัยขออนุญาตจากนายกเทศมนตรีตำบลบางนกแขวก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เข้าพบผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบฯ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลตามแผนการวิจัย และขอความร่วมมือให้ผู้เกี่ยวข้องและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงยินยอมและเข้าร่วมในโครงการวิจัย รวมทั้งการมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการดำเนินงานวิจัย และเข้าพบแกนนำชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการ การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และการนัดหมายครั้งต่อไป

2. ทีมผู้วิจัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร่วมกันรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ แผนการดูแลรายบุคคล (care plan) ของชุมชนซึ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามเกณฑ์ Barthel ADL index (ADL) นำมาจัดแบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 31 คน และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) จำนวน 9 คน พร้อมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดจากการขาดผู้ดูแล และผู้ดูแลที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา



3. ทีมผู้วิจัยประชุมกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง จำนวน 6 คน ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น รวบรวมข้อมูลจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนการสนทนาประเมินความเชื่อมั่นในการลงพื้นที่ โดยทีมผู้วิจัยจะให้คำปรึกษา ชี้แนะและช่วยเหลือตลอดการดำเนินงาน

4. ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องประชุมกับเครือข่ายวิชาชีพ จิตวิญญาณ และสังคมเพื่อเป็นทีมเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลและร่วมในการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล (เดือนมกราคม – มีนาคม ระยะเวลา 10 สัปดาห์)

ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Taggart คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Obsearvation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) โดยนำแนวคิดกระบวนการพีเลียง (Darling, 1994; Smuntavekin, 2018) มาพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived Self-efficacy) และสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล ดังนี้

2.1 การวางแผน (Plan) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 – 4 (เดือนมกราคม) ดังนี้

1) วิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลและความต้องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำข้อมูลในระยะที่ 1 มาจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) และ 2) กลุ่มติดบ้าน (ADL 5 -11) โดยจำแนกย่อยเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1) กลุ่มติดบ้านที่ใช้อุปกรณ์ (ADL 5 -8) และกลุ่มติดบ้านที่ไม่ใช้อุปกรณ์ (ADL 9-11) สนับสนุนให้ผู้ดูแลฝึกการวิเคราะห์ปัญหาแต่ละด้านของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเพื่อนำผลมาวางแผนในการปฏิบัติการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

2) ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตามแผนปฏิบัติฟื้นฟูสุขภาพรายบุคคล ได้แก่ การคัดกรองแบบประเมิน ADL การแปลผลค่าผิดปกติของสัญญาณชีพและระดับน้ำตาลในเลือด ฝึกการประเมินโดยยกรณีสึกษามาวิเคราะห์ โดยนำใบงานที่มีการบันทึกสุขภาพมาเรียนรู้ปัญหาและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพครบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ใช้การสนทนาและถามตอบเพื่อทดสอบความรู้ความเข้าใจปัญหาและการดูแล

3) ทีมผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ดูแลในออกแบบการทำกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันทุกขั้นตอน มีการจัดทำแผนที่เส้นทาง โดยมีผู้เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมกันพัฒนาเป็น google map เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ มีการสื่อสารทั้งรูปแบบเผชิญหน้าและสร้างไลน์กลุ่ม "Care Givers" ติดต่อกันได้ตลอดเวลา

2.2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 -8 (เดือนกุมภาพันธ์) ดังนี้

1) ทีมผู้วิจัยและผู้ดูแลลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุตามแผนปฏิบัติการ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 5 ราย เป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ภายหลังการเยี่ยมบ้านจะสนทนาและอภิปรายกลุ่ม เพื่อประเมินปัญหาและการดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการซักถามความเข้าใจและบันทึกผลในใบงาน รวมทั้งกำหนดการเยี่ยมในครั้งต่อไป

2) กรณีผู้สูงอายุที่มีอาการซับซ้อน ได้แก่ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง ผู้ดูแลจะจัดแผนการดูแลเฉพาะรายโดยมีนักกายภาพบำบัดทำหน้าที่ฟื้นฟูสุขภาพ นิเทศงานให้แก่ผู้ดูแลและญาติฝึก

