



ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน
รองรับแนวคิดชีวาภิบาล: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย

คณะผู้วิจัย

นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง และคณะ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ประจำปี พ.ศ. 2568

หัวข้อวิจัย ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิด ชีวาทิบาล: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ทดสอบ และนำโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อนตามแนวคิดชีวาทิบาลไปขยายผล โดยอาศัยแนวคิดชีวาทิบาลที่เน้นเรื่องการดูแลไปจนถึงระยะสุดท้าย การดูแลระดับชุมชน และการพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืนในสังคมสูงวัย ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรม การประเมินผลโปรแกรม และการขยายผลโปรแกรม

ในระยะที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญจาก 16 อำเภอ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 70 คน ผู้ดูแลแบบเพื่อน 20 คน ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ 5 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุ 5 คน มีการจัดสนทนากลุ่มเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการออกแบบหลักสูตรและปรับปรุงเนื้อหา ในระยะที่ 2 นำแบบแผนกึ่งทดลองมาใช้กับผู้สูงอายุ 60 คน จาก 2 ตำบล ซึ่งถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม โดยมีเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ และโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน ในระยะที่ 3 มีการขยายผลโปรแกรมไปยังอีกสองพื้นที่ที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจงตามความพร้อมในการนำไปใช้ โดยมีผู้สูงอายุเข้าร่วมพื้นที่ละ 30 คน (N = 60) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสะท้อนความคิดของผู้เข้าร่วมด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลแบบเพื่อนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 58.3) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 47.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.0) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.3) มีภาวะเรื้อรัง (ร้อยละ 72.5) รับประทานยา (ร้อยละ 61.7) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 30.8) มีรายได้ 0-15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 86.7) มีรายได้เพียงพอและไม่มีเงินเหลือเก็บ (ร้อยละ 31.7) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน (ร้อยละ 60.8) ทั้งนี้มีเพียงร้อยละ 18.7 ได้รับค่าตอบแทนสำหรับการดูแล และส่วนใหญ่เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อการดูแลตนเอง (ร้อยละ 69.2) ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการดูแล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพยังแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกในการมีส่วนร่วมต่อสังคมที่เพิ่มขึ้นในหมู่ผู้สูงอายุผ่านบทบาทของพวกเขาในฐานะผู้ดูแลแบบเพื่อน

โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อนตามแนวคิดชีวาทิบาล มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลและการเสริมพลังทางจิตสังคมของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการการฝึกอบรมโดยเพื่อนเข้ากับระบบการดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชนสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพของชุมชน ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแล ผู้สูงอายุ เพื่อนช่วยเพื่อน ชีวาทิบาล การดูแลโดยชุมชน

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop, test, and implement a peer-to-peer program of caregiving skills training among older adults based on the Cheewabhibaln concept, which accounts end of life care, community based care, and long term self reliance in ageing societies. The research and development design was adopted, which included three stages; program development, program evaluation, and program dissemination.

Participants in first phase was recruited using purposive sampling to identify the key stakeholders in 16 districts, including 70 older adults, 20 peer caregivers, 5 elderly care system managers, and 5 academic experts in gerontological care. To inform the curriculum development and content development, focus group discussions were carried out. The quasi-experimental design was introduced in the second phase, where 60 older adults in two districts were chosen to compare program effectiveness between experimental and control groups. The research instrument consisted of general information questionnaire, assessment of knowledge, attitudes, and skills in elderly care, social support, and peer-to-peer program of caregiving skills training among older adults. The third phase involved the upscaling of the program to two further areas that were purposely chosen according to their readiness to implement the program. The 30 older adults were engaged in each site (N = 60). Data analysis followed descriptive statistics as well as t-tests. In addition, there was complemented with the qualitative reflection of the participants analyzed through thematic analysis.

The results indicated that the majority of the peer caregivers were female (83.3%), aged 60-69 years (58.3%), married (47.5%), Buddhist (95.0%), had their primary education (58.3%), living with chronic conditions (72.5%), took medication (61.7%), were unemployed (30.8%), earning 0-15,000 baht/month (86.7%), were consequently satisfied with their income but no money left to save (31.7%), had no experience in elderly care (60.8%). However, only 18.7 percent received compensation for their care. The majority participate in training for self-care purposes (69.2%). The average scores in knowledge, attitudes, caregiving skills, and social support were much higher in the participants belonging to the experimental group as compared to the control group ($p < 0.05$). Qualitative results also showed that participation in the program led to a higher level of self-worth, self-esteem, and re-established sense of contributing to the society among older adults through their activities as peer caregivers.

The peer-to-peer caregiving skills training in Cheewabhibaln concept was effective in enhancing the caregiving skills and psychosocial empowerment of the older adults. The results indicate that peer-led instruction in the community-based aged care system

can help raise community capacity, encourage sustainable self-reliance, and enhance dignity-based care in the fast ageing communities.

Keywords: caregiving training program, older adults, peer-to-peer, Cheewabhibaln, community-based care.

คำนำ

โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศึกษาผล และขยายผลโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความเป็นมาและความสำคัญของโครงการ การทบทวนวรรณกรรม การดำเนินการวิจัย การสรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ทั้งนี้หากเนื้อหาในโครงการมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าโครงการวิจัยนี้จักเป็นประโยชน์ในการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นจิตอาสา และกลุ่มที่เป็นแรงงานผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบ อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต

คณะผู้วิจัย

กิตติคำประกาศ

ขอนอบน้อมแด่องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณในธรรมะของพระผู้มีพระภาคเจ้า ที่ทำให้กิจการงานทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้เสร็จสิ้นลงไปด้วยดีตามสติและกำลังของข้าพเจ้า

ขอเดชะฝ่าละอองธุลีพระบาทปกเกล้าปกกระหม่อมข้าพระพุทธเจ้า นางสาวอนัญญาเหล่ารินทองและคณะ เป็นพระมหากรุณาธิคุณ ที่พระราชปณิธานของพระราชบิดายังดั่งก้องในจิตใจของข้าพระพุทธเจ้าว่า “ขอให้ถือผลประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง” ทำให้ข้าพระพุทธเจ้ามีกำลังใจกำลังใจในการทำกิจของตน

ขอน้อมกราบขอบพระคุณครูบาอาจารย์ทั้งทางโลกและทางธรรม ที่ให้กำลังใจในการทำโครงการวิจัยนี้ให้แล้วเสร็จไปด้วยดี

ทั้งนี้โครงการวิจัยนี้จักไม่เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ หากไม่มีผู้ให้ทุนสนับสนุน และผู้พิจารณาทุนสนับสนุน จึงขอขอบพระคุณในโอกาสที่ดีนี้ ที่ทำให้ผู้วิจัยได้ทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมมากมายเกินที่จะบรรยายในการวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณสูงอายุทุกท่านที่เมตตากรุณาคณะผู้วิจัย ให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้คณะผู้วิจัยได้เข้าไปฝึกอบรม

ขอขอบพระคุณกัลยามิตรทั้งเพื่อนสนิทมิตรสหาย ผู้มีส่วนร่วมดำเนินโครงการ

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาของข้าพเจ้าผู้เป็นที่รักยิ่งของข้าพเจ้า ได้อบรมเลี้ยงดูข้าพเจ้าด้วยธรรมะอันประเสริฐเหนือสิ่งอื่นใด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
คำนำ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
โจทย์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
กรอบแนวความคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
หลักการ แนวคิด และทฤษฎีที่สัมพันธ์กับเรื่องที่วิจัย.....	7
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย.....	29
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	29
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	37
ผลการวิจัย.....	37
บทที่ 5 อภิปรายผล สรุป และข้อเสนอแนะการวิจัย.....	50
อภิปรายผล.....	50
สรุปผลการวิจัย.....	51
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้.....	54
รายการอ้างอิง.....	55
ภาคผนวก.....	58
ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือ.....	58
ภาคผนวก ข สรุปแบบประเมินความพึงพอใจผู้เข้ารับการอบรม.....	68
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยและสื่อประชาสัมพันธ์.....	70
ภาคผนวก ง ภาพถ่ายกิจกรรม.....	75

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย (n=120)	39
2	คะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ของผู้สูงอายุ (N = 120)	42
3	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)	43
4	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (N = 60)	45
5	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของตำบลพญาเม็งรายและตำบลเวียงชัย (N = 60)	47

สารบัญภาพ		
ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย.....	6
2	ระบบชีวาภิบาล.....	24
3	เส้นทางการรักษาของผู้ป่วยในระบบชีวาภิบาล.....	24

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงนี้มาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอัตราการเสียชีวิตที่ลดต่ำลง ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น แต่มีเด็กเกิดใหม่น้อยลง ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2563 ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยคิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2573^{1,2} ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุในประชากรมีผลต่อหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ ในขณะที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จำนวนประชากรวัยทำงานลดลง ส่งผลกระทบต่อแรงงานในภาคส่วนต่างๆ และอัตราการผลิตของจังหวัดและประเทศ นอกจากนี้ยังมีความต้องการในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบสวัสดิการสังคม และการปรับปรุงบริการสาธารณะเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลง³ ปัจจัยสำคัญที่ผลักดันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยคืออัตราการเกิดที่ลดลงและอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติ (UN) ระบุว่า ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีอัตราการเกิดลดลงเหลือ 1.5 คนต่อผู้หญิง 1 คน ซึ่งต่ำกว่าอัตราการแทนที่ ที่ 2.1 คน นอกจากนี้ อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นจาก 71.4 ปีในปี พ.ศ. 2533 เป็น 77.6 ปีในปี พ.ศ. 2563⁴ ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้นำมาซึ่งปัญหาและความท้าทายหลายประการ ปัญหาด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ การสูงวัยทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังมีภาวะเสื่อมถอยทางสมอง เช่น โรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระให้กับระบบบริการสุขภาพและครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้วย อีกทั้งยังมีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญ เช่น การขาดแคลนแรงงานในวัยทำงานที่ต้องรับภาระทางเศรษฐกิจในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงปัญหาความไม่เพียงพอของระบบสวัสดิการสังคมในประเทศไทยในการรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น หลายครอบครัวต้องเผชิญกับภาระทางการเงินที่เพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อจัดหาบริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องการการพัฒนาเชิงนโยบายอย่างเร่งด่วน⁵ นอกจากนี้ประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เมืองและพื้นที่ชนบท ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความแตกต่างนี้ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรทางการแพทย์ ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ในสังคมไทย ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทที่การพึ่งพิงบริการจากรัฐอาจมีข้อจำกัด ครอบครัวมีหน้าที่หลักในการจัดหาบริการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ การจัดการเรื่องยา และการดูแลทั่วไปในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนทาง

จิตใจและสังคม ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ³ ในพื้นที่ชนบท ครอบครัวยายยังคงเป็นโครงสร้างหลักของสังคม ทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีหลายรุ่นอยู่ร่วมกัน บทบาทของลูกหลานในการดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุ ยังคงมีความสำคัญ แม้จะมีการย้ายถิ่นของแรงงานวัยทำงานไปทำงานในเมืองก็ตาม แต่บางครั้งครอบครัวในชนบทอาจประสบกับความยากลำบากในการดูแล เนื่องจากขาดแคลนทรัพยากรทางการเงินและความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน⁶ นอกจากนี้งานวิจัยจำนวนมากพบว่าเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนจากครอบครัวยายและบริการสาธารณสุข เนื่องจากเพื่อนสามารถให้การสนับสนุนทางอารมณ์ สังคม และสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนที่มีประสบการณ์ชีวิตคล้ายกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และรักษาสุขภาพจิตและกายให้ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยของ Ghani และคณะ (2022) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยของ Lui และคณะ (2023) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมักขาดความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ประการคือ 1) ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเฉพาะทางที่จำกัด มากถึงร้อยละ 60-70 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการจัดการโรคเรื้อรังและภาวะที่ซับซ้อน เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการจัดการปัญหาความจำเสื่อมรวมถึงภาวะกลืนไม่ลงคาย 2) การฝึกอบรมผู้ดูแลเรื่องการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ยังไม่เพียงพอ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีทักษะในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การเตรียมอาหารและการดูแลสุขภาพอนามัย แต่ขาดทักษะในการป้องกันการหกล้มและการช่วยเหลือในกิจกรรมทางกายที่ซับซ้อนมากขึ้น 3) การรับรู้ทรัพยากรที่จำกัด โดยผู้สูงอายุหลายคนไม่ทราบและไม่ตระหนักถึงบริการสุขภาพและทรัพยากรที่มีอยู่สำหรับผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 88 เช่น บริการทางการแพทย์เฉพาะทางและองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความเครียดในผู้ดูแล 4) ภาวะทางอารมณ์และร่างกาย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลมักประสบกับความเครียดและภาระทางร่างกายสูงกว่า เนื่องจากขาดทักษะและการสนับสนุนที่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจในผู้ดูแล และ 5) การเข้าถึงการฝึกอบรมวิชาชีพที่จำกัด โดยระบุว่าผู้สูงอายุมีโอกาสน้อยในการเข้ารับการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น การเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงหรือการจัดการปัญหาการเคลื่อนไหว ทำให้ต้องใช้วิธีการลองผิดลองถูกหรือค้นหาคำแนะนำที่ไม่เป็นทางการ เช่น จากเพื่อน ครอบครัว ในอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งอาจนำไปสู่การดูแลที่ไม่เหมาะสม^{7,8} โดยสรุป ผู้สูงอายุเผชิญกับความท้าทายอย่างมากในการดูแลสุขภาพของกันและกัน เนื่องจากขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการโรคเรื้อรัง การป้องกันอุบัติเหตุ และการเข้าถึงทรัพยากรสนับสนุนต่างๆ ส่งผลให้เกิดภาระทางอารมณ์และร่างกายต่อผู้ดูแลอย่างมาก สอดคล้องกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2567 ที่ระบุว่า รัฐควรมุ่งเน้นการสร้างฐานข้อมูลระดับจังหวัด และการให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ดูแลชุมชน เนื่องจากปัจจุบันมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกจังหวัดโดยเฉพาะในภาคเหนือ เนื่องจากหากมองในภาพของประเทศพบว่าผู้สูงอายุค่อนข้างหนาแน่นในทุกพื้นที่ รัฐจึงควรจัดอบรมให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลในชุมชนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การป้องกันการหกล้ม การดูแลสุขภาพจิต และการจัดการโรคเรื้อรัง เป็นต้น² (National Statistical Office of Thailand, 2024)

ทั้งนี้จังหวัดเชียงรายปัจจุบันมีผู้สูงอายุ จำนวน 294,813 คน คิดเป็นร้อยละ 26.15² ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดในไม่ช้า คือมีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหน่วยงานของรัฐและทุกภาคส่วน ของจังหวัดเชียงรายจำเป็นต้องเร่งขับเคลื่อนนโยบายในการรองรับสถานการณ์นี้ ปัจจุบันรัฐได้ออกนโยบายชีวิบาล ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มในปี พ.ศ. 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบพึ่งพิงและครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลแบบไร้รอยต่อในชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วยผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้าย ให้ได้มีโอกาสตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและ/หรือบ้าน โดยนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care และ Home ward) และชุมชน มาบูรณาการร่วมกัน อย่างไรก็ตามยังมีอุปสรรคสำคัญที่ยังทำให้ การขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวิบาล ยังไม่ไปถึงเป้าหมายที่ควร ปัจจัยสำคัญคือขาดกำลังคนของบุคลากร ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับสังคมผู้สูงอายุและแนวคิดชีวิบาลของรัฐบาล เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ พัฒนามาจากหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชม.ของกรมอนามัย เพิ่มเติมแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วงท้ายของชีวิตรองรับนโยบายชีวิบาลของรัฐ ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และการทดลองหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะสั้นของคณะผู้วิจัยที่ผ่านมา ซึ่งมีการพัฒนามาจากชุดฝึกอบรมในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 7 พื้นที่นำร่อง ในช่วงปีพ.ศ. 2567 ซึ่งได้ฝึกอบรมในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 283 คน ในพื้นที่เทศบาลตำบลป่าตาล เทศบาลตำบลแม่ยาว เทศบาลตำบลป่าก่อคำ องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงคำ องค์การบริหารส่วนตำบลสันกลาง องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยม และองค์การบริหารส่วนตำบลจอมหมอกแก้ว พบว่าค่าเฉลี่ยด้านความรู้หลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และประเด็นที่ผู้ดูแลให้คะแนนตนเองด้านความรู้และการปฏิบัติก่อนอบรมน้อยที่สุดคือการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน คือ 2.9364 และ 2.9541 ตามลำดับ ทั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์และพัฒนาชุดฝึกอบรมในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็น 5 หมวด คือ หมวดที่ 1 การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เช่น ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องยา และการดูแลสุขอนามัย หมวดที่ 2 การช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินและภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการหกล้ม การทำแผล การทำ CPR การจัดการโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟู หมวดที่ 3 การดูแลจิตใจของผู้สูงอายุและการจัดการความเครียดของผู้ดูแล เช่น การใช้แบบประเมินความเครียด การทำกิจกรรมนันทนาการ การฟังอย่างตั้งใจ แหล่งประโยชน์ในการขอการสนับสนุนทางสังคม หมวดที่ 4 การเตรียมตัวเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เช่น การฝึกสุนทรียสนทนาเพื่อหาความหมายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้า (การเขียนพินัยกรรม) หมวดที่ 5 ชุดฝึกปฏิบัติในชุมชน รวมทั้งสิ้น 5 วัน 40 ชั่วโมง ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้สามารถนำความรู้ไปช่วยเหลือเพื่อนหรือคนในครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่ที่จะศึกษา 3 พื้นที่ในจังหวัด

เชียงรายเพื่อดำเนินการวิจัย คือ ตำบลเวียงชัย ตำบลบ้านดู่ และตำบลพญาเม็งราย เนื่องจากเป็นพื้นที่เป็นสังคมผู้สูงอายุเป็นที่เรียบร้อยแล้ว มีการรวมกลุ่มเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุน จึงเป็นพื้นที่ที่พร้อมในการฝึกอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยจับฉลากสุ่มพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุ 1 พื้นที่ เป็นกลุ่มควบคุม และพื้นที่ที่เหลือเป็น 2 พื้นที่ขยายผลหลังได้ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน นำไปสู่การเตรียมตัวเข้าสู่สังคมสูงอายุที่มีประสิทธิภาพในอนาคตในชุมชน รองรับการเปลี่ยนแปลงสังคมผู้สูงอายุให้พึ่งพาตนเองได้ ลดรายจ่ายของผู้สูงอายุจากการรักษาโรค และรองรับนโยบายชีวิบาลของประเทศ

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวิบาล เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวิบาล
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวิบาล ต่อความรู้ ทักษะ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ
3. ขยายผลโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวิบาล ไปยัง พื้นที่ที่กำหนด ในจังหวัดเชียงราย

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ของประเทศไทย

ความรู้ หมายถึง ข้อมูล ความเข้าใจ หรือความสามารถในการจดจำ วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ของ Anderson and Krathwohl (2001) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Bloom

ทัศนคติ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งว่าเป็นเรื่องดีหรือไม่ดี โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ที่ตนเชื่อว่าจะเกิดขึ้นหากกระทำพฤติกรรมนั้น ทัศนคติจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดความตั้งใจของบุคคลในการแสดงพฤติกรรม ของ Ajzen (1991) โดยมีปัจจัยหลัก 3 อย่าง คือ ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective norm) และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ที่ส่งผลต่อ เจตนาทางพฤติกรรม (Behavioral intention) ซึ่งเป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมจริง

ทักษะ หมายถึง ความสามารถทางปัญญา (Cognitive Skill) ของบุคคลในการประมวลผล จัดการ และนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ของ Anderson and Krathwohl (2001) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Bloom

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือหรือสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากคนรอบข้าง ซึ่งช่วยลดความเครียด ส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของ House (1981) โดยแบ่งเป็น 4 ประเภทหลัก คือ แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) แรงสนับสนุนทางข้อมูล (Informational Support) แรงสนับสนุนจากการประเมิน (Appraisal Support) และ แรงสนับสนุนทางวัตถุ/เครื่องมือ (Instrumental Support)

โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน หมายถึง โปรแกรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเอง หรือคนในครอบครัว หรือเพื่อนในชุมชนได้ ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้ (Module) 5 แผน คือ

1. แผนการเรียนรู้ (Module) 1 การดูแลผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน เนื้อหาประกอบด้วย การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เช่น ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องยา การดูแลสุขอนามัย การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

2. แผนการเรียนรู้ (Module) 2 การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน เนื้อหาประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินและภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกัน การหกล้ม การทำแผล การทำ CPR และการป้องกันการสำลัก เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