การออกกำลังกล้ามเนื้อและข้อต่อแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเป็นผู้ช่วยประเมินผลส่งข้อมูลให้ทีมผู้วิจัยและเครือข่ายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3) ผู้ดูแลจะจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามสภาพปัญหาเพื่อให้การช่วยเหลือ ได้แก่ กลุ่มติดบ้านใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหวจะมีนักศึกษาศึกษาสาขาสารสนเทศศาสตร์ไปช่วยเหลือดูแลทั้งการเคลื่อนย้าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การออกกำลังแขนขา การจัดสิ่งแวดล้อม สำหรับด้านฟื้นฟูจิตใจ-จิตวิญญาณ จะนิมนต์พระหรือบาทหลวงไปเยี่ยมบ้านสนทนากับผู้สูงอายุตามความต้องการ สำหรับกลุ่มติดบ้านที่ไม่ใช้อุปกรณ์จะมีตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุชักชวนไปร่วมกิจกรรมในแต่ละหมู่บ้าน โดยมีผู้ใหญ่บ้านจัดรถเดินทางไปกลับ

4) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การเยี่ยมบ้านจะเน้นการประเมินเพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะการใช้อุปกรณ์ การดูแลฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม วางแผนการเยี่ยมและการนัดหมายครั้งต่อไป

2.3 การสังเกต (Observation) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 9 -12 (เดือนมีนาคม)

ผู้ดูแลวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สัปดาห์ละครั้ง เวลา 4 สัปดาห์ โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงน้อย จะเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอาการซับซ้อน ผู้ดูแลจะปรับวิธีการเยี่ยมทุกสัปดาห์หรือตามความเหมาะสม โดยจะปรึกษาเครือข่ายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเฉพาะทาง ได้แก่ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด ร่วมเป็นเครือข่ายการเยี่ยมบ้าน กรณีศึกษาเหล่านี้ผู้ดูแลจะวางแผนการเยี่ยมเป็นทีมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล และจะเขียนบันทึกรายงานส่งโรงพยาบาล รวมทั้งสนทนาในกลุ่มไลน์ “Care Giver” ทีมผู้วิจัยจะลงพื้นที่สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทุก 2 สัปดาห์

2.4 การสะท้อนกลับ (Reflection) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 13 (เดือนเมษายน) ดังนี้

4.1) จัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลที่ได้จากการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4.2) ถอดบทเรียนและสะท้อนคิดร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด สรุปข้อค้นพบประเด็นหลักที่บ่งชี้ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและการร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ 4.3) สรุปรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 14 (เดือนเมษายน)

ดำเนินการประเมินผลความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลก่อน-หลังการพัฒนา และติดตามผลโดยใช้แบบสอบถามเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล ก่อนและหลังการพัฒนาในรูปแบบในงานวิจัยนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้การทดสอบค่าที



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA. 1-023/2020 ลงวันที่ 03/08/2020 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะสรุปอ้างอิงในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการต่อยอดหรือยกระดับการ สร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเผยแพร่สู่ชุมชนอื่นๆ และข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์ เผยแพร่แล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 6 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 อายุเฉลี่ย 55 ปี และอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.67 ระดับปริญญาตรีร้อยละ 33.33 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 83.33 อาชีพรับจ้างทั่วไปมีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท/เดือน มีประสบการณ์ การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 – 5 ปี และร้อยละ 83.33 ไม่เคยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 40 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.5 เพศชาย ร้อยละ 27.5 อายุอยู่ในช่วง 70-89 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 80 ปี ต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 96 ปี ข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุทุกคนมีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคขึ้นไป โดยร้อยละ 62.5 ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 22.5 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงและเข้าเสื่อม ร้อยละ 12.5 เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับความดันโลหิตสูง และร้อยละ 2.5 เป็นโรคเมเร็งเต้านมผ่าตัดและได้รับเคมี บำบัดครบแล้ว สำหรับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) พบว่า 1) กลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL 0-4) จำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.5) 2) กลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL 5-11) จำนวน 31 คน (ร้อยละ 77.5) แบ่งย่อยเป็น 2.1) กลุ่มเคลื่อนไหวได้เองไม่ใช้อุปกรณ์ (คะแนน ADL 9-11) จำนวน 17 คน (ร้อยละ 42.5) 2.2) กลุ่มใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนไหว (คะแนน ADL 5-8) จำนวน 14 คน (ร้อยละ 35) การอยู่โดยลำพังไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพบว่า เป็นกลุ่มติดบ้านจำนวน 16 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 56.3) และกลุ่มใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนไหว จำนวน 7 คน (ร้อยละ 43.7) สำหรับกลุ่มติดเตียง จำนวน 9 คนมีญาติหรือผู้ดูแลทุกคน

1.3 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ชุมชนมีนโยบายและงบประมาณสนับสนุนการดูแล ระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ และมีเบี้ยเลี้ยงสนับสนุนผู้ดูแล แต่ระบบการจัดการแบบมีส่วนร่วม ในดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพยังไม่ปรากฏชัดเจน การติดตามและประเมินผลที่จะเชื่อมโยงข้อมูลไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของชุมชนยังไม่เห็น เป็นประจักษ์ จึงต้องการให้ทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพพยาบาลเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลและช่วยเหลือในการจัดระบบบริการผู้สูงอายุที่มีคุณภาพร่วมกับชุมชน “ผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยว คิดถึง ลูกหลานที่อยู่ห่างไกล บางรายเหงาและซึมเศร้า พยายามเคลื่อนไหวด้วย walker บางรายใช้วิธีขยับกันไป ทีละนิด ถ้ามีคนช่วยพยุงเดิน ดูแลเรื่องยา อาหาร ความสะอาดบ้างก็ดี”

1.4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีจำนวนไม่เพียงพอ แม้จะผ่านการอบรมหลักสูตร

การดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง แต่ยังไม่มีการประเมินเพียงพอ และผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาซับซ้อน ไม่นั่นใจในการดูแลตามแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ- จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ต้องการให้ทีมผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงนิเทศ ชี้แนะ ให้คำปรึกษาตลอดจนการจัดการร่วมกับชุมชน “ถ้าได้ทบทวนความรู้ ทักษะการดูแลตามแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ลักระยะหนึ่ง เราคงทำได้” “ตอนอบรมหลักสูตร จะเน้นดูแลกาย เช่น ทำแผล วัดสัญญาณชีพ เช็ดตัวฯ เรื่องจิตใจชวนพูดคุยให้สบายใจ เริ่มมาเข้าใจการดูแลด้านจิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย ถ้าได้อาจารย์มาช่วยพัฒนา เชื่อว่าจะดูแลผู้สูงอายุได้ดีเพราะบางรายซับซ้อน ไม่รู้จะปรึกษาใคร”

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามบริบทของชุมชน ทีมผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายวิชาชีพช่วยเป็นพี่เลี้ยงในการชี้แนะ ให้คำปรึกษา สอนงานและประเมินผลตลอดการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และประสานงานกับผู้นำชุมชน เครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมพัฒนารูปแบบ ตาม ACCELA model ดังนี้

A = Attitude หมายถึง การสร้างทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้นำชุมชน ผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ และทีมผู้วิจัยจัดกิจกรรมสร้างความรู้สึที่ดีเยี่ยมบ้านตามแนวคิด “ดูแลเสมือนญาติไม่ทิ้งกัน” “การทำแผนที่เส้นทาง google map เป็นแรงบันดาลใจขั้นแรกที่กระตุ้นพวกเราให้เรียนรู้สิ่งใหม่”