3. แผนการเรียนรู้ (Module) 3 การดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจ เนื้อหาประกอบด้วย เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลจิตใจของผู้สูงอายุและการจัดการความเครียดของผู้ดูแล เช่น ธรรมชาติและความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของวัยสูงอายุ การใช้แบบประเมินความเครียด การทำกิจกรรมนันทนาการ การฟังอย่างตั้งใจ ทักษะการให้คำปรึกษาการสื่อสารทางบวก แหล่งประโยชน์และเทคโนโลยีในการสนับสนุนทางจิตสังคม เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

4. แผนการเรียนรู้ (Module) 4 การดูแลผู้สูงอายุในการวางแผนชีวิตและป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ เนื้อหาประกอบด้วย การเตรียมตัวเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต เช่น การฝึกสุนทรียสนทนาเพื่อหาความหมายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้า (การเขียนพินัยกรรม) การวางแผนการเงิน การป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

5. แผนการเรียนรู้ (Module) 5 การปฏิบัติ เนื้อหาประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติงาน ในสถานบริการ/ในชุมชน เป็นปฏิบัติ 5 วัน รวม 38 ชั่วโมง

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีววิบาล: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย เป็นวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-

experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ได้กำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร

การศึกษาครั้งนี้ มีประชากรและกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย 294,813 คน (National Statistical Office of Thailand, 2024)

2. ขอบเขตกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ตำบลเวียงชัย เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ตำบลนางแลเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ส่วนระยะที่ขยายผลไปยังอีก 2 พื้นที่ คือ พื้นที่ตำบลพญาเม็งรายและ ตำบลบ้านดู่ รวม 60 คน

3. ตัวแปร ตัวแปรที่ใช้ได้แก่

1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน

2) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

4. ขอบเขตด้านพื้นที่

กำหนดพื้นที่การศึกษา คือ จังหวัดเชียงราย ตำบลเวียงชัย เป็นกลุ่มควบคุม ตำบลนางแลเป็นกลุ่มทดลอง ส่วนระยะที่ขยายผลไปยังอีก 2 พื้นที่ คือ พื้นที่ตำบลพญาเม็งรายและ ตำบลบ้านดู่

5. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาศึกษา 1 ปี ตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ. 2568 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2569

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

2. เกิดกลุ่มผู้สูงอายุแกนนำที่มีศักยภาพในการดูแลกันเองในชุมชน ส่งเสริมการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน และสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในระดับพื้นที่

3. ชุมชนมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น ลดภาระการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพ และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาว

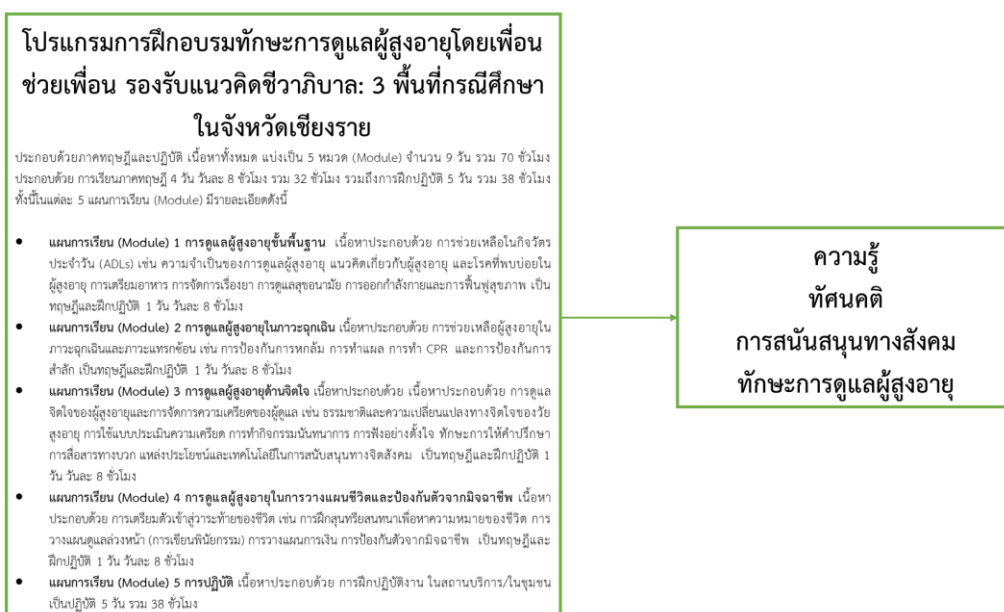
4. หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นต้นแบบในการจัดอบรมหรือขยายผลในพื้นที่อื่น เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุและนโยบายชีวิภาพาลของประเทศ

5. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการกำหนดนโยบายหรือแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับจังหวัดและระดับประเทศ

6. งานวิจัยนี้ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน และเป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอน งานวิจัย และการพัฒนางานด้านสาธารณสุขและสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย มีกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย แนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer-to-Peer) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และนโยบายชีวาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดความสัมพันธ์ของตัวแปรดังแผนภาพนี้



แผนภูมิภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล: 3 พื้นที่กรณศึกษาในจังหวัดเชียงราย โดยผู้ศึกษาได้รวบรวมความรู้และแนวคิดที่เกี่ยวข้องสำหรับใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมโดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 แนวคิด ทฤษฎีผู้สูงอายุ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดชีวาภิบาล
3. โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน
4. งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคมและสาธารณสุขจึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลไทยและทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายามและมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุจัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้จะตรงข้ามกับวัยเด็ก คือมีแต่ความเสื่อมโทรมและสึกหรอซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป (ชูศรี วงเครือ, 2543) จึงเป็นการยากที่จะกำหนดว่าบุคคลใดอยู่ในวัยสูงอายุเกณฑ์ที่สังคมจะกำหนดว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้น จะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมซึ่งได้มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ เช่น ฮอลล์ (Hall, 1976 อ้างใน แสงเดือน มุสิกรมณี, 2545) ได้จำแนกการสูงอายุของบุคคลออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปฏิทินโดยการนับ

จากปีที่เกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่าใครมีอายุน้อยเพียงใด

2) การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุจาก

สภาพร่างกายและสรีระของบุคคลที่เปลี่ยนไป เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลมาจากความเสื่อมโทรมตามกระบวนการสูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล

3) การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซอร์ปัญญา และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่างๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4) การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น

สำหรับการกำหนดว่า ผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สำหรับสังคมไทยนั้นกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546) ทั้งนี้ผู้สูงอายุได้มีลักษณะเหมือนกันหมดแต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

1) ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี

2) คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี

3) คนชรามาก (very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงดังกล่าว สำหรับในสังคมไทยยังมิได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อถกเถียงว่ายังไม่เหมาะสมนักวิชาการบางท่านจึงใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี เรียกว่า กลุ่มติดสังคม

2) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีโรคเรื้อรัง เรียกว่า กลุ่มติดบ้าน

3) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ เรียกว่า กลุ่มติดเตียง

องค์การสหประชาชาติกำหนดให้ ผู้ใดที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly, Aging ,Aged and Older persons) และจากรายงานขององค์การสหประชาชาติได้กำหนดเกณฑ์ไว้ว่าประเทศใดก็ตามที่มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศนั้นก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ แต่จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2550) ใช้เกณฑ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยยึดจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2552) กล่าวว่า กระบวนการความชราจะเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา คือ ร่างกายจะเจริญเติบโตเต็มที่แล้วการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปในทางเสื่อมลงมากกว่าจะเสริมสร้าง ความชราเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น โดยธรรมชาติซึ่งไม่ใช่โรคแต่เป็นไปตามวัยและการปฏิบัติตนของแต่ละคน ความเจ็บป่วยก็มีผลทำให้กระบวนการชราเกิดขึ้นได้เร็วขึ้น ดังที่เรียกกันว่า “แก่เพราะโรคหรือแก่ก่อนวัย” ตรงกันข้ามคนที่ดูแลสุขภาพและรับประทานอาหารเหมาะสมตลอดเวลาจะลดปัญหาการเจ็บป่วยและชะลอความแก่ไว้ได้นานและไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน

1.2 แนวคิด ทฤษฎีผู้สูงอายุ

ความสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิดมิได้เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงมีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล แต่เป็นสากล (universal) คือ เกิดขึ้นกับคนทุกชาติทุกภาษาเหมือนกันไม่มีข้อยกเว้น มีความเสื่อมถอยลง แต่อาจปรากฏให้สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนในเวลาที่แตกต่างกัน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในเป็นส่วนใหญ่ โดยมีผลกระทบจากปัจจัยภายนอกบ้าง เช่น การได้รับรังสีหรือสารพิษจากสิ่งแวดล้อม แบบแผนการดำเนินชีวิตและกลไกการปรับตัว (coping mechanisms) ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุพยายามหาเหตุผลของการตายของมนุษย์ที่ไม่ได้เป็นผลจากการเจ็บป่วย จึงอธิบายกระบวนการความสูงอายุ (aging process) ด้วยหลากหลายแนวคิดศาสตร์สาขาต่างๆ ทฤษฎีความสูงอายุจึงมีมากมาย แต่ไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุได้ชัดเจนและครบถ้วนทุกมิติของความสูงอายุ ทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้พยายามอธิบายสาเหตุของความสูงอายุ แล้วนำมาเชื่อมต่อกันเพื่อให้เข้าใจความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในวัยสูงอายุมากขึ้น โดยทฤษฎีทางชีวภาพเชื่อว่า สาเหตุที่มนุษย์แก่และตายคือ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทฤษฎีทางจิตวิทยาถือว่า เมื่อมนุษย์พัฒนาและเติบโตจนถึงขั้นสุดท้ายของชีวิต ชีวิตจึงจบลง ส่วนทฤษฎีทางคุณธรรมและจิตวิญญาณ (Moral/Spiritual Theories) เห็นว่าเมื่อมนุษย์พบกับความสมบูรณ์ด้านจิตวิญญาณ ก็ปล่อยวางร่างกายและตายไป นอกจากนี้ ทฤษฎีทางสังคมอธิบายว่า เมื่อผู้สูงอายุไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและไม่ได้ทำประโยชน์แล้วชีวิตก็จบลง ดังนั้นจึงแบ่งทฤษฎีอย่างกว้างๆ เป็น 2 ประเภท คือ ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biologic Theories) กับทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ทฤษฎีที่นิยมนำมาอธิบายการเปลี่ยนแปลงตามความสูงอายุมีดังนี้

1) ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biologic Theories)

การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุไม่ได้แตกต่างกันเฉพาะระหว่างบุคคล แม้แต่ในบุคคลเดียวกันระบบต่างๆ ในร่างกายยังมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราที่แตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก บางทฤษฎีอธิบายความสูงอายุว่าเป็นกระบวนการที่ควบคุมไม่ได้ (involuntary process) ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์และเนื้อเยื่อของร่างกาย บางทฤษฎีที่อธิบายว่าเป็นผลของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทฤษฎีทางชีวภาพอาจจัดกลุ่มเป็น Error or Stochastic Theories กับ Nonstochastic Theories โดยทฤษฎีในกลุ่มแรกเชื่อว่าการแบ่งตัวของเซลล์ยิ่งมากขึ้น ยิ่งก่อให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ในที่สุด เซลล์ทำหน้าที่ไม่ได้ ตัวอย่างทฤษฎีกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) ทฤษฎีการเสื่อมสลาย (Wear and Tear Theory) สำหรับทฤษฎีในกลุ่ม Nonstochastic Theories เชื่อว่า เซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายถูกกำหนดระยะเวลาการทำงานไว้แล้วตามธรรมชาติ เมื่อเซลล์หยุดแบ่งตัว ลักษณะของความสูงอายุก็ปรากฏขึ้น (programmed) ทฤษฎีในกลุ่มนี้ได้แก่ ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic Theory) นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีระบบประสาท/ต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกัน (Neuroendocrine-Immunologic Theory) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างทฤษฎีทฤษฎีทางชีวภาพ (Biologic Theories) 2 ทฤษฎี ดังนี้

ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความสูงอายุเกิดจากการสะสมสารที่เกิดจากการเผาผลาญไขมัน โปรตีนและคาร์โบไฮเดรต ประกอบกับการได้รับการกระตุ้นจากความร้อน แสง และรังสี ก่อให้เกิดสารที่เรียกว่า อนุมูลอิสระ (Free Radicals) ซึ่งเป็นโมเลกุลออกซิเจนที่ขาดอิเล็กตรอนไปหนึ่งตัว มีผลให้โมเลกุลออกซิเจนตัวนั้นมีประจุลบและมีความไวต่อปฏิกิริยาทางอิเล็กตรอนสูง จึงเกาะกับโมเลกุลตัวอื่นและทำลายโมเลกุลนั้นด้วยการแย่งอิเล็กตรอนไป ส่วนโมเลกุลที่ถูกแย่งอิเล็กตรอนไป จะพยายามไปดึงอิเล็กตรอนจากโมเลกุลตัวอื่นๆ เป็นลูกโซ่ไปเรื่อยๆ อนุมูลอิสระก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางชีวเคมีหลายอย่างภายในเซลล์ และสามารถก่อให้เกิดอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้นอีก อนุมูลอิสระทำลายโปรตีน เอ็นไซม์ และ DNA โดยการเข้าไปแทนที่โมเลกุลต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบพันธุกรรม การทำงานของเซลล์จึงผิดปกติมากขึ้นเรื่อยๆ จนส่งผลให้น้ำเยื่ออวัยวะเสื่อมลง ในที่สุดการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ร่างกายจึงเสื่อมโทรมลง มีความเสื่อมของร่างกายก่อนวัย โดยเฉพาะอวัยวะที่สัมผัสกับลมและแสงแดดมากกว่าบริเวณอื่นของร่างกาย เช่น มือและใบหน้า ผิวหนังบางลง มองเห็นหลอดเลือดได้ชัดเจนและหลอดเลือดเหล่านั้นมักเปราะบาง เกิดรอยเหี่ยวย่นบริเวณหางตา และอาจก่อให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ จากการที่ Melanocytes ลดลง

ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) หรือ ทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Theory) ความสูงอายุตามทฤษฎีนี้ เชื่อว่าเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของสารไขว้ขวาง (Cross-Linking Agent) กล่าวคือ คอลลาเจน อิลาสติน และสารที่อยู่ภายในเซลล์ เนื้อเยื่อ (ground substance) รวมทั้งสารที่อยู่ภายนอกเซลล์ (extracellular substance) เป็นกลุ่มสารไฮโปรตีนที่ประกอบเป็นโครงร่างของร่างกาย เป็นเนื้อเยื่อประคับประคองและให้ความแข็งแรง พบมากในผิวหนัง เอ็น กระดูก และกล้ามเนื้อ เนื่องจากคอลลาเจนเกิดจากการเชื่อมตามขวางภายในเซลล์ พบได้เมื่ออายุมากขึ้น เมื่อเนื้อเยื่อคอลลาเจนมีการเปลี่ยนแปลงทำให้มีลักษณะแข็ง แดกแห้ง สูญเสียความยืดหยุ่น มีผลให้ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวลดลงและเนื้อเยื่อสูญเสียความยืดหยุ่น เป็นผลให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะ เช่น ผิวหนัง ผนังหลอดเลือด ปอด หัวใจ กล้ามเนื้อและกระดูก รวมทั้งเลนส์ในลูกตา ซึ่งมีโปรตีนที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสารไขว้ขวาง ทำให้มีความทึบแสงมากขึ้น และกลายเป็นต้อกระจก (Cataracts)

2) ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories)

ทฤษฎีทางจิตสังคม พยายามอธิบายผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความจำ กระบวนการทางจิตวิทยา อารมณ์ ความรู้สึก และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการสูงอายุโดยเชื่อว่า ความสูงอายุเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างทฤษฎีทางจิตสังคมได้แก่ ทฤษฎีการถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีอื่นๆ ที่ช่วยให้เข้าใจการปรับตัวของผู้สูงอายุ คือ แนวคิดพัฒนาจิตชีวิตของอีริกสัน (Erikson's Developmental Tasks) และแนวคิดของเพค (Peck's Concept) (บุญศรี นุกฤตและคณะ, 2550) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) 3 ทฤษฎี ดังนี้

ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีแรกที่ยธิบายความสูงอายด้วยแนวคิดทางสังคม โดยเชื่อว่า ความสูงอายเป็นกระบวนการถดถอยออกจากการดำเนินชีวิตในสังคม เมื่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุลดลง เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่ทรุดโทรม สังคมก็ถอยห่างออกจากผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุลดกิจกรรมทางสังคมลง การถดถอยออกจากสังคมเป็นการกระทำที่ไม่มีทางเลือก ไม่ได้เกิดจากความสูงอาย โดยเป็นกลไกทางสังคมที่ป้องกันความคับข้องใจจากการเปลี่ยนบทบาททางสังคม และเป็นการเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่เข้ามามีบทบาททางสังคมแทน เพื่อให้สังคมทำหน้าที่ต่อไปเมื่อคนรุ่นเก่าเสียชีวิตไป จึงเป็นความพึงพอใจและได้ประโยชน์ทั้งสองฝ่าย ทั้งนี้ทฤษฎีนี้ไม่ได้ระบุว่าสังคมหรือคนในสังคมสร้างกระบวนการถดถอยดังกล่าว อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางคนอาจยังมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่มีค่าในสังคมตัวอย่างเช่น นักการเมือง ผู้พิพากษา อาจารย์อาวุโสในมหาวิทยาลัย และอาสาสมัครอาวุโสต่างๆ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแบบใหม่ แต่บทบาทใหม่นี้จะไม่มีค่าต่อตัวเขาเองมากเท่าบทบาททางสังคมในวัยก่อนสูงอายุ มีผู้คัดค้านทฤษฎีการถดถอยว่า การปลีกตัวออกจากสังคมของบุคคล มีอิทธิพลจากปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล ค่านิยมทางสังคม และปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การถดถอยออกจากสังคมอาจไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้น หากสังคมมีการดูแลสภาพที่ดี เพิ่มการยอมรับ ให้ความเคารพนับถือ และให้โอกาสทางสังคมแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ข้อขัดแย้งอาจเกิดจากการพัฒนาทฤษฎีการถดถอยจากการวิจัยกลุ่มประชากรกลุ่มหนึ่งเท่านั้น คือ กลุ่มประชากรที่ร่ำรวย ซึ่งมีการศึกษาสูงและมีสภาพความเป็นอยู่ดีกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป จึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับรูปแบบการถดถอยออกจากสังคมที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่ม การขยายผลไปสู่กลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั่วไป จึงควรพิจารณาอย่างรอบคอบ

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขหรือประสบความสำเร็จ (successful aging) เมื่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป จากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุหรือคนที่รักเสียชีวิต กระบวนการสูงอายจะเร่งเร็วขึ้น ทฤษฎีนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ (self-concept) ของผู้สูงอายุ แนวคิดของทฤษฎีกิจกรรมนี้จะตรงข้ามกับแนวคิดของทฤษฎีการถดถอยที่ผู้สูงอายุควรหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยทฤษฎีกิจกรรมส่งเสริมการทำกิจกรรมต่อไป ไม่ยอมรับการเป็นผู้สูงอายุเร็วเกินไป โดยสังคมควรมีค่านิยมต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกับผู้ที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง รวมทั้ง ไม่คาดหวังให้ผู้สูงอายุวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่เคยทำอยู่ เลิกสนใจและหยุดเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สังคมควรคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในสังคมเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียบทบาทที่เคยทำอยู่ บทบาทใหม่หรือที่ต่างออกไปรวมทั้งความสนใจใหม่ๆ ควรเข้ามาแทนที่ เช่น ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ออกแรงมากๆ ได้ ก็ควรมาทำกิจกรรมที่ใช้ความคิด ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุการทำงาน สามารถริเริ่มทำบทบาทใหม่ๆ หรือต่างไปจากเดิมได้ สร้างสัมพันธภาพกับคนกลุ่มใหม่ หาเพื่อนใหม่เมื่อเพื่อนเก่าเสียชีวิต ผู้สูงอายุต้องคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่กระตือรือร้น โดยพยายามเอาชนะทุกปัญหาสุขภาพ การสูญเสียบทบาทในสังคม รายได้ลดลง และเครือข่ายเพื่อนในสังคมแคบลง ปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากที่ปฏิเสธการเป็นผู้สูงอายุแบบเดิมๆ ที่คนส่วนมากทำกันอยู่ แต่ยังคงมีชีวิตที่กระตือรือร้น สร้างสรรค์ผลงานต่างๆ และมีความสุขกับชีวิต แนวคิดของทฤษฎีกิจกรรมได้รับการยอมรับมาก เพราะสอดคล้องกับค่านิยมในสังคมที่มองการมี