C = Collaboration หมายถึง การร่วมมือของสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลศาสตร์ สหเวชศาสตร์ กายภาพบำบัดในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้ผู้นำและกลุ่มจิตอาสาชุมชนได้ชักชวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้เดินทางมาร่วมกิจกรรม “สร้างเสริมสุขภาพ” โดยการจัดหาทุนสนับสนุนค่าใช้จ่าย

C = Communication หมายถึง มีการสื่อสารที่สร้างความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกันทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าและกลุ่มไลน์ “Care Givers” ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ทันเหตุการณ์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

E = Empowerment หมายถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้ดูแลได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่มีการสอดแทรกความรู้ระหว่างปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน มีการติดตามและสะท้อนคิดจนเห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ “รายที่ลูกนั่งไม่ได้ พวกเราไปเป็นทีม ช่วยพยุงตัวให้นั่ง มีนักกายภาพไปฟื้นฟูและสอนพวกเราด้วย เราไปบอxygenคนป่วยนั่งและเดินเกาะรอบเตียงได้ ญาติที่ดูแลดีใจมาก อารมณ์ดีทั้งผู้ป่วยและญาติ”

L = Literacy หมายถึง ความรอบรู้ของผู้ดูแลได้รับการพัฒนาจากการเรียนรู้สิ่งที่ย่อยไปยากมองเห็นภาพของวิธีการแก้ปัญหาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ดูแลมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ วิเคราะห์และตัดสินใจจัดการแผนปฏิบัติการเป็นรายกรณีอย่างครอบคลุม

A = Achievement หมายถึง ผู้ดูแลสามารถประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นองค์รวม กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลให้มีศักยภาพสูงขึ้น “การบันทึกในใบงาน ทำให้เราเห็นภาพของปัญหาและคิดค้นหาวิธีการช่วยจนได้ผลดี” “ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพเราสรุปผลไปนำเสนอที่จังหวัด ได้รับคำชมจากผู้ใหญ่หลายคน”



ระยะที่ 3 ผลของรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

3.1 ผลการประเมินการรับรู้ความสามารถกิจกรรมปฏิบัติของผู้ดูแล พบว่า ก่อนการดำเนินการ ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 25.00 และหลังการดำเนินการ ผู้ดูแลสามารถทำได้เพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 86.67 โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องทุกครั้ง ร้อยละ 100 คือ การคัดกรองแบบประเมิน ADL ผู้สูงอายุ การแปลผลค่าผิดปกติของสัญญาณชีพ การแปลผลค่าผิดปกติระดับน้ำตาลในเลือด และการนัดเยี่ยมผู้สูงอายุในครั้งต่อไป รองลงมาเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องเป็นส่วนมาก ร้อยละ 83.33 คือ การให้คำแนะนำฟื้นฟูสุขภาพครบ 4 ด้าน การวิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุและค้นหาแหล่งช่วยเหลือ การบันทึกผลการดูแลผู้สูงอายุและการวางแผนเยี่ยมรายกรณี ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 6)

การรับรู้ความสามารถ กิจกรรมที่ปฏิบัติ	ก่อนดำเนินการ		หลังการดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สามารถคัดกรองแบบประเมิน ADL ผู้สูงอายุ	4	66.67	6	100.00
2. สามารถแปลผลค่าผิดปกติสัญญาณชีพของผู้สูงอายุ	2	33.33	6	100.00
3. สามารถแปลผลค่าผิดปกติระดับน้ำตาลในเลือด	3	50.00	6	100.00
4. สามารถวิเคราะห์ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ	1	16.67	4	66.67
5. สามารถให้คำแนะนำ/ดูแลการฟื้นฟูสุขภาพ ครบ 4 ด้าน แก่ผู้สูงอายุ/ญาติ	1	16.67	5	83.33
6. สามารถวิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุและค้นหา แหล่งช่วยเหลือ	1	16.67	5	83.33
7. สามารถประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ	1	16.67	4	66.67
8. สามารถบันทึกผลการดูแลในใบงานสุขภาพ	0	0.00	5	83.33
9. สามารถวางแผนการเยี่ยมรายกรณี	1	16.67	5	83.33
10. สามารถนัดเยี่ยมผู้สูงอายุในครั้งต่อไป	1	16.67	6	100.00
ค่าเฉลี่ย		25.00		86.67

3.2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคุณภาพชีวิตด้านที่เพิ่มมากที่สุด คือ ด้านจิตใจและด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองลงมาเป็นด้านกายและด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการพัฒนา (n = 40)

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	M	SD	M	SD		
- ด้านกาย	1.63	0.48	2.88	0.73	-5.25	.001
- ด้านจิตใจ	1.64	0.48	3.02	0.82	-7.22	.001
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	1.91	0.51	3.02	1.00	-5.40	.001
- ด้านสิ่งแวดล้อม	1.98	0.68	2.50	1.40	-5.47	.001
คะแนนเฉลี่ยรวม	1.86	0.59	2.70	1.11	-7.90	.001

* $p < .05$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

สภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคขึ้นไป มีโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคเข้าเสื่อม กอปรกับความเสื่อมถอยจากอายุ ในช่วงปลาย ทำให้ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันลดลง และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลนี้ตรงกับผลการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (National Health Security, 2016) พบว่า ปัญหาโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพากระบวนดูแลระยะยาว แต่ปัญหาของชุมชน คือ ผู้ดูแลมีจำนวนไม่เพียงพอและ ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลกิจวัตรประจำวันและไม่เข้าใจการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ Suanrueang et al. (2018) พบว่า ภายใต้นโยบายการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาว ผู้ดูแลที่ผ่านหลักสูตร 70 ชั่วโมง มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตร ประจำวัน เช่น เรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ควรมีระบบการทำงานเป็นทีม โดยมีพี่เลี้ยงและบัดดี้ที่ช่วย แก้ปัญหาและมีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Peachpunpaisal et al. (2020) ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมมีทักษะการดูแลที่ไม่ซับซ้อน ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การทำแผล การวัดสัญญาณชีพ สำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านให้ครอบคลุมด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องมีทีมสหวิชาชีพและระบบการจัดการดูแลเชิงรุกในชุมชน ดังนั้นการฝึกทักษะการดูแลฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้ดูแลนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพ (Somsuwan & Yaowaboot, 2023)

รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้แนวคิดกระบวนการเรียนรู้ที่มี ส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการเรียนรู้ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ตัดสินใจลงมือปฏิบัติ จนถึงประเมินผล (Pongpomma et al, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Suanrueang et al. (2018) พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถวิเคราะห์จัดกลุ่ม แบ่งเขตช่วยกันและทำงานร่วมกันเป็นทีม มีระบบพี่เลี้ยงและ การจับคู่ทำงานโดยมีตารางเยี่ยมประจำตามแผนของโรงพยาบาลท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการ ศึกษาของ Sukit et al. (2020) พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม



ของเครือข่ายชุมชน ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถและพลังอำนาจในตน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความคิดสร้างสรรค์อย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจปฏิบัติการที่เป็นอิสระและมีประโยชน์ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ (Srisaknok & Raviwan, 2020)

การวิจัยนี้รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล คือ ACCELA Model ที่ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน ดังนี้ 1) Attitude: มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากชุมชนและแรงบันดาลใจต่อการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม 2) Collaboration: ได้รับจากความร่วมมือจากผู้นำชุมชน จิตอาสา และทีมสหวิชาชีพร่วมกันพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม 3) Communication: มีการสื่อสารที่สร้างความเข้าใจและได้ข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์ 4) Empowerment: ได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ สามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจพัฒนาตนเองได้ 5) Literacy: มีโอกาสเรียนรู้จากง่ายไปยาก มองเห็นภาพจากประสบการณ์จริง ทำให้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ตัดสินใจในการจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ และ 6) Achievement: มีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและสำเร็จตามเป้าหมาย

ผลของรูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น การอบรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยร่วมกับการสัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การทบทวนความรู้และทักษะการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Silprasert (2023) พบว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมโดยเป็นการส่งเสริม การรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนั้นผู้ดูแลที่ได้พัฒนาความรู้และทักษะโดยเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ จะเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนและมั่นใจพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Ratanasuwan & Opasanan, 2018) นอกจากนี้การพัฒนาทักษะผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้มั่นใจในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kosumpunkun, 2019)

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคุณภาพชีวิตด้านที่เพิ่มมากที่สุด คือ ด้านจิตใจและด้านสัมพันธภาพทางสังคม เนื่องจากการได้พบและสนทนากับคนคุ้นเคยที่เป็นมิตร ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม (Kaewsringam, 2021) ที่ศึกษาระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่พัฒนาจากทีมสุขภาพและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านสังคมมีค่าคะแนนมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านสิ่งแวดล้อมและจิตใจตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างในรายด้านซึ่งมีปัจจัยจากบริบทของความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้น หากมีการพัฒนาหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ที่สร้างความรอบรู้ จะช่วยส่งเสริมผู้ดูแลให้มีกำลังใจ มีทัศนคติที่ดี และมีศักยภาพในการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นการจัดการเชิงรุกในการเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป (Saveeram, 2022) ดังนั้น การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมหลายภาคส่วนในชุมชนเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาความรู้สึกที่มีคุณค่าในผู้ดูแลและคนในชุมชน สร้างการดูแลรักษาตามมาตรฐาน ส่งเสริม คุ้มครองและสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Phanlek et al, 2024; Saveeram, 2022; Suanrueng et al, 2018)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.1 พัฒนาหลักสูตรต่อยอดให้ผู้ดูแลมีความเชี่ยวชาญ ส่งเสริมสมรรถนะการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น
- 1.2 จัดโครงการบูรณาการการเรียนการสอนกับบริการวิชาการร่วมกันระหว่างสาขาพยาบาลศาสตร์และสหเวชศาสตร์ในการเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จริงแก่นักศึกษาพยาบาลและสหเวชศาสตร์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกชุมชน และเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

References

- Bandura, A., & National Inst of Mental Health. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Boontem, T. (2022). Nursing care for the dependent elderly with chronic illnesses using a long-term care system : A case study. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 6(11), 66-84. (in Thai)
- Junrith, K., Kancham, P., Thanawat, T., Jaikamwang, N., & Konthasing, P. (2019). Health care model for the elderly by community networks participation. Tambon Pasao Mung, Uttradadit. *Academic Journal: Uttaradit Rajabhat University*, 14(1), 65-78. (in Thai)
- Kaewsringam, P. (2021). Long-term care system and quality of life of dependent elderly, Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 11(2), 306-31. (in Thai)
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University press.
- Kosumpunkun, K. (2019). Effectiveness program of rehabilitation care for elderly dependents at Mae Sot district, Takprovince. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 2(2), 26-37. (in Thai)
- Mahatnirunkul, S. (1997). Measuring quality of life: (WHO QOL-BREF-THAI). Ministry of Public Health, Department of Mental Health.
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Mahem, K., Phinyo, P., Potchana, R., Thoin, P & Srioad, P. (2020). The experiences of elderly living alone and differences between women and men: Meta-Ethnography. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(2), 138-147. (in Thai)
- National Statistical Office. (2016). *Long-term care public health for depressed elderly people. (Long Term Care) on National Health Security System*. Bangkok. (in Thai).