กิจกรรมในแง่บวก และถูกต้องตามหลักการที่ว่า การมีกิจกรรมช่วยเสริมสร้างสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเป็นสุขในสังคม ในขณะที่การไม่มีกิจกรรมไม่เป็นผลดีและถูกมองในแง่ลบ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจมีความจำกัดด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ และสังคมในการคงไว้ซึ่งกิจกรรมในสังคม อาจเกิดความคับข้องใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการคงกิจกรรมไว้เพื่อเสริมรายได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องพิจารณาหามุมมองในการยอมรับข้อจำกัดดังกล่าว

ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีทางพัฒนาการ (Developmental Theory) เชื่อว่าบุคลิกภาพและลักษณะรูปแบบของพฤติกรรมของคนจะไม่เปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้น คนเราพยายามรักษาทุกอย่างใหม่เหมือนเดิมให้มากที่สุด คงไว้ซึ่งบุคลิกภาพเช่นเดิม และใช้กลไกในการปรับตัว (coping strategies) แบบเดิมๆ เพื่อรักษาความมั่นคงไว้ตลอดชีวิต การเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขและประสบความสำเร็จในช่วงปลายของชีวิต ขึ้นกับความสามารถในการคงไว้ซึ่งแบบแผนพฤติกรรมในอดีต บุคคลที่แยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุยังน้อย ก็จะเป็นเช่นนั้นเมื่ออายุมากขึ้น ในขณะที่บุคคลที่รักสนุก ชอบเข้าสังคมในวัยหนุ่มสาว ก็จะเป็นผู้ดำเนินชีวิตอย่างสนุกสนานในวัยสูงอายุเช่นกัน ดังนั้น การประเมินพฤติกรรมในอดีตของผู้สูงอายุ จึงเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับภาวะเครียดในปัจจุบันและในอนาคต การชี้แนะให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายใหม่ในชีวิตจะช่วยปรับเปลี่ยนกลไกการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในอดีต ทฤษฎีความต่อเนื่องได้รับการยอมรับ เนื่องจากมีแนวคิดที่เป็นเหตุเป็นผลเปิดกว้างให้ยอมรับความเป็นเอกัตตบุคคลของผู้สูงอายุ การคงไว้ซึ่งแบบแผนพฤติกรรมเช่นเดิมจะส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความสูงอายุ โดยทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับความสูงอายุว่า เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ในขณะที่ทฤษฎีอื่นๆไม่ได้เน้นประเด็นนี้ นอกจากนี้ ยังกระตุ้นให้บุคคลวัยหนุ่มสาวพิจารณาว่า แบบแผนกิจกรรมที่เขาทำอยู่ในปัจจุบันจะเป็นพื้นฐานของรูปแบบการทำกิจกรรมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสูงอายุ

ทฤษฎีความสูงอายุต่างๆ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บางทฤษฎีอาจมีการขัดแย้งกันบ้าง ซึ่งควรได้รับการศึกษาวิจัยต่อไป การศึกษาทฤษฎีความสูงอายุจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจปัจจัยที่อาจมีผลทางบวกหรือทางลบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุก (well-being) ของบุคคล และช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถแยกการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ เนื่องจากความสูงอายุได้จากการมีพยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลงอย่างเดียวอาจถือว่าเป็นปกติในผู้สูงอายุ แต่อาจเป็นภาวะผิดปกติหากเกิดขึ้นในผู้ใหญ่ ซึ่งการดูแลควรแตกต่างกัน การเข้าใจกลไกของความสูงอายุตามความเชื่อหลายรูปแบบ ทำให้บุคลากรสุขภาพไม่มีอคติในการดูแลผู้สูงอายุ ปราศจากความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อม สามารถช่วยให้ดีขึ้นได้ นอกจากนี้ ยังสามารถประยุกต์ความรู้เรื่องทฤษฎีความสูงอายุมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากได้ (ศิริพันธ์ุ สาสัถย์, 2549)

1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

เมื่ออายุเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆก็มีการเปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆเริ่มลดน้อยลง มีความเสื่อมของเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทุกระบบ ดังนี้

1) กายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อมอาหาร ภาวะสุขภาพ ความเครียด พฤติกรรมในการดำรงชีวิต และสารต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้น เพราะมีไขมันมาสะสมมากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นทำให้น้ำหนักกระดูกลดลงและผุ่ยง่ายขึ้น ปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลง แต่ปริมาณน้ำภายนอกเซลล์ยังคงเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย ทำให้ปริมาณน้ำทั้งหมดภายในร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ เช่น ผมร่วง เปลี่ยนสีเป็นสีเทา ผิวหนังเหี่ยวย่น ความสูงลดลง ฯลฯ ส่วนใหญ่จะเริ่มสังเกตเห็นหลังอายุ 40 ปี การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุสามารถจัดแบ่งได้ตามระบบดังนี้

- ระบบผิวหนัง (integumentary system) การเปลี่ยนแปลงในระบบผิวหนังมีอิทธิพลมาจากพันธุกรรม ภาวะสุขภาพ อาหาร กิจกรรม และสิ่งที่มีสัมผัสกับผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงที่พบคือผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้นเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญเข้าสู่วงจรการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึงร้อยละ 50 ทำให้การหายของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินลดลง แต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น สามารถมองเห็นปุ่มกระดูกได้ชัดขึ้นประกอบด้วยการไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลง ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายและทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้ ดังนั้น การระบายความร้อนโดยวิธีการระเหยจึงไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิร่างกายเร็วลง เกิดอาการลมแดด ได้ง่ายในเวลาที่คุณภูมิของอากาศสูงขึ้น ต่อมไขมันทำงานลดลง จึงทำให้ผิวหนังแห้งคัน และแตกง่ายเซลล์สร้างสีมีจำนวนลดลง ทำงานลดลงและกระจายตัวไม่สม่ำเสมอ ทำให้สีผิวจางลงเฉพาะที่และในบางตำแหน่ง ซึ่งมักพบบริเวณใบหน้า แขนและหลังมือ ที่เรียกว่า ตกกระ บริเวณผิวหนังลดลงถึงร้อยละ 70 เป็นเหตุให้ภูมิคุ้มกันของผิวหนังลดลง และถูกกระตุ้นจากสิ่งต่างๆได้ง่ายจึงเกิดการติดเชื้อ เป็นเนื้องอก และมะเร็งได้

ผมและขนมีจำนวนลดลงอัตราการเจริญของผมและขนลดลงตามอายุ เมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมลดลง ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือขาว เส้นผมร่วงแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเล็บแข็งและหนาขึ้น อัตราการเจริญของเล็บลดลง มุมที่โค้งเหล็กรู้กว้างขึ้น สีเล็บเปลี่ยนสีเหลืองมากขึ้นการรับรู้สีก่อน

อุณหภูมิ การสัมผัสเย็น และความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เนื่องจากการทำงานของตัวรับการกระตุ้นที่ผิวหนังและการไหลเวียนเลือดปลายทางเลวลง จึงทำให้ผู้สูงวัยเกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่ายๆ

- ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous System and Special senses) เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ทำให้น้ำหนักสมองลดลงร้อยละ 10 จากอายุ 25 - 75 ปี ขนาดสมองลดลง และมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีสารไลโปฟัสซิน การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้จะเกิดขึ้นช้าๆทำให้สังเกตได้ยาก ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ดังนั้น ผู้สูงวัยจึงสมควรหลีกเลี่ยงการขับรถและงานที่ต้องใช้ความไวเพราะอาจจะทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ง่าย

ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ เพราะความสามารถในการเก็บข้อมูลลดลง แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าๆในอดีตได้ดี ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆลดลง ต้องอาศัยเวลานานขึ้นและต้องเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้สูงวัยให้ความสนใจด้วยความคิดเห็นที่คงที่

แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง นอนหลับไม่ลึก เวลาตื่นมากขึ้น จากการบันทึกคลื่นสมองเพื่อแสดงวงจรการนอนหลับในผู้สูงวัยเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่และวัยเด็ก พบว่า การนอนหลับในผู้สูงวัย อยู่ในระดับลึกเพียงระดับ 3 เท่านั้น เรื่องวัยผู้ใหญ่และวัยเด็กสามารถหลับลึกถึงระดับ 4 ซึ่งเป็นระดับการนอนหลับที่ลึกที่สุด สาเหตุการนอนไม่หลับในผู้สูงวัยอาจเนื่องมาจากร่างกายขาดการออกกำลังกาย นอนกลางวันมากเกินไป และมีความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆสูงขึ้น

สารสื่อสัญญาณประสาทในผู้สูงอายุมีระดับเปลี่ยนแปลง จากการศึกษาพบว่าระดับโมโนเอมีน ออกซิเดส และซีโรโทนิน ในสมองไม่เปลี่ยนแปลง แต่ระดับนอร์อีปีเนฟริน ในก้านสมองมีระดับลดลง จึงเป็นสาเหตุ ที่ทำให้ผู้สูงวัยเกิดอาการซึมเศร้าได้มากขึ้นและเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายที่สำคัญที่สุด ในสมองส่วนกลางของผู้สูงวัยยังมีผลทำให้เกิดโรคพาร์คินสันเพิ่มขึ้นตามอายุด้วย

การไหลเวียนเลือดและการใช้ออกซิเจนของสมองลดลงอย่างมาก ทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือขาดเลือดจึงเกิดอาการหน้ามืดเป็นลม

การมองเห็นลดลง ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึกลงเพราะไขมันของลูกตาลดลง กระจกตา มีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้กระจกตาตกรูม่านตาลึกลง ปฏิกริยาการตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่างๆไม่ดี โดยเฉพาะในสถานที่มืดหรือในเวลากลางคืน

การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้นพบได้ถึง 1 ใน 3 ของคนที่มีอายุ 65 - 74 ปี พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สาเหตุเนื่องมาจากการเสื่อมของ organ of Corti และ basilar membrane ซึ่งเป็นอวัยวะในหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ ทำให้มีความบกพร่องทางการได้ยินระดับเสียงสูงมากกว่าระดับเสียงเสียงต่ำ ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงวัยบางคนจึงกลายเป็นคนชอบแยกตัว ที่สงสัยและหวาดระแวงในเรื่องต่างๆ ดังนั้น การสื่อสารกับผู้สูงวัยจึงไม่ควรตะโกนแต่ควรพูดด้วยเสียงทุ้ม ในกรณีที่มีปัญหาการได้ยินควรแนะนำผู้สูงวัยให้ใช้เครื่องช่วยฟังเพื่อเพิ่มความสามารถในการฟัง

การตกมันของจุมกไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจุมก ทำให้ผู้สูงวัยไม่ได้รับกลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่นกลิ่นก๊าซรั่วหรือกลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนน้อยลง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของต่อมรับรสจะตายเมื่ออายุ 70 ปี และส่วนที่เหลือจะฝ่อลีบลงจึงทำหน้าที่ได้น้อยลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงวัยรับประทานอาหารรสจัดขึ้นหรือรับประทานอาหารไม่อร่อยและเกิดภาวะเบื่ออาหาร

- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System) เมื่อเข้าสู่วัยหลังอายุ 30 ปี จำนวนและขนาดของเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมันและคอลลาเจนเข้ามาแทนที่มากขึ้น มวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงประมาณร้อยละ 12-15 จากอายุ 30 ถึง 70 ปี ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งจะนานขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆช้าลง สาเหตุ อาจเกิดจากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อลดลงร่างกายขาดการออกกำลังกาย ขาดสารอาหารหลังอายุ 40 ปี อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราการสร้างทั้งในเพศหญิงและเพศชายเซลล์กระดูกจะลดลงแคลเซียมมีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการรักษาระดับแคลเซียมในเลือดคงให้คงที่ เนื่องจากแคลเซียมถูกดูดซึมจากลำไส้ได้น้อยลง และมีการสูญเสียแคลเซียมมากขึ้นทั้งทางลำไส้และทางไต เพราะขาดวิตามินดีซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้และดูดกลับแคลเซียมที่ไตบริเวณข้อจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและส่วนประกอบ ข้อใหญ่ขึ้น กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆบางลงและเสื่อมตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน จึงได้ยินเสียงกรอบแกรบขณะเคลื่อนไหว เกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย ทำให้มีอาการปวดตามข้อ ข้อที่พบว่ามีเสื่อมได้บ่อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System) ในผู้สูงอายุ ลักษณะโครงสร้างและขนาดหัวใจไม่อาจเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังผืดไขมันและสารไลโปฟัสซิน มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น สำหรับผู้สูงวัยที่มีขนาดหัวใจใหญ่ขึ้นมักเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายจะหนาขึ้นประมาณร้อยละ 25 จากอายุ 30 - 80 ปี ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้นมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดีและเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและปิดได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวลดลงระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการหลั่งแคลเซียมซึ่งจำเป็นในการหดตัวของกล้ามเนื้อ ร่วมกับมีไขมันและเนื้อเยื่อพังผืดที่มากขึ้น จากสาเหตุดังกล่าวทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและกล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง ดังนั้นในภาวะที่จำเป็นต้องมีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น ภาวะเครียด อัตราการเต้นของหัวใจจะไม่สามารถเพิ่มได้มากเหมือนวัยหนุ่มสาวและอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้นด้วยสาเหตุใดก็ตาม จะต้องอาศัยเวลานานมากจึงจะกลับสู่ระดับปกติ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในเวลา 1 นาทีลดลงประมาณร้อยละ 40 จากอายุ 25 ถึง 65 ปี คือ จะลดลงประมาณร้อยละ 1 ต่อปี กำลังสำรองของ

หัวใจลดลงจึงมักพบผู้สูงวัยเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย โดยเฉพาะในกรณีที่หัวใจต้องทำงานมากขึ้น หรือในภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในเวลา 1 นาทีไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้ตามความต้องการ กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบการสื่อนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจเปลี่ยนแปลง ดังนั้นผู้สูงวัยจึงมีโอกาสดเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าของหัวใจอย่างสมบูรณ์ได้

หลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนอาหารและของเสียลดลง ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้นและการเชื่อมกันตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนเหล่านี้ด้วย เรียกว่า elastocalcinosis ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความเร็วของซีพจรลดลง อัตราการเต้นของซีพจรลดลงตามอายุ รูภายในหลอดเลือดแคบเข้า จึงมีโอกาสดเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย ความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 1 ต่อปี ทำให้ความดันภายในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้เพียงพอกับการทำงานของร่างกาย ดังนั้น การเปลี่ยนท่าทางต่างๆในผู้สูงวัยจึงควรกระทำอย่างช้าๆ การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดของหัวใจลดลง ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนน้อยลงร่วมกับประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง จึงเป็นเหตุให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายได้ หลอดเลือดดำโป่งพองมากขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง และมีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำมากขึ้น

ปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกายคงที่ เม็ดเลือดแดงมีอายุคงที่ แต่การสร้างทดแทนเซลล์เก่าช้าลงเนื่องมาจากการขาดสารอาหารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง ผู้สูงวัยมีโอกาสดเกิดภาวะโลหิตจางได้ง่าย จำนวนการกระจายของเม็ดเลือดขาวไม่เปลี่ยนแปลง ความสามารถในการกลืนทำลายเชื้อโรคปกติ จำนวนและโครงสร้างของเกล็ดเลือดคงที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้งระบบ ทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

- ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) ถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่ายเนื่องจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ห่อหุ้มถุงลมลดลงและมีการเชื่อมต่อกันตามขวาง จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมลดลง การซึมผ่านของก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง เนื่องจากเนื้อที่ใช้ในการซึมผ่านลดลงร่วมกับผนังหลอดเลือดฝอยหนาและแข็งตัวมากขึ้น อัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศและการกำซาบเลือดไม่ได้สัดส่วน ดังนั้น เพอร์เซ็นต์อิ่มตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินจึงลดลงประมาณร้อยละ 5 และค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดงลดลงร้อยละ 10-15 จากอายุ 20 - 80 ปี แต่ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงไม่เปลี่ยนแปลง เพราะอัตราการซึมผ่านของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงกว่าออกซิเจนถึง 20 เท่า และการระบายอากาศหายใจยังเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

สำหรับทางเดินหายใจการทำงานของเซลล์ขนตลอดทางเดินหายใจลดลง รีเฟล็กซ์และประสิทธิภาพการไอลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการมีการแข็งตัวของผนังทรวงอกและการทำงานของ

กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี ประกอบกับปริมาณ Ig A ในสารคัดหลั่งและ alveolar macrophage ลดลง จึงเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงเลวลงเป็นเหตุให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้ง่าย

- ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) ฟันของผู้สูงวัยไม่แข็งแรง และมีสภาวะฟันขึ้นเพราะมีสารดูดซึมสารที่มีสีเข้าไปสะสมมากขึ้น ที่หุ้มคอฟันร่นลงไปทำให้เห็นฟันยาวขึ้น เซลล์สร้างฟันลดลงมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ฟันผุหรือหลุดร่วงง่ายขึ้นส่วนใหญ่ของผู้สูงวัยจึงต้องใส่ฟันปลอม แต่ในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะไม่สามารถใส่ฟันปลอมได้ เป็นเหตุให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตทำให้ขาดสารอาหารประเภทอื่นที่สำคัญต่อร่างกายได้ ต่อมน้ำลายเสื่อมหน้าที่มีเนื้อเยื่อพังผืดและไขมันสะสมมากขึ้น ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้งมีการติดเชื้อในปากมากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไปเกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้นเซลล์บริเวณหลอดอาหารของผู้สูงวัยเปลี่ยนไป เซลล์เยื่อบุชนิดแท่งลดลงและมีเซลล์เยื่อบุชนิดแบนเข้ามาแทนที่มากขึ้น ซึ่งพบมากในส่วนล่างของหลอดอาหาร นอกจากนั้นยังพบมีการยื่นโป่งพองของหลอดอาหารมากขึ้น การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง หลอดอาหารมีขนาดกว้างขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อของหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลัง ทำให้ระยะที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง เป็นเหตุให้อาหารในกระเพาะอาหารสามารถย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย ทำให้เกิดความรู้สึกแสบยอดอก พบได้มากถึงร้อยละ 65 ในผู้สูงวัย และบางครั้งอาจเกิดการสำลักเข้าสู่หลอดลมทำให้เกิดโรคปอดบวมได้

การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารลดลง ร่วมกับความผิดปกติทางด้านจิตใจและความวิตกกังวลในด้านต่างๆสูงขึ้น อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นจึงเกิดความรู้สึกทิวน้อยลง เยื่อบุกระเพาะอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณ แอนทรม์และฟันดัสบางลงและฟอสซิล พบได้มากกว่าร้อยละ 50 ในคนอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เป็นเหตุให้การผลิตน้ำย่อยกรดเกลือและเอนไซม์เปปซิน ในกระเพาะอาหารลดลง 1 ใน 5 เมื่ออายุ 40-60 ปี และผลเนื่องจากการลดระดับกรดเกลือในกระเพาะอาหาร จะทำให้การดูดซึมธาตุแคลเซียมและธาตุเหล็กซึ่งดูดซึมได้ดีในสภาพความเป็นกรดลดลง ผู้สูงวัยจึงเกิดโรคกระดูกพรุนและโรคโลหิตจางได้ง่ายนอกจากนั้นการลดระดับของอินทรีนสิกแพคเตอร์ ซึ่งเป็นไกลโคโปรตีนที่มีอยู่ในน้ำหลังจากบริเวณคาร์เดียและฟันดัสของกระเพาะอาหาร จะเป็นเหตุให้การดูดซึมวิตามิน B12 ที่ลำไส้เล็กส่วนอิลีอัมลดลง จึงเกิดโรคโลหิตจาง ในผู้สูงวัยได้มากขึ้นการไหลเวียนเลือดบางแห่งโป่งพอง ทำให้มีโอกาสเกิดการตกเลือดในทางเดินอาหารได้ง่ายทางเดินอาหารบางลงและเสื่อมหน้าที่เนื่องจากการแบ่งตัวของเซลล์ลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นเหตุให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารต่างๆในลำไส้เล็กไม่ดี เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับกำลังการหดตัวของ

กล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ผู้สูงวัยชอบรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ร่างกายเคลื่อนไหวและกระหายน้ำน้อยลง ส่วนของลำไส้ใหญ่เกิดการหย่อนตัวของ mucosa และ submucosa ผ่านชั้นกล้ามเนื้อทำให้มีลักษณะเป็นกระพุ้ง เรียกว่า diverticulosis พบได้ถึง 1 ใน 3 ของคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงวัยเกิดภาวะท้องผูกมากขึ้น กล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักหย่อนตัวทำให้กลั้นอุจจาระไม่ได้และอุจจาระกระปริดกระปรอย

ขนาดและน้ำหนักของตับลดลงเซลล์ตับมีจำนวนลดลงมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น เซลล์ตับที่เหลือขนาดใหญ่ขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ตับลดลง ปริมาณไกลโคเจนซึ่งสะสมที่ตับลดลง ประสิทธิภาพการทำลายพิษของตับลดลง การผลิตเอนไซม์และโปรตีนที่ตับลดลง แต่ระดับเอสจีพีที เอสจีโอที บิลิรูบิน และแอลคาไลน์ฟอสเฟสทดสอบที่

- ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary System)

ขนาดของไตลดลงเหลือประมาณ 1 ใน 5 ของขนาดเดิม น้ำหนักไตลดลงประมาณร้อยละ 30 และหน่วยไตมีจำนวนลดลงร้อยละ 30 - 40 เมื่ออายุ 25 - 85 ปี หน่วยไตที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลงประมาณร้อยละ 53 และอัตราการกรองของไตลดลงร้อยละ 50 จากอายุ 20 ถึง 90 การทำงานของไตลดลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง เป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ความถ่วงจำเพาะออสโมลาริตีของปัสสาวะลดลง ระดับพิกัดปัสสาวะต่างๆเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับชนิดของสารนั้นๆ เป็นเหตุให้บางครั้งสามารถตรวจพบโปรตีนและกลูโคสในปัสสาวะได้

กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง กำลังการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ร่วมกับตัวรับการกระตุ้นในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง จึงทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ประกอบกับขนาดของความจุกระเพาะปัสสาวะลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง 500 เหลือ 250 มิลลิลิตร ดังนั้นผู้สูงวัยจึงถ่ายปัสสาวะบ่อย

ในเพศชายต่อมลูกหมากโตและผลิตสารคัดหลั่งได้น้อยลง พบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้สูงวัยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อยครั้งลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง ผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลงขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลงและมีความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง แต่ยังสามารถผสมกับไข่ได้ ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไขมันบริเวณใต้ผิวหนังและขนลดลงทั้ง 2 เพศ

ในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ฝักรังไข่ซีดขาวและเย็นมากขึ้น ปีกมดลูกเหี่ยว เยื่อบุภายในปีกมดลูกแบนเรียบปราศจากขน มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลงมีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น แต่ยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนได้ดี ปากมดลูกเหี่ยวและขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้นลง เยื่อบุช่องท้องบางลงทำให้ผลิตสารหล่อลื่นได้น้อยลง รอยย่นและความยืดหยุ่นของช่องท้องลดลง เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศและความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีขาวซีดเพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ภายในช่องคลอดมีสภาวะเป็นด่างมากขึ้นทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวลง เพราะไขมัน

ใต้ผิวหนังลดลง แคมสียึด มีขนาดเล็กลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลืนปัสสาวะไม่ได้

- ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) น้ำหนักต่อมใต้สมองลดลงร้อยละ 20 มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลงการผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง ต่อมไทรอยด์มีเนื้อเยื่อพังผืดมาสะสมมากขึ้นทำให้การทำงานของต่อมไทรอยด์ลดลงตามอายุ เนื่องจากกลไกการกระตุ้นต่อมไทรอยด์จาก TSH ล้มเหลว ทำให้ระดับไตรไอโอไธโรนิน มีปริมาณลดลงร้อยละ 25 -40 หลังอายุ 60 ปี แต่ระดับไทรอกซินยังคงที่ อัตราการสร้างและสลายของไทรอยด์ฮอร์โมนในผู้สูงวัยลดลง ดังนั้นอัตราการครองธาตุในภาวะพื้นฐานจึงลดลงประมาณร้อยละ 20 จากอายุ 20 - 90 ปี เป็นผลให้ผู้สูงวัยเกิดภาวะ hypothyroidism ซึ่งจะพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลงได้

ต่อมพาราไทรอยด์ทำงานลดลงตามอายุ แต่การทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์จะเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ เพราะระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์มีระดับลดลง

ต่อมหมวกไตส่วนนอกมีเนื้อเยื่อพังผืด และรงควัตถุเพิ่มขึ้น อัตราการหลั่งของคอร์ติซอลลดลงร้อยละ 25 ซึ่งจะมีผลกระทบกลับให้ต่อมใต้สมองมีการสร้าง ACTH ในร่างกายลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้ ระดับแอลโดสเตอโรนทั้งในเลือดและในปัสสาวะลดลง การหลั่งรีนินลดลงตามอายุ และไม่ตอบสนองต่อการลดลงของระดับโซเดียม การเปลี่ยนท่าทางหรือการออกกำลังกาย ระดับฮอร์โมนเพศจากต่อมหมวกไตลดลง

ต่อมหมวกไตส่วนในผลิตสารอีปีเนฟริน และนอร์อีปีเนฟริน ในระดับคงที่เมื่อถูกกระตุ้น แต่ในผู้สูงวัยต้องอาศัยระยะเวลาในการหลั่งนานกว่าวัยอื่นๆ

ตับอ่อนหลั่งอินซูลินลดลงและช้า ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อต่างๆภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาลลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงนานกว่าปกติ ระดับภูมิก่อนลดลงและตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าลง

ต่อมเพศทำงานลดลงไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมน FSH และ LH จากต่อมใต้สมอง รังไข่หยุดทำงานไม่หลั่งเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ดังนั้น แหล่งผลิตเอสโตรเจนที่สำคัญในผู้สูงวัย คือ ต่อมหมวกไตส่วนนอก ในเพศหญิงการลดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะมีผลทำให้ผู้สูงวัยไม่มีประจำเดือน อวัยวะต่างๆในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียหน้าที่คนบริเวณรักแร้และหัวเหน่าลดลง ผู้สูงวัยบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจได้ โดยอาจมีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า สำหรับเพศชาย การเปลี่ยนแปลงเกิดน้อยกว่าในเพศหญิง เพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อยๆลดลงทีละน้อยแต่ก็มีผลทำให้ลักษณะของเพศชายลดลง ได้แก่ กล้ามเนื้อขนาดเล็กลง ขนน้อยลง เสียงเล็กลง ความรู้สึกทางเพศในผู้สูงวัยอาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงวัย แต่ส่วนมากมักพบผู้สูงวัยมีความสนใจและความรู้สึกทางเพศมากขึ้น นอกจากนั้นยังถือว่าความสุขทางเพศนี้เป็นส่วนสำคัญในชีวิตคู่ด้วย โดยพบว่าเมื่ออายุ 60 ปีผู้สูงวัย 7 ใน 10 คู่ยังคงมีกิจกรรมทางเพศและหลังอายุ 75 ปีพบ 1 ใน 4 คู่

2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม

- การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน หมายถึง การที่ต้องหยุดทำงานที่เคยทำอยู่เป็นประจำ เพราะเหตุอายุครบกำหนดที่หน่วยงานนั้นกำหนดไว้หรือหยุดทำงานนั้นๆ เพราะร่างกายไม่เหมาะสม

เสียสุขภาพและบทบาททางสังคมจากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาท และตำแหน่งต่างๆ มากมาย เคยเป็นผู้นำมีคนเคารพนับถือในสังคม แต่ต้องลดบทบาทของตนเองลง เปลี่ยนเป็นเพียงสมาชิกคนหนึ่งของสังคม ทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม

สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อปลดเกษียณหรือออกจากงาน โอกาสที่ผู้สูงวัยจะสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย มีโรคประจำตัวทำให้ช่วยตนเองได้น้อย ไม่สะดวกในการเดินทาง นอกจากนั้นปัญหาทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ก็มีส่วนทำให้ผู้สูงวัยสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี เนื่องจากขาดรายได้ ทำให้ผู้สูงวัยมีปัญหาด้านการดำรงชีพ เพราะค่าครองชีพสูง

แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงวัยต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ทำให้ขาดความคุ้นเคยและเกิดความรู้สึกอึดอัด

การสูญเสียดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาและความทุกข์ใจแก่ผู้สูงวัยได้อย่างมาก โดยเฉพาะในรายที่ไม่ยอมรับและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะการเปลี่ยนแปลงหลังปลดเกษียณหรือออกจากงานได้

- การเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบข้าง การเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางด้านจิตใจในผู้สูงวัยและการพัฒนาการทางจิตในวัยผู้สูงวัย ได้แก่ บุคลิกภาพ การเรียนรู้ ความจำสติปัญญาความสามารถ เจตคติ ความสนใจและคุณค่า และการรับรู้ตนเองและความรู้สึกมีคุณค่า

2. แนวคิดชีวาภิบาล

มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบพึ่งพิงและครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้สูงอายุนะยะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ครอบครัวทั้ง 4 มิติคือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณโดยเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและ/หรือบ้าน แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระบบชีวาภิบาลโดยศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล และสถานชีวาภิบาลในชุมชน

เป็นการบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ผ่านทางงานตติยภูมิ หัตถิยภูมิและงานปฐมภูมิลงสู่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care และ Home ward) และชุมชน โดยเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ

คำจำกัดความสถานชีวาภิบาล มี 2 ระดับ ได้แก่

1. ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล หมายถึง ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาลโดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน

2. สถานชีวาภิบาลในชุมชน หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) ที่อยู่ในชุมชน มีมาตรฐานด้านสถานที่ด้านความปลอดภัย และด้านบริการตามมาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล ทั้งนี้อาจแบ่งรูปแบบการให้บริการ เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) บริการระหว่างวัน โดยไม่พักค้างคืน (day care)

2) บริการโดยให้พักค้างคืน

อาจเป็นสถานประกอบการของรัฐ ท้องถิ่น เอกชน องค์กรศาสนาหรือองค์กรอื่นๆ โดยสถานชีวาภิบาลควรได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล มีศักยภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย และ/หรือ มีระบบบริหารจัดการผู้ดูแล (caregiver) สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลที่บ้านได้ (Home care) ทั้งนี้เพื่อแบ่งเบาภาระครอบครัว โดยมีกลไกการกำกับดูแลโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

1.1 องค์ประกอบ

1) เป็นหน่วยงานในโรงพยาบาล มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล มีพยาบาล/หรือสหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงาน ที่ชัดเจน

2) มีทีมบุคลากร ด้านการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) โดยมีแพทย์ปฏิบัติงานด้านการดูแลประคับประคอง เป็นหัวหน้าทีม มีพยาบาล Palliative Care nurse เกสซ์กร และทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) มีทีมบุคลากร ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) โดยแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ

4) มีทีมบุคลากรปฐมภูมิ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-Term Care) โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม มีพยาบาลชุมชน และทีมสหวิชาชีพ

5) มีเกสซ์กรร่วมทีม

6) มีระบบบริการ และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย รวมถึงระบบจัดการยา/เวชภัณฑ์/คลังอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านหรือชุมชน

1.2 บทบาทหน้าที่

- หัวหน้าศูนย์ชีวิธาภิบาล

1) กำกับดูแลให้เกิดการบูรณาการการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาล จนถึงบ้าน/ชุมชน อย่างมีคุณภาพ

2) จัดระบบบริการ และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย รวมถึงระบบบริหารจัดการยาอนุพันธ์ฝิ่น (opioid) ในระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับยาที่บ้าน/สถานชีวิธาภิบาลได้

3) จัดให้มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยของเครือข่ายระบบชีวิธาภิบาล

- พยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ชีวิธาภิบาล

1) ประสานการดูแลให้เกิดการบูรณาการในระดับ โรงพยาบาล ถึง ระดับชุมชน

2) จัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ

- ทีมดูแลประคับประคอง

1) ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ระยะประคับประคอง/ระยะท้าย (ICD 10-Z51.5)

ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2) ทำการประเมิน และ จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning; ICD 10- Z71.8)

3) ให้การดูแลตามมาตรฐาน (physical, psychosocial, spiritual care)

และพิจารณา

เพื่อส่งกลับไปดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวิธาภิบาลในชุมชน

4) ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมปฐมภูมิ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

5) เป็นที่ปรึกษาให้กับเครือข่าย ในกรณี ผู้ป่วย Palliative Care ที่รับการดูแลที่บ้านหรือ สถานชีวิธาภิบาล ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน

6) ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย

- ทีมดูแลผู้สูงอายุ

1) คัดกรองผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้สูงอายุในชุมชน ที่ต้องการการดูแลระยะยาว ตามเกณฑ์

2) พิจารณาวางแผนการดูแลผู้ป่วยใน เพื่อส่งกลับไปดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวิธาภิบาลในชุมชน

3) ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมปฐมภูมิ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

4) ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

- ทีมปฐมภูมิ

- 1) ประสานเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพื่อส่งต่อการดูแลที่บ้าน และสถานชีวาภิบาลในชุมชน
- 2) จัดบริการคลินิกหออครอบครัว
- 3) เยี่ยมดูแลที่บ้าน (LTC & PC home care), บริการ PC Home ward หรือที่สถานชีวาภิบาลหรือส่งต่อการดูแลไปยังเครือข่ายตามบริบทพื้นที่

2. ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาลชุมชน

2.1 องค์ประกอบ

- 1) เป็นหน่วยงานในโรงพยาบาล มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล มีพยาบาลผู้ประสานงาน ที่ชัดเจน
- 2) มีทีมบุคลากรสหวิชาชีพที่มีศักยภาพ ด้านการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) และบริการปฐมภูมิโดยเป็นแม่ข่ายการดูแลที่บ้านและชุมชน
- 3) มีระบบบริการ และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย รวมถึงระบบจัดการยา/เวชภัณฑ์/คลังอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านหรือชุมชน

2.2 บทบาทหน้าที่

- หัวหน้าศูนย์ชีวาภิบาล

- 1) กำกับดูแลให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาล จนถึงบ้าน/ชุมชน อย่างมีคุณภาพ
- 2) จัดระบบบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายปฐมภูมิ

- พยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ชีวาภิบาล

- 1) ประสานการดูแลให้เกิดการบูรณาการในระดับโรงพยาบาล ถึง ระดับชุมชนประสานงานกับ รพศ./รพท. และ เครือข่ายปฐมภูมิในชุมชน
- 2) จัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ

- ทีมปฐมภูมิ

- 1) รับส่งต่อผู้ป่วย LTC และ PC จาก รพศ./รพท. เพื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในหรือ เพื่อรับบริการที่บ้านหรือชุมชนหรือสถานชีวาภิบาล
- 2) ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PC และ/หรือ LTC ในชุมชน (กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ในโรงพยาบาล หรือ คัดกรองพบผู้ป่วยในชุมชน)
- 3) ทำการประเมิน และ/หรือยืนยัน จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) หรือ Care Plan

4) ให้การดูแลตามมาตรฐาน (physical, psychosocial, spiritual care) และพิจารณาเพื่อส่งกลับไปดูแลที่บ้าน หรือ สถานชิวาภิบาลในชุมชน

5) จัดบริการคลินิกหออัครบครัว

6) ร่วมกับทีมปฐมภูมิในพื้นที่ เยี่ยมดูแลที่บ้าน (LTC & PC Home care) บริการ PC Home ward หรือที่สถานชิวาภิบาล หรือส่งต่อการดูแลไปยังเครือข่ายตามบริบทของพื้นที่

7) เป็นแม่ข่ายการดูแลที่บ้าน และชุมชน แก่ทีมปฐมภูมิในพื้นที่

8) ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่าย

3. บริการ Home care

3.1 บริการ Home care คือ บริการเยี่ยมดูแลที่บ้านโดยทีมสุขภาพจากหน่วยบริการ โดยรายละเอียดการดูแลแตกต่างกันไปตามแผนการดูแล ซึ่งเป็นไปตามสภาวะผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลที่บ้านกรณีผู้ป่วย LTC และ กรณีผู้ป่วย PC ตามมาตรฐานบริการ

3.2 มีการเบิกค่าชดเชยบริการ จาก สปสช. ได้ตามเกณฑ์

4. บริการคลินิกผู้สูงอายุ

4.1 จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐาน

4.2 การให้บริการในโรงพยาบาล มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร

(Compressive

Geriatric Assessment; CGA)

4.3 การวินิจฉัยเพื่อการดูแลบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ

4.4 การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

4.5 รองรับการส่งต่อการดูแลบำบัดรักษาจากการคัดกรองสุขภาพในชุมชน

5. บริการ Home ward / Hospital at home โดยทีมสุขภาพ

5.1 คือ บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเหมือนเป็นหอผู้ป่วย โดยจัดบริการโดยโรงพยาบาล ร่วมกับทีมปฐมภูมิทั้งนี้รายละเอียดบริการเป็นไปตามคู่มือการดูแล Home ward กรมการแพทย์ (Home ward สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ Home ward for active dying patients)

5.2 มีการเบิกค่าชดเชยบริการ จาก สปสช. ได้ตามเกณฑ์

6. สถานชิวาภิบาลในชุมชน

สถานชิวาภิบาลในชุมชน เป็นสถานที่ให้บริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) นอกสถานพยาบาล ให้การดูแลในระดับชุมชน แบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

1) สถานชิวาภิบาล สำหรับองค์กรพระพุทธศาสนา (กุฏิชิวาภิบาล กุฏิชิวาบาล กุฏิสงฆ์อาพาธสถานชิวาภิบาล ฯลฯ)

2) สถานชิวาภิบาล ที่ดำเนินการโดยองค์กรศาสนาอื่นๆ ท้องถิ่น ภาคประชาสังคม องค์กรเอกชน

ที่ไม่แสวงหากำไร

3) สถานชิวาภิบาล ในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

4) สถานชิวาภิบาลเอกชน ได้แก่ สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ (nursing home เป็นต้น)

6.2 เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงบริการชิวาภิบาลกับหน่วยบริการของรัฐ

6.3 มาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย การบริการ และบุคลากร เป็นไปตามมาตรฐาน โดยองค์กรที่มี

หน้าที่ในการกำกับดูแล

7. ผู้ดูแล (caregiver/ care community)

7.1 ผู้ดูแลในระบบชิวาภิบาล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วย ระยะท้าย ในสถานชิวาภิบาลในชุมชน หรือ บ้าน

7.2 ผู้ดูแลต้องได้รับการอบรมให้มีศักยภาพตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย หรือ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รูปแบบบริการ

1. บริการผู้ป่วยใน (Inpatient service)

- In-patient palliative care services: ระบบรับปรึกษา Palliative Care หอผู้ป่วย Palliative Care

ในโรงพยาบาล

- In-patient elderly care services

2. บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient service) และบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