- Nawsuwan, K., & Suwanvaj, M. (2019). Current problems and care needs of older adults living in local administrative organization responsibility area in the Lower Southern of Thailand. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(2), 118-132. (in Thai)
- Niraraj, W., Klangdan, S., & Thaewpia, S. (2017). Developing a model for healthcare of the elderly in Bu Thai Community Huay YangSub-district, Bauyai District, Nakhon Ratchasriman Province. *Journal of Nursing and Health Research*, 18(3), 117-127. (in Thai)
- Peachpunpisa, C., Inyarakamhang, U., & Leaungsomnapa, Y. (2023). Multidisciplinary team for caring management of dependent older persons at home. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 34(1), 262 -274. (in Thai)
- Phanlek, N., & Chansuwan, K. (2024). Quality of life of dependent elderly : A literature review. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi*, 7(2), 21-33. (in Thai)
- Piriyanon, W. (2023). Development of knowledge in health care for the dependent elderly of caregivers Khunhan District, Sisaket Province. *Sisaket Journal of research and Health Development*. 2(Extra), 22-29. (in Thai)
- Pongpumma, L., Chettha, K Kaewprom., Yodprasert, T., & Khunkaew, S. (2021). The Effect of participatory learning program on health promotion behavior among old person in a Bansuan district, Chonburi. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 45(2), 45-58. (in Thai)
- Ratanasuwan, W., & Opasanan. P. (2018). Development of the capacity building model for caregivers of dependency elderly persons in the community. *Journal of Nursing and Education*, 11(4), 156-174. (in Thai)
- Saveeram, P. (2022). Improving quality of life among dependent elderly through the development of health literacy among caregivers with ‘expert caregiver’ curriculum, Mueng District, Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 1-15. (in Thai)
- Sawatphol, C., Pengpinit, T., Senanikorn, A., & Srisuraphol, W. (2017). *Care of elderly dependents in Northeast Area of Thailand*. Faculty of Humanities and Social Sciences, Suandusit University, 102-109. <http://ebooks.dusit.ac.th>. (in Thai)
- Silprasert, T. (2023). Effect of the caregiver skills development program on the ability to perform daily activities of the dependent elderly in Mueang District. Ang thong Province. *Singburi Hospital Journal*, 31(3), 116-126. (in Thai)

- Sihapark, T., Chuengsatiansup, K., & Tengrang, T. (2014). *Associated burden and impact as well the Role of organizations involved in long- term care for the elderly in Thailand*. Health Systems Research Institute (HSRI). <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle>. (in Thai)
- Somsuwan, C., & Yaowaboot, A. (2023). Factors influencing duality of life among caregivers of older adults with chronic diseases in Ubonratchathani Province. *Journal of Nursing and Education*, 16(3), 93-109. (in Thai)
- Smuntavekin S., Ngudgratoke S., Phutthapitakpol, S., & Wongvanich, S. (2018). Causal model of mentoring process to Student Nurses' delivery training using theory-based evaluation. *Kuakarun Journal of Nursing*, 25, 56-72. (in Thai)
- Smutsongkram Statistical Office, *Report of elderly status in Bangnokkwak*. (2021). <https://samutsongkhram.nso.go.th/about/contact-us>. (in Thai)
- Srisaknok, C., & Raviwan, N. (2020). At-home continuous care model development focusing on holistic cares for disability elders in Chaiyaphum Province. *Chaiyaphum Medical Journal*, 40(1), 44-55. (in Thai)
- Suanrueang, P., Wannasri, A., & Srithamrongsawat, S. (2018). Community care by caregivers to dependent elderly under the community-based long-term care policy. *Health Systems Research Institute*, 10, 141-153. (in Thai)
- Sukkasem, B., Thongpila, M., & Siripru, S. (2022). Model of caring for dependent elderly by community participation at community health centerurban area, MueangSisKET, District, Sisaket Province. *Research and Community Health Innovation Journal*, 1(1), 71-81. (in Thai)
- Sukjit, S., Duangthong, J., & Thuwakum, W. (2020). Potential development model of the elderly's caregivers with participation of the Community Network Pa Sao, Muang, Uttaradit. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(2), 109-118. (in Thai)
- Sukkasem, B., Thongpila, M., & Siripru, S. (2022). Model of caring for dependent elderly by community participation. *Research and Community Health Innovation Journal*, 1(1), 71-83. (in Thai)
- Wangji, N., & Sangsuwan, A. (2022). New continuing care model for dependent elderly patients. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(1), 241-256. (In Thai)
- World Health Organization. (2019). *Aging and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/aging-and-health>.