- คลินิก Palliative Care

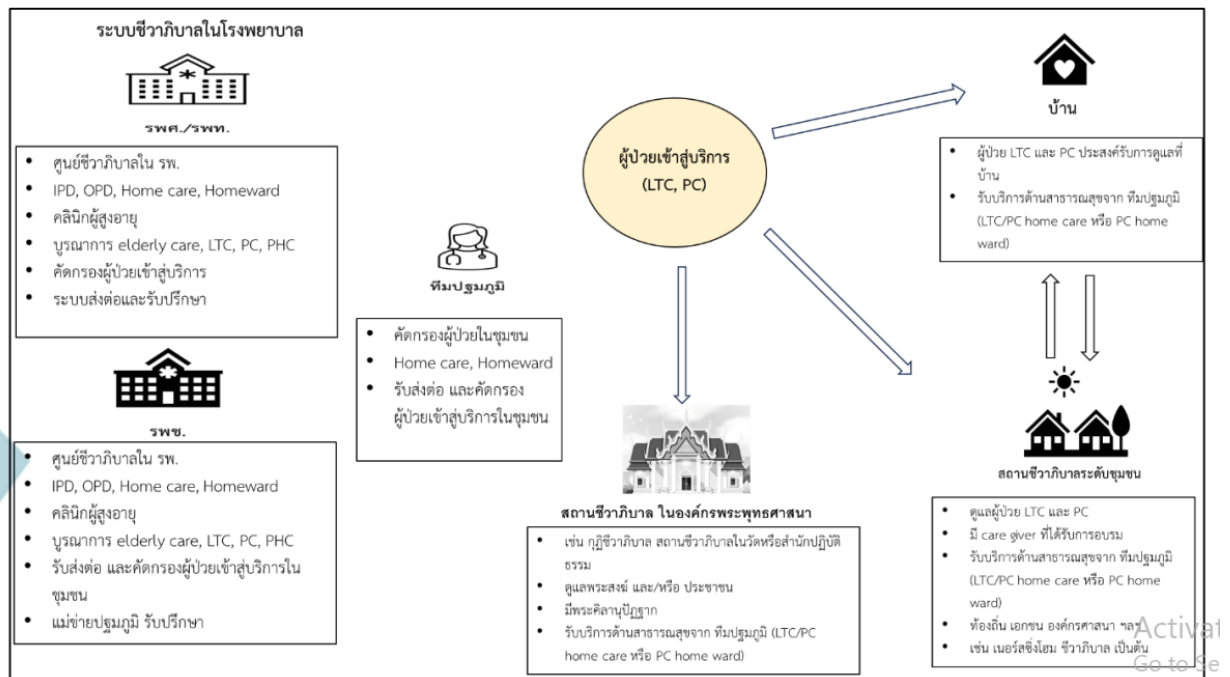
- คลินิกผู้สูงอายุ

- คลินิกหมอครอบครัว

3. บริการดูแลที่บ้าน หรือที่สถานชิวาภิบาลในชุมชน

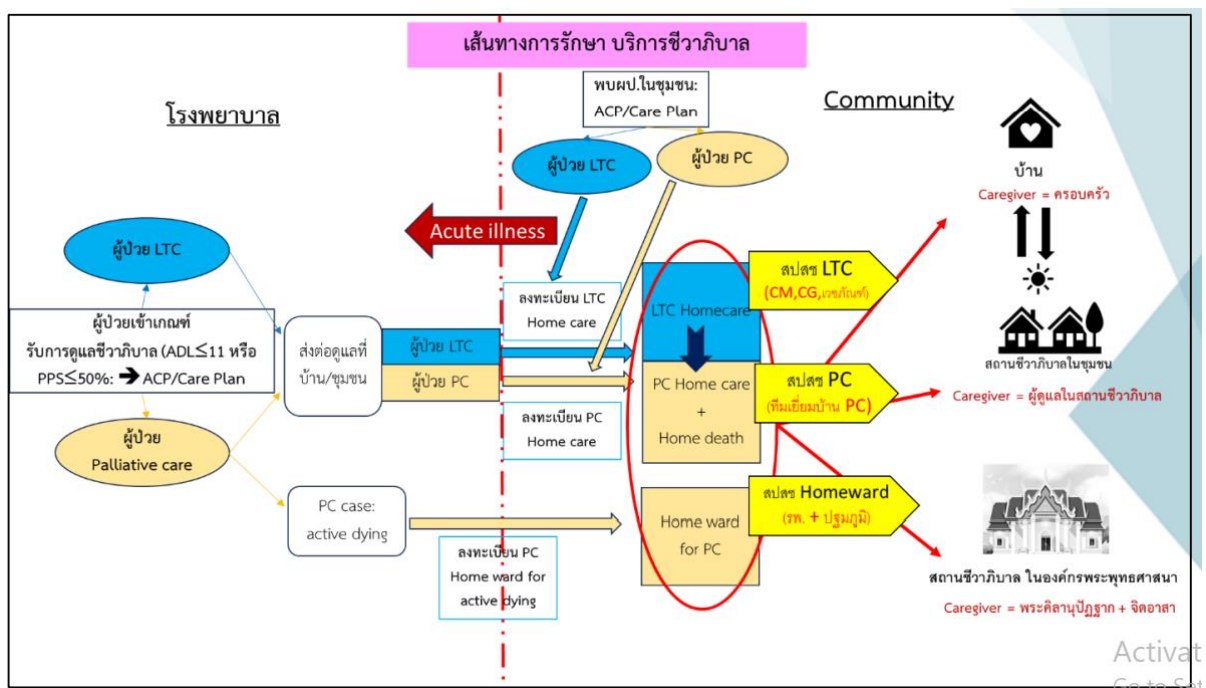
- LTC Home care (บริการที่บ้าน หรือ สถานชิวาภิบาลในชุมชน)

- PC Home care และ PC Home ward (บริการที่บ้าน หรือ สถานชิวาภิบาลในชุมชน)



หมายเหตุ: ทีมปฐมภูมิสามารถให้บริการ Home care หรือ Home ward ที่บ้าน หรือที่สถานชีวาภิบาลในชุมชน แล้วแต่กรณี

แผนภูมิภาพที่ 2 ระบบชี้วาภิบาล



แผนภูมิภาพที่ 3 เส้นทางการรักษาของผู้ป่วยในระบบชีวาภิบาล

กรอบการดำเนินการ

1. จัดตั้งศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล
2. สร้างระบบบริการชีวาภิบาล โดย ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล
 - 1) จัดบริการดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ
 - 2) จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ
 - 3) คัดกรองผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย ที่จะส่งต่อเพื่อรับบริการที่บ้าน หรือชุมชน และจัดทำแผนดูแลล่วงหน้า ตลอดจน care plan
 - 4) เชื่อมโยงบริการปฐมภูมิ
 - 5) ประสานการดูแลส่งต่อเพื่อรับบริการที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวาภิบาล
3. จัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชน
 - 1) โดยการประสานงานระหว่างทีมสาธารณสุข กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด องค์การศาสนา หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาจัดตั้งสถานชีวาภิบาลในชุมชน โดยอาจเป็นการการยกระดับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ หรือสถานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอยู่เดิมในชุมชน โดย เพิ่มศักยภาพให้สามารถดูแลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย หรือการยกระดับสถานชีวาภิบาลในวัด เป็นต้น
 - 2) การจัดตั้งสถานชีวาภิบาลเป็นไปตามมาตรฐานสถานประกอบการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย หรือองค์กรอื่นๆที่มีหน้าที่กำกับดูแล
 - 3) จัดให้มี caregiver ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย ที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานของกรมอนามัย หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ระบบบริหารจัดการยาอนุพันธ์ฝิ่นในเครือข่ายบริการ

การดูแลเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้าย (symptoms management) เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในระยะท้าย โดยมี ยาอนุพันธ์ฝิ่น หรือ opioid เป็น ยาสำคัญจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการยา opioid เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้านหรือสถานชีวาภิบาล ได้รับยา opioid ตามความเหมาะสมได้แก่ การบริหารยาทาง parenteral (intravenous, subcutaneous, transdermal, mucosal application etc.) หรือ enteral route โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากศูนย์ชีวาภิบาลเป็นผู้กำกับดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ร่วมไปกับการดูแลองค์รวมด้านอื่นๆ

การบริหารจัดการยาเป็นไปตามแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ปี พ . ศ . 2 5 6 1 (<https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30110>) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

- 1) การบริหารจัดการยา เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 2) โรงพยาบาลทุกระดับ มีรายการยาจำเป็น สำหรับการดูแล palliative care ตามคำแนะนำของกองบริหารการสาธารณสุข และมีระบบบริหารจัดการยา
- 3) จัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับยา opioid ตามข้อบ่งชี้ในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ที่บ้านหรือสถานชีวาภิบาล

การติดตามการดำเนินงาน

ติดตามการดำเนินงานตามเป้าหมาย โดย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(กองบริหารการสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กองตรวจราชการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ)

กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฯลฯ

ค่าเป้าหมาย :

100 วันแรก	ปีงบประมาณ 2567
1. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลเขตสุขภาพ ละ 1 แห่ง (ร้อยละ 100) 2. มีบริการ Hospital at Home/Home ward เขตสุขภาพละ 1 แห่ง (ร้อยละ 100)	1. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลจังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80) 2. มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80) 3. มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (ร้อยละ 95)

ปี 2567 :

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	ร อ บ 1 2 เดือน
1. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลจังหวัดละ 1 แห่ง	-	-	ร้อยละ 80
2. มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง	-	-	ร้อยละ 80
3. มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุ กระดับ	-	-	ร้อยละ 95

3. โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน

ชุดฝึกอบรมในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุรองรับแนวคิดชีวาภิบาลนโยบายเร่งด่วนของรัฐ เป็นชุด ฝึกอบรมที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง คู่ชีวิตของตนเอง และเพื่อนได้ โดยนำกรอบแนวคิด การดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย และกรอบแนวคิดชีวาภิบาล ที่ต้องการให้ชุมชนพึ่งพา ตนเองจนถึงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งในกลุ่มของผู้สูงอายุติดสังคมจะมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมตัวและ เตรียมใจของตนเองก่อนเข้าสู่ช่วงเวลานั้น การแสดงเจตจำนงและความต้องการของตนเองต่อ ครอบครัวในช่วงท้ายของชีวิต ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งโปรแกรมเป็น 5 หมวด คือ หมวดที่ 1 ชุดฝึกอบรม ผู้ดูแลเรื่องการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เช่น การเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องยา และ การดูแลสุขอนามัย หมวดที่ 2 การช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินและภาวะแทรกซ้อน เช่น การ ป้องกันการหกล้ม การทำแผล การทำ CPR การฟื้นฟู และหมวดที่ 3 การดูแลจิตใจของผู้สูงอายุและ

การจัดการความเครียดของผู้ดูแล เช่น การใช้แบบประเมินความเครียด การทำกิจกรรมนันทนาการ การฟังอย่างตั้งใจ แหล่งประโยชน์ในการขอการสนับสนุนทางสังคม หมวดที่ 4 การเตรียมตัวเข้าสู่ วาระท้ายของชีวิต เช่น การฝึกสุนทรียสนทนาเพื่อหาความต้องการและความหมายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้า (การเขียนพินัยกรรม)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Asmuri และคณะ (2024) ศึกษาประสิทธิผลของโมดูลการฝึกอบรมโปรแกรมบำบัดเพื่อ ส่งเสริมการใช้ชีวิตประจำวัน การมีส่วนร่วมทางสังคม และสถานะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุในบ้านพัก คนชราที่อยู่อาศัยการศึกษาที่ทดลองดำเนินการกับเพื่อนและผู้สูงอายุจำนวน 30 คู่ สำหรับทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมในบ้านพักคนชราที่ได้รับการสุ่มเลือก 2 แห่ง เพื่อนในกลุ่มทดลองได้รับโมดูล การฝึกอบรมโปรแกรมบำบัดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน (ขั้นพื้นฐานและเครื่องมือ) ในขณะที่คู่บัดดี้ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมยังคงทำกิจกรรมชีวิตประจำวันตามปกติในบ้านพักคนชราที่ อยู่อาศัย มีการดำเนินการพื้นฐานก่อนและหลัง 8 สัปดาห์ ในช่วง 8 สัปดาห์ สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่ม ทดลอง หลังได้รับโปรแกรม โปรแกรมมีผลต่อระยะเวลาของ BADL อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.010$) อย่างไรก็ตามโปรแกรมไม่มีผลต่อ IADL และการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญสำหรับกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้โปรแกรมไม่มีผลที่มีนัยสำคัญต่อปฏิสัมพันธ์ในทุกสภาวะทาง อารมณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ทั้งนี้เป็นที่น่าสนใจที่พบว่า เพื่อนมีผล ที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.045$) ในกลุ่มควบคุม

เนติยา แจ่มทิม และคณะ (2016) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแล ผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจากตำบล สนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย เก็บ ข้อมูลเดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามข้อมูล พื้นฐาน แบบสอบถามความรู้และกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .85 ตามลำดับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความพร้อมใน การดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยศึกษาสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pairedt-testและ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพใน การดูแลผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.001 ผู้วิจัยเสนอแนะให้นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการ ดูแลผู้สูงอายุไปออกแบบการสอนแก่นักศึกษาบุคลากรทางการพยาบาลและสาธารณสุขเพื่อพัฒนา ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

พัชรี พุทธชาติ และคณะ (2022) ได้พัฒนารูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับการให้ คำปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผล โดยการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่ง ทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลัง ใช้สถิติการทดสอบที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกัน (paired t-test) ต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยการสนทนากลุ่มและการวิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 45 คน ผลการวิจัย รูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แผนการดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 6 ครั้ง ต่อเนื่องทุกสัปดาห์ และระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ มี 2 ช่องทาง ได้แก่ กลุ่มไลน์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบัญชีไลน์ทางการสำหรับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังจากการที่ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพสนับสนุนว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เรียนรู้ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแล และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ทำให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ดีขึ้น และได้รับข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือจากทีมสุขภาพ สรุป รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาวะที่ดีขึ้นในแง่ภาระการดูแลลดลงและมีสุขภาพจิตดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะพึ่งพิงลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อื่นๆ และควรติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป

Navarro และคณะ (2003) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลที่ฝึกอบรมผู้ดูแลมีอาชีพในกลยุทธ์การกระตุ้นการรู้คิด เพื่อรักษาการทำงานด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ 69 คน โดยกลุ่มทดลอง 37 คน กลุ่มควบคุม 32 คน ประเมินด้วย Barthel Index การตรวจสุขภาพจิตแบบสั้น และขั้นตอนการประเมินด้านการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุ (Clifton Assessment Procedure for the Elderly) ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลมีอาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมด้วยโปรแกรม CUIDA-2 ในด้านกลยุทธ์การสื่อสารและการกระตุ้นการรับรู้ ผลลัพธ์จากดัชนี Barthel แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการประเมินหลังการทดลองและในการประเมินติดตามผล โดยที่กลุ่มการรักษาได้รับคะแนนสูงกว่า และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญภายในกลุ่มการทดลอง ระหว่างการประเมินเบื้องต้นและการประเมินหลังการทดลอง ตลอดจนระหว่างการประเมินเบื้องต้นและการติดตามผล ข้อมูลที่ได้รับสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อฝึกอบรมผู้ดูแลมีอาชีพก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานด้านร่างกายในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมองว่าตนเองมีความสามารถและพอใจกับงานของตนมากขึ้น

Joو และคณะ (2022) ได้ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนเพื่อนร่วมงาน 7 โครงการที่ดำเนินงานในการดูแลสุขภาพและชุมชน และดำเนินการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง 43 ข้อกับผู้ให้ข้อมูลหลัก การบันทึกเสียง และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพดำเนินการโดยใช้วิธีทางทฤษฎีพื้นฐาน ซึ่งผลลัพธ์พบว่าโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและจิตสังคม ลดการโดดเดี่ยวทางสังคม และเชื่อมโยงผู้ป่วยและผู้ดูแลกับผู้อื่นที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน โปรแกรมเหล่านี้ให้ชุมชนที่สนับสนุนของผู้ที่มีประสบการณ์ส่วนตัวที่มีภาวะสุขภาพเดียวกันและสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองและคำแนะนำในการนำทางระบบสุขภาพ การสนับสนุนจากเพื่อนถูกมองว่าแตกต่างและเสริมกับการบริการด้านสุขภาพโดยมีอาชีพ โปรแกรมที่มีอยู่ต้องเผชิญกับความท้าทาย เช่น การจับคู่ผู้สนับสนุนและผู้ป่วยและการรักษาความสัมพันธ์ พวกเขาได้รับประสบการณ์ในการจัดการกับความท้าทายดังกล่าวดังนั้นข้อสรุปพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนเพื่อนสามารถช่วยบุคคลและผู้ดูแล

จัดการสภาวะสุขภาพ แต่ยังเผชิญกับความท้าทายที่ต้องแก้ไข โปรแกรมการสนับสนุนเพื่อนมีความเกี่ยวข้องในการปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเราให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น ในอนาคตจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนและการรับประกันผลที่มีต่อการพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภาพ: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ มีนาคม 2568 ถึง มีนาคม 2569 โดยผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัยไว้ 3 ระยะ คือ

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภาพ

การวิจัยระยะที่ 2 การประเมินผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภาพ

การวิจัยระยะที่ 3 การขยายผลโดยเผยแพร่โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภาพ

ทั้งนี้แต่ละระยะมีรายละเอียด ดังนี้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภาพ และเครื่องมือแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมและเครื่องมือแบบสอบถามในครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ในส่วนของโปรแกรมผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง (สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เป็นต้นแบบ นำมาพัฒนาโดยเพิ่มเติมเนื้อหากรอบแนวคิดชีวภาพที่มุ่งเน้นผู้ปวยระยะท้าย และนำข้อมูลผลการใช้โปรแกรมฝึกอบรมในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่คณะผู้วิจัยพัฒนามาก่อน มาวิเคราะห์และพัฒนาเป็นโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภาพ

ทั้งนี้ในโปรแกรมได้วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้มแข็ง แข็งแรงมีภาวะพลพลง (Active ageing) ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต การตายอย่างศักดิ์ศรี ปรับกระบวนการเรียนรู้ให้มีความเหมาะสมตามสถานการณ์ และตามพื้นฐานของผู้เรียนที่เป็นสูงอายุ รูปแบบเป็นการเรียนทฤษฎีและมีน้ำหนักมากในส่วนของการปฏิบัติจริง

การศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ในส่วนของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภาพ ผู้วิจัยได้นำไปวิเคราะห์ความเหมาะสมของเนื้อหา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder) ในจังหวัดเชียงราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 70 คน 2)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน 3) ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน 3) นักวิชาการด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจาก 3 พื้นที่กรณีศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยแต่ละองค์ประกอบจะแยกวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล ทำให้เกิดรูปแบบที่มีความจำเพาะเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ถือเป็นกระบวนการที่สำคัญเพื่อให้ได้มาซึ่งผลการวิจัยที่ดีเป็นที่ยอมรับ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 4 เครื่องมือ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุแบบประเมินทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ และโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีรายละเอียดของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแต่ละเครื่องมือดังนี้

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินทักษะ และโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาสาธารณสุขชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาสาธารณสุขชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านชุมชน 1 ท่าน รวมถึงอาจารย์วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมด พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมความตรงของเนื้อหา รวมทั้งความเหมาะสมของภาษา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC)

2) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3) ภายหลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จึงนำเครื่องมือมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยใช้เกณฑ์ของ Rovinelli และ Hambleton (1976) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จะถือว่าแบบทดสอบวัดได้ตรงตามจุดประสงค์

โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 เมื่อเห็นว่าข้อคำถามสอดคล้องตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 เมื่อเห็นว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์

แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตร

ให้คะแนนเท่ากับ 0 และ ให้คะแนนเท่ากับ -1

$$IOC = \sum R/n$$

เมื่อ ΣR = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ความเชื่อมั่น (reliability)

นอกจากนี้การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ยังหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ ซึ่งในงานวิจัยนี้เป็นแบบประเมินความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องหาความเชื่อมั่น โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในหาความเชื่อมั่นเครื่องมือคืออย่างน้อย 30 คน (Polit & Beck, 2017) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's coefficient alpha)

หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR – 20 (ล้วน สายยศ และ อังคนา สายยศ. 2543)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right\}$$

$$S_t^2 = \frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}$$

โดยที่ r_{tt} คือ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
 n คือ จำนวนข้อในแบบสอบถาม
 p คือ สัดส่วนของผู้ทำได้ในข้อหนึ่งนั่นคือสัดส่วนของผู้ที่ทำถูก
 q คือ สัดส่วนของผู้ที่ทำผิดในข้อหนึ่ง หรือ $1 - p$
 S_t^2 คือ ความแปรปรวนของแบบสอบถามตอนที่ 1

ทั้งนี้คุณภาพเครื่องมือแต่ละเครื่องมือทั้ง 5 เครื่องมือ มีผลการประเมินดังนี้

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96
- แบบประเมินความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.72 โดยตัดข้อคำถามออกบางส่วน เหลือ 12 ข้อ
- แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.95 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.89 โดยตัดข้อคำถามออกบางส่วน เหลือ 12 ข้อ
- แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.89 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.92 โดยตัดข้อคำถามออกบางส่วน เหลือ 12 ข้อ

- แบบประเมินทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.96
- โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1

การวิจัยระยะที่ 2

การประเมินผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน แม้ว่าโปรแกรมดังกล่าวจะถูกพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวความคิด รูปแบบที่ยอมรับ แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องทดสอบโปรแกรมว่าเป็นรูปแบบที่มีผลตามที่มุ่งหวังหรือไม่ มีความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่หรือไม่ ทั้งนี้การประเมินผลของโปรแกรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 294,813 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) เนื่องจากเรามุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปการดูแลตัวเอง เพื่อน และคนในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง

ในระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยหาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิด ชีวภาพที่พัฒนาแล้ว โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชี้เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเดียวกันและมีตัวแปรที่ศึกษาใกล้เคียงกัน (Aungabsee et al., 2022) ได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size f) เท่ากับ .40 และกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .95 ความเชื่อมั่นที่ .05 คำนวณโดยใช้โปรแกรม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (attrition rate) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20% จะได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน ทั้งนี้จึงแบ่งเป็น 1 กลุ่มควบคุม และ 1 กลุ่มทดลอง โดยทำจับคู่ (matching) อายุ เพศ และระดับการศึกษาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยเลือกพื้นที่ด้วยวิธีการชี้เฉพาะเจาะจง ที่มีความเข้มแข็งและมีศักยภาพ นำไปสู่การพัฒนาเชิงพื้นที่ตามนโยบายชีวภาพในอนาคต โดยเลือกพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ที่จะศึกษา 3 พื้นที่ คือ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนางแล ตำบลบ้านดู่ และตำบลพญาเม็งราย ทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลเวียงชัย เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน และสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้โรงเรียนผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่นอกเหนือจาก 3 พื้นที่กรณีศึกษา ได้ตำบลนางแล เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ด้วยวิธีการชี้เฉพาะเจาะจง ที่มีความเข้มแข็งและมีศักยภาพ นำไปสู่การพัฒนาเชิงพื้นที่ตามนโยบายชีวภาพในอนาคต โดยเลือกพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ที่จะศึกษา 3 พื้นที่ คือ

โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนางแล ตำบลบ้านคู้ และตำบลพญาเม็งราย ทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลเวียงชัย เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน และโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนางแล เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน อย่างไรก็ตามในส่วนหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบ้านคู้และตำบลพญาเม็งราย ยังคงเป็นพื้นที่กรณีศึกษาซึ่งเป็นพื้นที่ที่ได้รับการขยายผลของโปรแกรกดังกล่าวดังกล่าวมาข้างต้น อันจะกล่าวถึงในการวิจัยระยะที่ 4 ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจะถูกใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย 6 เครื่องมือ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทักษะคิด การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ และโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ คือ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ อาชีพในปัจจุบันของท่าน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการหรือความคาดหวังจากการเข้ารับการอบรม และท่านเข้าร่วมอบรมกับโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลใด

2) แบบประเมินความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก ถูกและผิด แบ่งเป็น 4 หัวข้อย่อย ได้แก่ 1) การดูแลด้านร่างกายของผู้สูงอายุ 2) การจัดการในภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ 3) การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้สูงอายุในการวางแผนชีวิตและป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 12 แปลผลโดยใช้ค่าพิสัยในการแบ่งคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนด โดยแปลผลดังนี้ 0-4 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับต่ำ 5-8 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และ 9-12 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับสูง

3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's scale) มี 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งมีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมสูงสุด 60 คะแนน โดยแปลผลโดยใช้ค่าพิสัยในการแบ่งคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนด ออกเป็น 3 ระดับค่าพิสัยระหว่าง 12 – 28 คะแนน มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ค่าพิสัยระหว่าง 29 – 44 คะแนน

ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และค่าพิสัยระหว่าง 45 – 60 คะแนน ทัศนคติอยู่ในระดับสูง

4) แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ลิเคิร์ต (Likert's scale) มี 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วย อย่างยิ่ง ซึ่งมีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง / ไม่ได้รับเลย 2 = ไม่เห็นด้วย / ได้รับน้อยมาก 3 = ปานกลาง 4 = เห็นด้วย / ได้รับมาก และ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง / ได้รับมากที่สุด คะแนนรวมสูงสุด 60 คะแนน แปลผลโดยใช้ค่าพิสัยในการแบ่งคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนด ออกเป็น 3 ระดับค่าพิสัยระหว่าง 12 – 28 คะแนน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ค่าพิสัยระหว่าง 29 – 44 คะแนน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และค่าพิสัยระหว่าง 45 – 60 คะแนน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

5) แบบประเมินทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ 3 ตัวเลือก คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์ครบถ้วน ประกอบด้วย 3 แบบประเมินทักษะ แบ่งออกเป็น 4 หลัก และมีทักษะย่อย 9 ทักษะ ได้แก่ หมวดที่ 1 ทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย การรับประทานยา และการออกกำลังกาย หมวดที่ 2 ทักษะการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วย การช่วยฟื้นคืนชีพ การปฐมพยาบาลผู้ที่สำลัก และการทำแผล หมวดที่ 3 ทักษะการดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจ ประกอบด้วย การจัดการความเครียด และการให้คำปรึกษา หมวดที่ 4 ทักษะการดูแลผู้สูงอายุในการวางแผนชีวิตและป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ ประกอบด้วย การเขียนความต้องการหรือพินัยกรรม และการป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ รวมทั้งหมดมีจำนวน 27 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ คะแนน 0 หมายถึง ทำไม่ได้ คะแนน 1 หมายถึง ทำได้ แต่ไม่สมบูรณ์ คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เกือบสมบูรณ์ คะแนน 3 หมายถึง ทำได้และสมบูรณ์คะแนนเต็ม 81 คะแนน โดยใช้ค่าพิสัยในการแบ่งคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนด ออกเป็น 3 ระดับค่าพิสัยระหว่าง 0 – 27 คะแนน ทักษะอยู่ในระดับต่ำ ค่าพิสัยระหว่าง 28

– 54 คะแนน ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง และค่าพิสัยระหว่าง 55 – 81 คะแนน ทักษะอยู่ในระดับสูง

6) โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อน ช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล ประกอบด้วยภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เนื้อหาทั้งหมด แบ่งเป็น 5 หมวด (Module) จำนวน 9 วัน รวม 70 ชั่วโมง ประกอบด้วย การเรียนภาคทฤษฎี 4 วัน วันละ 8 ชั่วโมง รวม 32 ชั่วโมง รวมถึงการฝึกปฏิบัติ 5 วัน รวม 38 ชั่วโมง ทั้งนี้ในแต่ละแผนการเรียนรู้ (Module) มีรายละเอียดดังนี้

- **แผนการเรียนรู้ (Module) 1 การดูแลผู้สูงอายุ**

ขั้นพื้นฐาน เนื้อหาประกอบด้วย การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เช่น ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องยา การดูแลสุขอนามัย การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

- **แผนการเรียนรู้ (Module) 2 การดูแลผู้สูงอายุ**

ในภาวะฉุกเฉิน เนื้อหาประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน และภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการหกล้ม การทำแผล การทำ CPR และการป้องกันการสำลัก เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

- **แผนการเรียนรู้ (Module) 3 การดูแลผู้สูงอายุ**

ด้านจิตใจ เนื้อหาประกอบด้วย เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลจิตใจของผู้สูงอายุและการจัดการความเครียดของผู้ดูแล เช่น ธรรมชาติและความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของวัยสูงอายุ การใช้แบบประเมินความเครียด การทำกิจกรรมนันทนาการ การฟังอย่างตั้งใจ ทักษะการให้คำปรึกษาการสื่อสารทางบวก แหล่งประโยชน์และเทคโนโลยีในการสนับสนุนทางจิตสังคม เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

- **แผนการเรียนรู้ (Module) 4 การดูแลผู้สูงอายุ**

ในการวางแผนชีวิตและป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ เนื้อหาประกอบด้วย การเตรียมตัวเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต เช่น การฝึกสุนทรียสนทนาเพื่อหาความหมายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้า (การเขียนพินัยกรรม) การวางแผนการเงิน การป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

● แผนการเรียนรู้ (Module) 5 การฝึกปฏิบัติ

เนื้อหาประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติงาน ในสถานบริการ/ในชุมชน เป็น

ปฏิบัติ 5 วัน รวม 38 ชั่วโมง

โดยโปรแกรมดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุนำไปดูแลตนเอง เพื่อน และคนในครอบครัวได้จริง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย เป็นการทดสอบโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ในพื้นที่ตำบลเวียงชัย และกลุ่มทดลอง 30 คน ในพื้นที่ตำบลนางแล เพื่อหาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล ต่อความรู้ ทักษะ และทักษะของกลุ่มตัวอย่างหรือไม่อย่างไร

แบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

X หมายถึง โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล

O1 หมายถึง การประเมินผลของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล

O2 หมายถึง การประเมินผลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล

O3 หมายถึง การประเมินผลของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการอบรมตามปกติ

O4 หมายถึง การประเมินผลของกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการอบรมตามปกติ

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ระบุเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมทดลองเข้าและคัดออก ในการวิจัยระยะที่ 3 ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบ (Inclusion criteria) คือ

- ผู้สูงอายุในชุมชน อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

- มีความสามารถในการเรียนรู้ ผ่านการประเมินแบบทดสอบสภาพสมอง เบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MSET10)

- ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม
- สามารถเข้าร่วมการทดลองได้อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
- อ่านเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- มีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
- ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่วิจัย
- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และถอนตัวออกจากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในระยนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

9.6.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ตามชนิดของตัวแปรที่มีระดับการวัดต่างกัน

9.6.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล โดยใช้สถิติทดสอบที สำหรับตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

9.6.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีสำหรับตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

การวิจัยระยะที่ 3

การขยายผลโดยเผยแพร่โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล ซึ่งระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายของกระบวนการวิจัย เป็นระยะที่ผู้วิจัยได้ผลของโปรแกรมที่ชัดเจนแล้ว และนำข้อค้นพบจากระยะที่ 3 มาปรับปรุงโปรแกรมให้ดียิ่งขึ้น แล้วนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปขยายผลต่ออีก 2 พื้นที่ กรณีศึกษา คือ พื้นที่ตำบลบ้านดู่ และตำบลพญาเม็งราย ในโรงเรียนผู้สูงอายุ พื้นที่ละ 30 คน รวม 60 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกิจกรรม เช่นเดียวกับการวิจัยระยะที่ 3 และดำเนินการประเมินผลของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล โดยใช้แบบประเมินเดียวกับการวิจัยระยะที่ 3 ที่วัดผู้สูงอายุด้านความรู้ ทักษะคิด และทักษะของผู้สูงอายุภายหลังการฝึกอบรม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทราบผลการเรียนรู้ของตนเอง นำไปสู่การนำไปใช้ปฏิบัติจริงในชุมชน และการพัฒนาตนเองต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในระยณะนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ ทักษะคติ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ตามชนิดของตัวแปรที่มีระดับการวัดต่างกัน รวมถึง t-test ที่ใช้วัดประสิทธิผลของโปรแกรม โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสะท้อนความคิดของผู้เข้าร่วมด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการทุกครั้ง โดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ มีนาคม 2568 ถึง มีนาคม 2569 ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อสรุปผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล

ส่วนที่ 2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล ต่อความรู้ ทักษะ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 1-4

ส่วนที่ 3 การขยายผลโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล ไปยัง พื้นที่ที่กำหนด ในจังหวัดเชียงราย มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 5

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล เป็นขั้นตอนการวิจัยระยะที่ 1 ได้ข้อสรุปผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้สูงอายุต้องการ การดูแลผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน การดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจ และการดูแลผู้สูงอายุในการวางแผนชีวิตและป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ

1.2 เนื้อหาที่ต้องการคือเรื่อง การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การให้ยา การป้องกันการหกล้ม การทำ CPR และการป้องกันการสำลัก การดูแลจิตใจของผู้สูงอายุและการจัดการความเครียด การวางแผนชีวิตและการป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ

1.3 การเยี่ยมบ้านโดยเพื่อนช่วยเพื่อน มุ่งเน้นทักษะที่ผู้สูงอายุทำได้ตามศักยภาพ คือ การให้กำลังใจ การรับฟัง และการค้นหาปัญหาเบื้องต้นเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลในพื้นที่

1.4 โปรแกรมถูกปรับให้เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และคัดเลือกหัวข้อที่นำไปใช้ได้จริง ดังนั้นหัวข้อที่ผู้วิจัยได้ออกแบบไว้ถูกตัดออก และเพิ่มเติมกิจกรรมการปฏิบัติมากขึ้นได้ โปรแกรมรูปแบบที่นำไปใช้จริง ดังนี้

1) แผนการเรียนรู้ (Module) 1 การดูแลผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน เนื้อหาประกอบด้วย การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ADLs) แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การจัดการเรื่องยา การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

2) แผนการเรียนรู้ (Module) 2 การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน เนื้อหาประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินและภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการหกล้ม การทำแผล การทำ CPR และการป้องกันการสำลัก เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

3) แผนการเรียนรู้ (Module) 3 การดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจ เนื้อหาประกอบด้วย เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลจิตใจของผู้สูงอายุและการจัดการความเครียด เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

4) แผนการเรียนรู้ (Module) 4 การดูแลผู้สูงอายุในการวางแผนชีวิตและป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ เนื้อหาประกอบด้วย การเตรียมตัวเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต การวางแผนดูแลล่วงหน้า การเขียนพินัยกรรม สมุดเบาใจ การป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ การใช้แอปพลิเคชันฮุสคอล (Whoscall) เป็นทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ 1 วัน วันละ 8 ชั่วโมง

5) แผนการเรียนรู้ (Module) 5 การฝึกปฏิบัติ เนื้อหาประกอบด้วย การลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยโดยการรับฟังและให้กำลังใจผ่านไฟกฤตศิลป์ เป็นปฏิบัติ 5 วัน รวม 38 ชั่วโมง

1.5 ข้อค้นพบใหม่เชิงนวัตกรรม

1) เป็นนวัตกรรมการเสริมพลังผู้สูงอายุแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer-to-Peer Empowerment Model): โดยเปลี่ยนบทบาทผู้สูงอายุ จากผู้รับการดูแลให้เป็นผู้ให้การดูแล (Care Provider) ในชุมชน และเป็นการสร้าง ทูทางสังคม (Social Capital) ที่ยั่งยืน ลดการพึ่งพิงบุคลากรทางการแพทย์

2) เป็นการบูรณาการชีวาภิบาลกับการดูแลผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้นำนโยบายชีวาภิบาล (Cheewabhibaln) ของกระทรวงสาธารณสุข มาผนวกกับโปรแกรมฝึกอบรมเกิดนวัตกรรมเชิงนโยบาย ที่ต่อยอดได้จริงในระดับจังหวัดและท้องถิ่น โดยหลักสูตรนี้เพิ่มเติมการดูแลผู้สูงอายุในช่วงท้ายของชีวิตและการป้องกันตัวเองจากมิจฉาชีพ เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ระยะแรกถึงระยะท้ายของชีวิตตามนโยบายชีวาภิบาล

3) เป็นนวัตกรรมกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โปรแกรมถูกออกแบบตามหลักการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการปฏิบัติจริง และกิจกรรมกลุ่ม เป็น ต้นแบบของการสร้างหลักสูตรอบรมผู้สูงอายุแบบ Active Learning

4) เป็นการสร้างศูนย์เรียนรู้เชิงปฏิบัติการของผู้ดูแลในชุมชน (Caregiver Community Lab) ในพื้นที่: โดยจากผลระยะที่ 1 โรงเรียนผู้สูงอายุทำหน้าที่เสมือน ห้องทดลอง

นวัตกรรมชุมชน (Community Lab) สร้างพื้นที่ฝึกทักษะจริงและเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนที่ต่อเนื่อง ไม่หยุดเพียงแค่การอบรมเสร็จสิ้น

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล ต่อความรู้ ทักษะ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ และ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย (n=120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	20	16.7
หญิง	100	83.3
2. อายุ		
60 – 69 ปี	70	58.3
70 - 79 ปี	48	40.0
80 - 89 ปี	2	1.7
3. สถานภาพ		
โสด	9	7.5
สมรส	57	47.5
หย่า	8	6.7
แยกกันอยู่	4	3.3
หม้าย	42	35.0
4. ศาสนา		
พุทธ	114	95.0
คริสต์	6	5.0
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	4	3.3
ประถมศึกษา	70	58.3
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	16	13.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	15	12.5
อนุปริญญา	2	1.7
ปริญญาตรี	6	5.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	5.8
6. โรคประจำตัว		
ไม่มี	33	27.5
เป็น 1 โรค		
โรคความดันโลหิตสูง	18	15.0
โรคเบาหวาน	5	4.2
โรคข้อเข่าเสื่อม	8	6.7
โรคไขมันในเลือดสูง	5	4.2
อื่นๆ	7	5.8
เป็นมากกว่า 2 โรคขึ้นไป	44	36.7
7. ยาที่ใช้		
ไม่มี	46	38.3
ใช้ยาประจำ 1 ชนิด		
โรคความดันโลหิตสูง	19	15.8
โรคเบาหวาน	2	1.7
โรคข้อเข่าเสื่อม	2	1.7
โรคไขมันในเลือดสูง	4	3.3
อื่นๆ	5	4.2
ใช้ยาประจำมากกว่า 2 ชนิด	42	35.0
ขึ้นไป		
8. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	30.8
เกษตรกร	22	18.3
ค้าขาย	26	21.7
ธุรกิจส่วนตัว	7	5.8
รับจ้างทั่วไป	11	9.2

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้าราชการบำนาญ	11	9.2
อื่นๆ	6	5.0
9. รายได้ปัจจุบัน		
0-15,000 บาท	104	86.7
15,001-30,000 บาท	13	10.8
30,000-45,000 บาท	3	2.5
10. ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและเหลือเก็บ	31	25.8
เพียงพอและไม่เหลือเก็บ	38	31.7
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	30	25.0
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	21	17.5
11. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่มี	73	60.8
1 ปี	2	1.7
2 ปี	15	12.5
3 ปี	9	7.5
มากกว่า 3 ปี	21	17.5
12. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแล		
ไม่มี	73	60.8
บิดา มารดา	32	26.7
ปู่ ย่า ตา ยาย	6	5.0
สามี ภรรยา	6	5.0
ญาติพี่น้อง	3	2.5
13. ค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่ได้รับ	83	81.3

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับ	15	18.7
14. เป้าหมายในการอบรม		
ดูแลตนเอง	83	69.2
ดูแลคนในครอบครัว	21	17.5
ดูแลผู้อื่น/เพื่อนในชุมชน	16	13.3

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่เป็นเพศหญิง จำนวน 100 คน (ร้อยละ 83.3) รองลงมาก็คือเพศชาย จำนวน 20 คน (ร้อยละ 16.7) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60–69 ปี จำนวน 70 คน (ร้อยละ 58.3) รองลงมาก็คือช่วงอายุ 70–79 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 40.0) และน้อยที่สุดคือช่วงอายุ 80–89 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.7) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นสมรส จำนวน 57 คน (ร้อยละ 47.5) รองลงมาก็คือ หม้าย จำนวน 42 คน (ร้อยละ 35.0) และน้อยที่สุดคือ แยกกันอยู่ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 3.3) ศาสนา ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 114 คน (ร้อยละ 95.0) รองลงมาก็คือ คริสต์ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 5.0) ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา จำนวน 70 คน (ร้อยละ 58.3) รองลงมาก็คือ มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. จำนวน 16 คน (ร้อยละ 13.3) และน้อยที่สุดคือระดับ อนุปริญญา จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.7) โรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มากกว่า 2 โรคขึ้นไป จำนวน 44 คน (ร้อยละ 36.7) รองลงมาก็คือ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 33 คน (ร้อยละ 27.5) และโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาก็คือ โรคข้อเข่าเสื่อม และ โรคเบาหวาน ตามลำดับ การใช้ยา พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีการใช้ยาประจำ จำนวน 46 คน (ร้อยละ 38.3) รองลงมาก็คือผู้ที่ ใช้ยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป จำนวน 42 คน (ร้อยละ 35.0) อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 30.8) รองลงมาก็คือ ค้าขาย จำนวน 26 คน (ร้อยละ 21.7) และ เกษตรกร จำนวน 22 คน (ร้อยละ 18.3) รายได้ ปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 15,000 บาท จำนวน 104 คน (ร้อยละ 86.7) รองลงมาก็คือ 15,001–30,000 บาท จำนวน 13 คน (ร้อยละ 10.8) ความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่ เพียงพอและไม่เหลือเก็บ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 31.7) รองลงมาก็คือ เพียงพอและเหลือเก็บ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 25.8) ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 73 คน (ร้อยละ 60.8) รองลงมาก็คือผู้ที่มีประสบการณ์ มากกว่า 3 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 17.5) ในส่วนของผู้สูงอายุที่ทานดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ ดูแลบิดา-มารดา จำนวน 32 คน (ร้อยละ 26.7) รองลงมาก็คือ ปู่ ย่า ตา ยาย และ สามเณร/ภรรยา จำนวน 6 คน (ร้อยละ 5.0) เท่ากัน ด้านค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่ได้รับค่าตอบแทน จำนวน 83 คน (ร้อยละ 81.3) มีเพียง 15 คน (ร้อยละ 18.7) ที่ได้รับค่าตอบแทน สำหรับเป้าหมายในการอบรม พบว่าส่วนใหญ่ ต้องการอบรมเพื่อ ดูแลตนเอง จำนวน 83 คน (ร้อยละ 69.2) รองลงมาก็คือ ดูแลคนในครอบครัว จำนวน 21 คน (ร้อยละ 17.5) และ ดูแลผู้อื่น/เพื่อนในชุมชน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 13.3)

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ของผู้สูงอายุ (N = 120)

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ		
ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)	25	20.8
ระดับปานกลาง (5-8 คะแนน)	59	49.2
ระดับสูง (9-12 คะแนน)	36	30
2. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ		
ระดับปานกลาง (29 – 44 คะแนน)	23	19.2
ระดับสูง (45 – 60 คะแนน)	97	80.8
3. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น		
ระดับต่ำ (0 – 31 คะแนน)	15	12.5
ระดับปานกลาง (32 – 62 คะแนน)	62	51.7
ระดับสูง (63 – 81 คะแนน)	43	35.8
4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ		
ระดับต่ำ (12 – 28 คะแนน)	2	1.7
ระดับปานกลาง (29 – 44 คะแนน)	28	23.3
ระดับสูง (45 – 60 คะแนน)	90	75.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (5-8 คะแนน) จำนวน 59 คน หรือร้อยละ 49.2 รองลงมาเป็นระดับสูง (9-12 คะแนน) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และระดับต่ำ (0-4 คะแนน) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 สำหรับด้านทักษะการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับสูง (45-60 คะแนน) จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 80.8 รองลงมาเป็น ระดับปานกลาง (29-44 คะแนน) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนในด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับสูง (45-60 คะแนน) จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมาระดับปาน

กลาง (29–44 คะแนน) จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 และระดับต่ำ (12–28 คะแนน) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.7 สะท้อนว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการรับรู้การสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในระดับที่ดี นอกจากนี้ในด้านทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนระดับปานกลาง (32–62 คะแนน) จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมาในระดับสูง (63–81 คะแนน) จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 35.8 และระดับต่ำ (0–31 คะแนน) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ซึ่งสะท้อนว่าผู้ดูแลมีทักษะการดูแลเบื้องต้นในระดับปานกลางถึงสูงเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

คะแนนความรู้และการปฏิบัติ	N	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม						
1. ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	5.83	3.25	29	1.000	0.326
หลังการทดลอง	30	5.73	3.26			
2. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	49.73	6.50	29	-1.533	0.136
หลังการทดลอง	30	49.93	6.46			
3. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น						
ก่อนการทดลอง	30	42.90	18.40	29	1.366	0.182
หลังการทดลอง	30	42.67	18.42			
4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	47.80	9.28	29	0.867	0.393
หลังการทดลอง	30	47.63	9.16			
กลุ่มทดลอง						
1. ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	7.07	2.74	29	-	.000
หลังการทดลอง	30	10.77	1.55		13.205	

คะแนนความรู้ และการปฏิบัติ	N	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p- value
2. ทักษะการดูแล ผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	48.77	3.63	29	-8.648	.000
หลังการทดลอง	30	55.27	3.32			
3. ทักษะการดูแล ผู้สูงอายุเบื้องต้น						
ก่อนการทดลอง	30	51.45	15.05	29	-	.000
					12.975	
หลังการทดลอง	30	67.07	9.39			
4. การรับรู้การ สนับสนุนทางสังคมใน การดูแลผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	48.60	4.81	29	-	.000
					13.783	
หลังการทดลอง	30	55.13	3.54			

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันเล็กน้อย โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 5.83 คะแนน (SD = 3.25) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.07 คะแนน (SD = 2.74) ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สะท้อนว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้เริ่มต้นใกล้เคียงกัน ก่อนเข้าสู่การทดลอง สำหรับด้านทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 49.73 คะแนน (SD = 6.50) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 48.77 คะแนน (SD = 3.63) โดยพบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีทัศนคติในระดับใกล้เคียงกันก่อนเข้าร่วมโครงการ ส่วนด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 47.80 คะแนน (SD = 9.28) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 48.60 คะแนน (SD = 4.81) โดยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าการรับรู้การสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันก่อนการทดลอง สำหรับทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองเท่ากับ 42.90 คะแนน (SD = 18.40) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 51.45 คะแนน (SD = 15.05) และคะแนนของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีระดับทักษะเบื้องต้นที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้เมื่อพิจารณาหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก 7.07 คะแนนเป็น 10.77 คะแนน (SD = 1.55) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพียง 5.73 คะแนน (SD = 3.27) ($p < .001$) ในด้านทัศนคติ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง

55.27 คะแนน (SD = 3.32) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 49.93 คะแนน (SD = 6.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง 55.13 คะแนน (SD = 3.54) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 47.63 คะแนน (SD = 9.16) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สุดท้าย ในด้านทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 67.07 คะแนน (SD = 9.39) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยเพียง 42.67 คะแนน (SD = 18.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าโปรแกรมที่ใช้สามารถพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (N = 60)

คะแนนความรู้และการปฏิบัติ	N	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
1. ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ						
กลุ่มควบคุม	30	5.83	3.26	29	1.586	0.118
กลุ่มทดลอง	30	7.07	2.74			
2. ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุ						
กลุ่มควบคุม	30	49.73	6.50	29	-1.533	0.481
กลุ่มทดลอง	30	48.77	3.63			
3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม						
กลุ่มควบคุม	30	47.80	9.28	29	0.867	0.677
กลุ่มทดลอง	30	48.60	4.81			
4. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น						
กลุ่มควบคุม	30	42.90	18.39	29	1.366	0.054
กลุ่มทดลอง	30	51.43	15.05			
หลังทดลอง						
1. ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ						
กลุ่มควบคุม	30	5.73	3.27	29	7.624	.000
กลุ่มทดลอง	30	10.77	1.55			

คะแนนความรู้ และการปฏิบัติ	N	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
2. ทักษะคติต่อการดูแล ผู้สูงอายุ						
กลุ่มควบคุม	30	49.93	6.46	29	4.019	.000
กลุ่มทดลอง	30	55.27	3.32			
3. การรับรู้การสนับสนุน ทางสังคม						
กลุ่มควบคุม	30	47.63	9.16	29	4.185	.000
กลุ่มทดลอง	30	55.13	3.54			
4. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ เบื้องต้น						
กลุ่มควบคุม	30	42.67	18.42	29	6.464	.000
กลุ่มทดลอง	30	67.07	9.39			

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 10.77 คะแนน (SD = 1.55) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 5.73 คะแนน (SD = 3.27) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน สำหรับด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 55.27 คะแนน (SD = 3.32) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 49.93 คะแนน (SD = 6.46) และความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าการเข้าร่วมโปรแกรมมีผลต่อการพัฒนาทัศนคติด้านการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ในด้าน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 55.13 คะแนน (SD = 3.54) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 47.63 คะแนน (SD = 9.16) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) บ่งชี้ว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สำหรับทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 67.07 คะแนน (SD = 9.39) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 42.67 คะแนน (SD = 18.42) ซึ่งความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรมสามารถพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นของกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเด่นชัด โดยสรุป หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการอบรมที่จัดขึ้นมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3. การขยายผลโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล ไปยัง พื้นที่ที่กำหนด ในจังหวัดเชียงราย

ภายหลังการทดลองประสิทธิภาพของโปรแกรมแล้ว ทางผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมต่อโดยนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในพื้นที่ที่ขยายผลคือ พญาเม็งราย และเวียงชัย ซึ่งผลการวิจัยได้ผลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของตำบลพญาเม็งรายและตำบลเวียงชัย (N = 60)

คะแนนความรู้และการปฏิบัติ	N	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
ตำบลพญาเม็งราย						
1. ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	6.7	2.25	29	-16.279	.000
หลังการทดลอง	30	11.23	1.10			
2. ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	50.20	5.12	29	-11.558	.000
หลังการทดลอง	30	56.10	3.20			
3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม						
ก่อนการทดลอง	30	49.77	6.19	29	-13.747	.000
หลังการทดลอง	30	56.10	4.77			
4. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น						
ก่อนการทดลอง	30	41.07	13.56	29	-21.603	.000
หลังการทดลอง	30	55.90	10.76			
ตำบลเวียงชัย						
1. ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	6.83	2.93	29	-12.591	.000
หลังการทดลอง	30	54.77	1.40			

คะแนนความรู้ และการปฏิบัติ	N	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p- valu e
2. ทักษะคติต่อการดูแล ผู้สูงอายุ						
ก่อนการทดลอง	30	46.40	4.73	29	-13.215	.000
หลังการทดลอง	30	54.23	3.63			
3. การรับรู้การสนับสนุน ทางสังคม						
ก่อนการทดลอง	30	46.40	6.12	29	-15.862	.000
หลังการทดลอง	30	54.23	4.52			
เวียงชัย						
4. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ เบื้องต้น						
ก่อนการทดลอง	30	50.33	13.49	29	-16.003	.000
หลังการทดลอง	30	65.67	9.83			

จากตารางที่ 5 พบว่า ตำบลพญาเม็งราย โดยหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.70 คะแนน (SD = 2.25) ขณะที่หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.23 คะแนน (SD = 1.10) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลต่อการเพิ่มความรู้ของผู้สูงอายุอย่างเด่นชัด สำหรับด้านทักษะคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 50.20 คะแนน (SD = 5.12) ในขณะที่หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า คือ 56.10 คะแนน (SD = 3.20) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแลผู้สูงอายุ ในด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผลการเปรียบเทียบพบว่าก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 49.77 คะแนน (SD = 6.19) ส่วนหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 56.10 คะแนน (SD = 4.77) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) บ่งชี้ว่าโปรแกรมช่วยเสริมด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุได้ชัดเจน สำหรับทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.07 คะแนน (SD = 13.56) ขณะที่หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า คือ 55.90 คะแนน (SD = 10.76) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะการดูแลเบื้องต้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับตำบลเวียงชัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 6.83 คะแนน (SD = 2.93) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 10.77 คะแนน (SD = 1.40) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าโปรแกรมช่วยเสริมสร้างความรู้ของผู้สูงอายุในพื้นที่เวียงชัยได้อย่างเด่นชัด สำหรับด้านทักษะคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าก่อนทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย

49.93 คะแนน (SD = 6.46) และหลังการทดลองคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 55.27 คะแนน (SD = 3.32) โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโครงการ ในด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 47.63 คะแนน (SD = 9.16) และหลังทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 55.13 คะแนน (SD = 3.54) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยเสริมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้น สำหรับทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น พบว่าก่อนทดลองกลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 46.40 คะแนน (SD = 4.73) และหลังทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 54.23 คะแนน (SD = 4.52) โดยความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุในตำบลเวียงชัยมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม

นอกจากนี้ภายหลังขยายผลแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาข้อสรุปจากการถอดบทเรียนภายหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนบทบาทจากผู้สูงอายุผู้รับบริการสู่แกนนำสูงวัยผู้ดูแลกันเอง

โปรแกรมนี้นำให้ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ในบทบาทผู้รับการดูแลเพียงอย่างเดียว แต่ถูกพัฒนาให้เป็นแกนนำจิตอาสา ผ่านหลักสูตร 4 โมดูล และ 1 โมดูลลงปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังมีคุณค่า และยังสามารถประโยชน์ให้คนอื่นได้ ไม่ใช่เพียงภาระของลูกหลานหรือระบบสุขภาพอีกต่อไป นี่คือการเปลี่ยนถ่ายบทบาทจาก ผู้ป่วยหรือผู้รับ เป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (community caregiver) หรือเพื่อนที่ช่วยสนับสนุน (peer supporter) สะท้อนภาวะพลวัตพลัง (active ageing) หรือการสูงวัยอย่างมีคุณค่า (productive ageing) อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งผู้สูงอายุสะท้อนถึงความภูมิใจ การมีตัวตน การรู้สึกว่ามีชีวิตยังมีหน้าที่

2. การเยี่ยมบ้านในฐานะพื้นที่เยียวยาทางใจมากกว่าการมาวัดความดันหรือเยี่ยมบ้านทั่วไป

แม้ขอบเขตงานจะชัดเจนว่าไม่ใช่การรักษาพยาบาล แต่เป็นการดูแล สนับสนุน และส่งต่อข้อมูล ทว่าจากเสียงสะท้อนของแกนนำ พบว่าคุณค่าที่เด่นชัดที่สุดคือ รอยยิ้ม ความดีใจ การรู้สึกไม่โดดเดี่ยวของผู้ถูกเยี่ยม มากกว่าการทำกิจกรรมเชิงเทคนิคใด ๆ ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านทำหน้าที่เป็นนวัตกรรมทางจิตใจและสังคม (social and emotional intervention) ที่ลดความเหงา เพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ผู้สูงอายุแกนนำเองก็ได้รับพลังบวกกลับคืนจากการเยี่ยม เช่น รู้สึกภูมิใจ มีคุณค่า เป็นที่ต้องการจากผู้เยี่ยม

3. โปรแกรมนี้สร้างเครือข่ายการดูแลร่วมมากกว่ากิจกรรมเพียงครั้งคราว

จากข้อมูลพบว่าการดำเนินงานไม่ได้จบที่การอบรมและเยี่ยมบ้านเท่านั้น แต่เกิดระบบประสานงานจริง ระหว่างแกนนำผู้สูงอายุ เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มจิตอาสา ชมรมคนพิการ และมหาวิทยาลัย นี่ไม่ใช่แค่ โครงการพัฒนาแกนนำ แต่กำลังสร้างระบบการดูแลแบบเชื่อมโยงหลายหน่วย (care ecosystem) ระดับตำบล มีทั้งระบบส่งต่อข้อมูลผ่านไลน์ การกำหนดรอบเยี่ยม กองทุนผ้าอ้อม ศูนย์กายอุปกรณ์ กระบวนการประเมินร่วมระหว่างเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และแกนนำ

4. การออกแบบระดับของการเยี่ยมบ้าน และการกำหนดขอบเขตวิชาชีพอย่างชัดเจน

ผู้สูงอายุแกนนำได้กำหนดขอบเขตการเยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน คือระดับที่ 1 เป็นการเยี่ยมแบบเพื่อนสำรวจความต้องการและให้กำลังใจ พร้อมส่งต่อให้บุคลากรทางสุขภาพ โดยกรณีที่พบ

ผู้ป่วยที่ซับซ้อน แก่นนำจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วย ไม่ใช่ผู้รักษา แต่คอยเชื่อมต่อกับทีมสหวิชาชีพ แสดงให้เห็น ขอบเขตทางจริยธรรม (ethical boundary) ที่ชัดเจน เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุทำหน้าที่แทนวิชาชีพ สอดคล้องกับแนวคิดจิตอาสาในชุมชน (community health volunteers)

5. ความยั่งยืนโดยเปลี่ยนจากทุนโครงการให้เป็นทุนชุมชน

ทางผู้วิจัยมีการสนับสนุนอุปกรณ์การเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้มีข้อเสนอเรื่อง ธนาคารเวลา ขอ งบจัดทำโครงการจากหน่วยงานต่างๆ กลุ่มอาสาสมัครและส่งผู้ป่วย การจัดระบบบันทึกข้อมูลให้ไปถึง เทศบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างเป็นระบบและเป็นทางการ เป็นต้น

บทที่ 5

อภิปรายผล สรุป และข้อเสนอแนะการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล : 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล ต่อความรู้ ทักษะ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และเพื่อขยายผลโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล ไปยัง พื้นที่ที่กำหนด ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งการวิจัยนี้มีประชากรคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกนั้นประกอบด้วยผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ 3 ตำบล การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยแบ่งกลุ่มทดลองและควบคุม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ทั้งนี้มีการ อภิปรายผล สรุป ผลการวิจัย และข้อเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล ซึ่งออกแบบบนฐานของการเรียนรู้เชิงรุก (active ageing) และการผสมผสานการเรียนรู้เชิงทฤษฎีร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงทั้งในห้องเรียนและการเยี่ยมบ้านในชุมชน สามารถเพิ่มระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และทักษะการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ทั้งในบริบทนานาชาติและบริบทของประเทศไทย ที่รายงานว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลสามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Moreira et al., 2018; Wongpimoln et al., 2025)

เมื่อพิจารณาในเชิงกลไก ผลของโปรแกรมอาจอธิบายได้จากการที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง การลงมือปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนวัยเดียวกัน ซึ่งช่วยลดช่องว่างด้านอำนาจและความกลัวความผิดพลาดเมื่อเทียบกับการเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญเพียงฝ่ายเดียว กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ที่เน้นประสบการณ์ความสำเร็จและการเรียนรู้จากแบบอย่างใกล้ชิด ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากงานของ Panthong et al. (2023) และ Martínez-Melero et al. (2025) ที่ชี้ว่าการฝึกอบรมในลักษณะนี้ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสะท้อนมิติที่ลึกไปกว่าผลลัพธ์เชิงความรู้และทักษะ กล่าวคือ โปรแกรมดังกล่าวมีบทบาทในการเสริมพลังแกนนำผู้สูงอายุ ผ่านการเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับบริการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งผลเชิงคุณภาพบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจ และความสุขจากการมีบทบาททางสังคมใหม่ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานของ Nichol et al. (2024)

และ Chu and Koo (2023) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอาสาสมัครช่วยเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกมีเป้าหมายในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดสูงวัยอย่างมีคุณค่า (productive ageing) และ แนวคิดพหุพลัง (active ageing) อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายชีวิต

ในมิติด้านจิตสังคม โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนยังสามารถมองได้ว่าเป็นนวัตกรรมเชิงจิตสังคมที่สร้างพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ ลดความโดดเดี่ยว และเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รายงานว่า โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาวะทางจิตสังคม และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ (Arkkukangas, et. al., 2025; Xue et al., 2025; Schwei et al., 2021; Liangpanich et al., 2018) เนื่องจากข้อได้เปรียบของเยี่ยมบ้านโดยเพื่อนที่แตกต่างจากการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ คือ ความเข้าถึงง่าย ความยืดหยุ่น และต้นทุนที่ต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการดูแลในระดับชุมชน (Rajai et al., 2021) ดังนั้นการเยี่ยมบ้านโดยเพื่อนวัยเดียวกันถือเป็นนวัตกรรมเชิงจิตสังคม ที่เติมเต็มช่องว่างสำคัญของระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ที่เน้นด้านเทคนิคมากกว่าด้านอารมณ์และความสัมพันธ์

ยิ่งไปกว่านั้น การบูรณาการแนวคิดชีววิถีเข้าสู่โปรแกรมฝึกอบรมในระดับชุมชน ผ่านการเรียนรู้เรื่องการวางแผนล่วงหน้าด้านสุขภาพและวาระท้ายของชีวิต ช่วยเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเองอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังขาดการเตรียมพร้อมในทางปฏิบัติ (Frechman et al., 2020; Gao et al., 2024) การนำประเด็นดังกล่าวมาพูดคุยตั้งแต่ในช่วงที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพดี จึงอาจช่วยเพิ่มคุณภาพของการวางแผนล่วงหน้า และลดช่องว่างของการดูแลระยะท้ายที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ (Kanjnopas & Thanapluetiwong, 2024)

ในเชิงระบบ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีศักยภาพในการเกิดระบบดูแลแบบบูรณาการในระดับตำบลอย่างชัดเจน ผ่านการเชื่อมโยงโรงเรียนผู้สูงอายุ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษา ซึ่งระบบ 3 ระบบ คือ 1) ระบบการสนับสนุนทางสังคม 2) ระบบการดูแล โดยมีผู้จัดการการดูแลเพื่อประสานงานในไลน์กลุ่ม 3) ระบบการเยี่ยมบ้านเพื่อนช่วยเพื่อน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับโมเดล การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Community-Integrated Intermediary Care : CIIC) (Aung et al., 2022) และระบบศูนย์ชีววิถีสู่ชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม (Payuha et al., 2025) ที่เน้นการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

โดยสรุป โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อนภายใต้กรอบแนวคิดชีววิถี ไม่เพียงส่งผลต่อการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในระดับบุคคล แต่ยังขยายผลไปสู่การเสริมพลังทางจิตสังคม การสร้างบทบาททางสังคมใหม่ของผู้สูงอายุ และการพัฒนาระบบดูแลแบบบูรณาการในระดับชุมชน ซึ่งสะท้อนศักยภาพของการขยายแนวคิดชีววิถีออกจากสถานบริการสุขภาพสู่พื้นที่ชีวิตจริงของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รongรับแนวคิดชีวภิบาล : 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย มีข้อสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 3 ข้อ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รongรับแนวคิดชีวภิบาล

ในระยะที่ 1 ได้พัฒนาโปรแกรมบนรากฐานความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในบริบทชุมชนจังหวัดเชียงราย โดยมุ่งสร้างหลักสูตรที่เข้าใจง่าย นำไปใช้ได้จริง และสามารถขยายผลได้ในระดับพื้นที่ ผลการพัฒนาพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการเรียนรู้ใน 4 มิติสำคัญ ได้แก่ การดูแลขั้นพื้นฐาน การดูแลในภาวะฉุกเฉิน การดูแลด้านจิตใจ และการเตรียมความพร้อมด้านการวางแผนชีวิตและการป้องกันมิฉกฉก โดยจากการสำรวจความต้องการดังกล่าว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และกำหนดเนื้อหาวิทยากรที่สอดคล้องกับปัญหาและความท้าทายที่ผู้ดูแลพบเจอจริงในชีวิตประจำวัน เช่น การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การจัดการยา การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การทำ CPR การป้องกันการล้ม การดูแลสุขภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ การจัดการความเครียด รวมถึงการวางแผนดูแลในวาระท้ายของชีวิต ตลอดจนการป้องกันภัยจากมิฉกฉก ซึ่งเป็นปัญหาเกิดขึ้นบ่อยในสังคมผู้สูงอายุปัจจุบัน ซึ่งโปรแกรมได้รับการปรับให้เหมาะสมกับทักษะและสมรรถนะของผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้จริงตามศักยภาพ เช่น ทักษะการรับฟัง การให้กำลังใจ การค้นหาปัญหาเบื้องต้นเพื่อประเมินและส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรสุขภาพในพื้นที่ กระบวนการเรียนรู้ถูกออกแบบในรูปแบบการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) และเป็นการบูรณาการระหว่างการเรียนรู้ภายในห้องเรียนและการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง โครงสร้างของโปรแกรมประกอบด้วย 5 แผนการเรียนรู้ (Modules) รวมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รวมระยะเวลาการฝึกอบรม 70 ชั่วโมง ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การดูแลในภาวะฉุกเฉิน การดูแลด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมในระยะท้ายของชีวิต ไปจนถึงการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านโดยใช้เครื่องมือการส่งเสริมพลังใจ เช่น ไฟกุดผ่น ซึ่งเป็นสื่อสร้างความสัมพันธ์และค้นหาปัญหาทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รongรับแนวคิดชีวภิบาล ต่อความรู้ ทักษะ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพบว่า ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหลังการฝึกอบรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการฝึกอบรมช่วยเพิ่มพูนความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ พบว่าทัศนคติของผู้เข้าร่วมเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ผู้ดูแลตระหนักถึงคุณค่าของบทบาทตนเอง และมีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น อีกทั้งการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นจากการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนผู้ดูแลและการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถนำความรู้ไปใช้แก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

อย่างเหมาะสม สุดท้ายทักษะการปฏิบัติด้านการดูแลผู้สูงอายุมีการพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าผู้เข้าร่วมสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีและขั้นตอนการดูแลในชีวิตจริงได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

ผลสำคัญที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ คือ การเกิดนวัตกรรมเชิงสังคมและการจัดการเรียนรู้ในมิติใหม่ ได้แก่

2.1 นวัตกรรมเสริมพลังแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer-to-Peer Empowerment Model) ซึ่งเปลี่ยนบทบาทผู้สูงอายุจากผู้รับการดูแลสู่ผู้ให้ ช่วยเสริมสร้างทุนทางสังคม ลดการพึ่งพาบุคลากรสุขภาพ และส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

2.2 การบูรณาการนโยบายชีววิถีสู่การปฏิบัติจริง ทำให้ชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะต้นจนถึงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุของประเทศ

2.3 การออกแบบโปรแกรมตามหลักการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ด้วยการให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สร้างการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและเน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดทักษะเชิงลึกและพร้อมใช้งานจริง

2.4 การสร้างศูนย์เรียนรู้เชิงปฏิบัติการของผู้ดูแลในชุมชน (Caregiver Community Lab) ให้โรงเรียนผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นศูนย์ฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยขยายบทบาทจากสถานที่ให้ความรู้สู่พื้นที่ทดลองนวัตกรรมชุมชนอย่างยั่งยืน

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไม่ได้เป็นเพียงหลักสูตรฝึกอบรม แต่เป็นโมเดลเสริมพลังที่สร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองตามแนวคิดชีววิถีอย่างแท้จริง และสามารถต่อยอดเพื่อขยายผลในระดับพื้นที่และระดับนโยบายได้อย่างสอดคล้องกับแนวโน้มสังคมสูงวัยของประเทศไทย

3. ขยายผลโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีววิถี ไปยังพื้นที่ที่กำหนดในจังหวัดเชียงราย

การขยายผลโปรแกรมไปยังพื้นที่เป้าหมาย 2 ของพื้นที่ในจังหวัดเชียงรายได้รับผลสัมฤทธิ์ที่ดี ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ใหม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมฝึกอบรมได้โดยไม่พบข้อจำกัดสำคัญด้านการบริหารจัดการ ส่งผลให้โปรแกรมสามารถถูกนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม หน่วยบริการสุขภาพและโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนให้การสนับสนุน และเห็นถึงประโยชน์ที่ชัดเจนต่อการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล รวมทั้งมีความพร้อมในการดำเนินงานต่อเนื่องในอนาคต ทั้งนี้ผลการวิจัยเรื่องโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีววิถี สะท้อนให้เห็นทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านศักยภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ และความก้าวหน้าด้านระบบการดูแลในระดับชุมชนอย่างครอบคลุม โดยผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีผลสอดคล้องกัน

โดยในขณะที่ผลเชิงคุณภาพช่วยขยายความเข้าใจเชิงลึกถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุและชุมชน โดยพบว่า ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนผ่านบทบาทจากผู้รับบริการมาเป็นผู้ให้บริการในชุมชน หรือที่สะท้อนชัดในฐานะ เพื่อนช่วยเพื่อน การได้ปฏิบัติจริงในชุมชน ผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีบทบาท และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ส่งผลให้เกิดคุณลักษณะของการสูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านยัง

ทำหน้าที่เป็นพื้นที่เยียวยาทางใจ ที่ช่วยลดความโดดเดี่ยวและสร้างความหมายใหม่ให้แก่ทั้งผู้เยี่ยมและผู้ถูกเยี่ยม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ไม่ได้วัดจากตัวเลข แต่มีความสำคัญในเชิงคุณภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันโปรแกรมได้นำไปสู่การเกิดเครือข่ายการดูแลร่วมระหว่างเทศบาล โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มจิตอาสา และมหาวิทยาลัย เกิดเป็นระบบดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงข้อมูล การส่งต่อ และการประเมินร่วม ทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีความต่อเนื่องมากกว่าการดำเนินงานเชิงโครงการแบบเป็นครั้งคราว อย่างไรก็ตามแม้ผู้สูงอายุมีบทบาทมากขึ้น แต่ยังคงตระหนักและยึดมั่นในขอบเขตวิชาชีพอย่างชัดเจน โดยปฏิบัติในบทบาทผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้กำลังใจ และผู้ส่งต่อมากกว่าการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาโมเดลการดูแลที่ปลอดภัยและยั่งยืน ทั้งยังมีข้อเสนอเพื่อขยายความยั่งยืนในอนาคต เช่น ระบบธนาคารเวลา อุปกรณ์เยี่ยมบ้าน และระบบการส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานท้องถิ่น

โดยสรุป ผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพชี้ว่าการดำเนินโปรแกรมนี้นอกจากเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุของผู้เข้าร่วม แต่ยังสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคม ได้แก่ การเสริมพลังผู้สูงอายุ การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน และการวางรากฐานของระบบชีววิถีที่ชุมชนเป็นเจ้าของ อันเป็นแนวทางสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยยุคสูงวัยอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อนในหลายมิติ อย่างไรก็ตาม การวิจัยยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลลัพธ์ ดังนี้

1. การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองและดำเนินการในพื้นที่กรณีศึกษาเพียงบางตำบลในจังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งของโรงเรียนผู้สูงอายุและได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง บริบทดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อระดับการมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ของโปรแกรม ทำให้การนำผลไปอ้างอิงในพื้นที่ที่มีความพร้อมต่ำกว่านี้ควรใช้ความระมัดระวัง
2. การประเมินผลลัพธ์บางตัวแปร เช่น ทักษะ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อาศัยการรายงานตนเองของผู้เข้าร่วมเป็นหลัก ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากความเอนเอียงในการตอบ (response bias) หรือแรงจูงใจเชิงสังคม แม้ว่าจะใช้เครื่องมือที่ผ่านการพัฒนาอย่างเป็นระบบแล้วก็ตาม นอกจากนี้ การติดตามผลของโปรแกรมยังเป็นการประเมินในระยะสั้นหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม จึงยังไม่สามารถสะท้อนความคงอยู่ของผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจน
3. โปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นในบริบทของการดำเนินงานเชิงโครงการ ซึ่งอาศัยทีมวิจัยและเครือข่ายภาคีในพื้นที่เป็นกลไกสำคัญ ผลลัพธ์ที่ได้จึงอาจแตกต่างจากการนำไปดำเนินการในระบบปกติของหน่วยงานรัฐ หากขาดโครงสร้างสนับสนุนและกลไกการประสานงานที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสะท้อนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน ดังนี้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรพิจารณาบูรณาการรูปแบบการฝึกอบรมผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในบริบทของนโยบายชีววิถีที่มุ่งเน้นการดูแลแบบต่อเนื่องและการพึ่งพาตนเองในระดับครัวเรือนและชุมชน
2. ควรมีการพัฒนาระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้างเพื่อให้การดำเนินงานของเพื่อนช่วยเพื่อนมีความยั่งยืน เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแกนนำผู้สูงอายุอย่างชัดเจน การเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการประสานงานและให้คำปรึกษา ทั้งนี้จะช่วยลดภาระของบุคลากรสุขภาพ และเสริมสร้างระบบดูแลแบบบูรณาการในระดับตำบล
3. การขยายผลโปรแกรมควรคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด การปรับเนื้อหา ระยะเวลา และรูปแบบการฝึกอบรมให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ จะช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการดูแลผู้สูงอายุ
4. ในเชิงนโยบายระดับมหภาค ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการขับเคลื่อนนโยบายชีววิถีไม่ควรจำกัดอยู่เพียงในสถานบริการสุขภาพ แต่ควรขยายไปสู่กลไกการเรียนรู้และการดูแลในชุมชน โดยใช้ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรสำคัญของระบบ การลงทุนในโปรแกรมที่เสริมพลังผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองและผู้อื่นได้ จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

รายการอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (Eds.). (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives.** New York: Longman.
- Aung, M. N., Yuasa, M., Moolphate, S., Lorga, T., Yokokawa, H., Fukuda, H., & Pothisiri, W. (2022). Effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: A cluster-randomized controlled trial. *Health Research Policy and Systems*, 20, 118.
- Aungabsee, J., Panyapinijngoon, C., & Sukjaroen, N. (2022). The Effectiveness of the Competency Promotion Caregiver Program for Patients and the Elderly. *Journal of Health and Nursing Education*, 30(1), 35-48.
- Charoenpoom, N., & Anothai, S. (2020). Elderly care in Thailand: Healthcare policy and services. *BMC Health Services Research*, 20(1), 123-134. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05588-5>
- Chu, J.-T., & Koo, M. (2023). Life satisfaction and self-esteem in older adults engaging in formal volunteering: A cross-sectional study in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (6) , 4 9 3 4 . <https://doi.org/10.3390/ijerph20064934>
- Frechman, E., Dietrich, M. S., Walden, R. L., & Maxwell, C. A. (2020). Exploring the uptake of advance care planning in older adults: An integrative review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), 1208–1222. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.043>
- Gao, F., Chui, P. L., Che, C. C., Xiao, L., & Zhang, Q. (2024). Advance care planning readiness among community-dwelling older adults and the influencing factors: A scoping review. *BMC Palliative Care*, 23 , Article 255 . <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01583-4>
- Ghani, Nor & Makhtar, Aniwani & Syed Elias, Sharifah Munirah & Ahmad, Norfadzilah & Ludin, Salizar. (2022). Knowledge, Practice and Needs of Caregiver in the

- Care of Older People: A Review. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CARE SCHOLARS*. 5. 70-78. 10.31436/ijcs.v5i3.269.
- Hailu, D., et al. (2024). Knowledge and skills of spousal caregivers in managing chronic diseases among elderly: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-01567-8>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00911-5>
- Jitapunkul, S., & Wivatvanit, S. (2021). Health challenges for elderly people in Thailand. *Journal of Public Health*, 19(4), 234-250. <https://doi.org/10.1111/jph.12345>
- Kanjanopas, T., & Thanapluetiwong, S. (2024). Advance care planning in older adults. *Rama Medical Journal*, 47(4). <https://doi.org/10.33165/rmj.2024.47.4.269209>
- Knodel, J., Chayovan, N., & Prachuabmoh, V. (2020). The impact of demographic transition on aging in Thailand. *Journal of Population Studies*, 36(2), 145-160. <https://doi.org/10.1080/09332480.2020.1765409>
- Liangpanich, P., Somprasert, C., & Imkome, O. (2018). The effects of a peer support group program on psychosocial rehabilitation abilities among caregivers of individuals with schizophrenia. *Royal Thai Army Nurses Journal*, 19(Special Issue), 214–223.
- Martínez-Melero, I., Ruiz-García, M. J., Ruiz-Merino, G., & García-Rubio, A. (2025). Impact of a community-based educational intervention on the burden and health-related quality of life of informal caregivers. *Geriatric Nursing*, 65, 103513. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103513>
- Moreira, A. C. A., Silva, M. J., Darder, J. J. T., Coutinho, J. F. V., Vasconcelos, M. I. O., & Marques, M. B. (2018). Effectiveness of an educational intervention on knowledge–attitude–practice of older adults’ caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1055–1062. 1055-1062. DOI:10.1590/0034-7167-2017-0100
- National Statistical Office of Thailand. (2021). *Thailand population and housing census*. Bangkok: National Statistical Office.
- National Statistical Office of Thailand. (2024). *The 2024 Survey of The Older Persons in Thailand Provincial Level*. Bangkok: National Statistical Office.
- Panthong W, Wattanaburanon A, Abdullakasim P, Chotigawin R. Effectiveness of a Self – Efficacy Program on Knowledge, Practices and Expectations on Elderly Care

- in relation to Physical Therapy of Caregivers in Tambon Takasem, Meuang District, Sa kaeo Province. NJPH [internet]. 2023 Aug. 31 [cited 2025 Dec. 12];33(2):71-84. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/265086>
- Payuha, C., Nassapat, S., Sonsit, P., & Chanthanui, K. (2025). Development of a community-based hospital Cheewabhibal service system for end-of-life care in Maha Sarakham Province. ASEAN Journal of Nursing and Health Sciences, 5 (2) , 4 7 – 5 9 . <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/3462/2208>
- Rajai, N., Lami, B., Pishgooie, A. H., Habibi, H., & Alavizerang, F. (2021). Evaluating the effect of peer-assisted education on the functioning in family caregivers of patients with schizophrenia: A clinical trial study. Korean Journal of Family Medicine, 42, 356–362. <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0098>
- Ruotong Liu, Iris Chi, Shinyi Wu, Impacts of Caregiving on Health of New Spousal Caregivers to Older Adults in the United States: A Coarsened Exact Matching Analysis, The Journals of Gerontology: Series B, Volume 78, Issue 7, July 2023, Pages 1257–1268, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad064>
- Schwei, R. J., Hetzel, S., Kim, K., Mahoney, J., DeYoung, K., Frumer, J., Lanzafame, R. P., Madlof, J., Simpson, A., Zambrano-Morales, E., & Jacobs, E. A. (2021). Peer-to-peer support and changes in health and well-being in older adults over time. JAMA Network Open, 4(6), e2112441. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.12441>
- United Nations. (2021). World Population Prospects 2021. New York: United Nations.
- Wongpimoln, B., Pholputta, L., Phengphol, N., & Udonsat, S. (2025). Program development of training for family caregivers caring for homebound older adults in a rural community in Thailand: A mixed-methods study. Journal of Caring Sciences, 14(3), 182–190. <https://doi.org/10.34172/jcs.025.33367>
- Xue, D., Peng, J., Wei, L., Cui, C., Ye, Y., & Wang, Y. (2025). Effects of peer-led or peer-supported physical activity interventions on health outcomes in community-dwelling older adults: A protocol for a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open, 15 , e109270 . <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-109270>

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือ



แบบสอบถาม โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุ โดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

แบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงรายโดยขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามตามสภาพความเป็นจริงและตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพราะจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย และคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อตัวท่านและครอบครัว และขอขอบพระคุณกับการสละเวลาอันมีค่ามาตอบคำถามในครั้งนี้

แบบสอบถามประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น	จำนวน 9 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดตอบคำถามดังต่อไปนี้

1. เพศ
(.....) 1.ชาย (.....) 2. หญิง 3.ไม่ระบุ (.....)
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ
(.....) 1.โสด (.....) 2.สมรสและยังอยู่ด้วยกัน (.....) 3.หม้าย (.....) 4.หย่าร้าง (.....) 5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
(.....) 1.ไม่ได้ศึกษา (.....) 2.ประถมศึกษา (.....) 3.มัธยมศึกษาตอนต้น
(.....) 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย (.....) 5.อนุปริญญา (.....) 6.ปริญญาตรี (.....) 7.สูงกว่าปริญญาตรี
5. ศาสนา
(.....) 1.พุทธ (.....) 2.คริสต์ (.....) 3.อิสลาม (.....) 4.อื่นๆ โปรดระบุ
.....
6. โรคประจำตัว
(.....) 1.ไม่มี
(.....) 2. มี โปรดระบุ (.....) 2.1โรคความดันโลหิตสูง (.....) 2.2โรคเบาหวาน
(.....) 2.3โรคข้อเข่าเสื่อม (.....) 2.4โรคไขมันในเลือดสูง (.....) 2.5อื่นๆ โปรดระบุ
.....
7. ยาที่ใช้เป็นประจำ (.....) 1.ไม่มี (.....) 2.มี โปรดระบุ
.....
8. อาชีพในปัจจุบันของท่าน
(.....) 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ (.....) 2.เกษตรกร (.....) 3.ค้าขาย (.....) 4.ธุรกิจส่วนตัว

(.....) 5.รับจ้างทั่วไป (.....) 6.ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ (.....) 7.อื่นๆ โปรดระบุ

.....

9. รายได้ปัจจุบัน.....บาท/เดือน

10. ความเพียงพอของรายได้

(.....) 1.เพียงพอและเหลือเก็บ (.....) 2.เพียงพอและไม่เหลือ

(.....) 3.ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน (.....) 4.ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

11. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

(.....) 1.ไม่มี

(.....) 2.มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา.....ปี

2.1 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล (เช่น เป็นพ่อ/แม่/ปู่/ย่า/ตา/ยาย/สามี/หรืออื่นๆ) โปรดระบุ

.....

.....

2.2 ท่านได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาหรือไม่

(.....) 2.2.1ไม่ได้รับ (.....) 2.2.2ได้รับ โปรดระบุ จำนวนเงิน...../เดือน

12. ความต้องการหรือความคาดหวังจากการเข้ารับการอบรมครั้งนี้

(.....) 1.เพื่อดูแลตนเอง (.....)

2.เพื่อดูแลคนในครอบครัว โปรดระบุ เช่น สามี พี่น้อง.....

(.....) 3.เพื่อดูแลผู้อื่น/เพื่อนในชุมชน

13. ท่านเข้าร่วมอบรมกับโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลใด

(.....) 1.ตำบลบ้านดู่ (.....) 2.ตำบลพญาเม็งราย (.....) 3.ตำบลเวียงชัย (.....) 4.ตำบลนางแล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

ข้อ	คำถาม
หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน	
1.	ถ้าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรค เราไม่จำเป็นต้องรู้ชื่อโรค
2.	ผู้สูงอายุที่เดินได้ควรอาบน้ำเองทุกวัน แม้จะมีความเสี่ยงลื่นล้ม
3.	การให้ผู้สูงอายุกินอาหารรสจัดช่วยให้เขารู้สึกกระปรี้กระเปร่า
หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน	
4.	ถ้าไม่มีใครช่วย ควรพยุงผู้สูงอายุที่หกล้มขึ้นโดยไม่รอ
5.	หากไม่ได้เรียน CPR เราก็สามารถนวดหัวใจได้ถูกต้องทันที
6.	การใส่เสื้อผ้าหนาเพียงชั้นเดียวโดยไม่ปิดมือ เท้า ศีรษะ เป็นวิธีป้องกันภาวะอุณหภูมิต่ำที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ
หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจ	
7.	การพูดว่า 'อย่าคิดมาก' เป็นวิธีที่ดีในการปลอบใจผู้สูงอายุ
8.	ผู้สูงอายุไม่ควรร้องไห้ในที่สาธารณะ เพราะดูไม่เหมาะสม
9.	ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมทำกิจกรรมใดเลย ควรปล่อยเขาให้อยู่ตรงนั้นโดยไม่ต้องทำอะไร
หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุในการวางแผนชีวิตและป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ	
10.	ควรรอให้มีโรคภัยเรงก่อน ค่อยคิดเรื่องพินัยกรรมหรือการดูแล
11.	ถ้าผู้สูงอายุไม่พูดถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แสดงว่าเขาไม่ต้องการให้เราสนใจเรื่องนี้
12.	หากมีคนไม่รู้จักโทรมาขอข้อมูลส่วนตัว ควรปฏิเสธทันที

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: กรุณาแสดงความเห็นของท่านต่อข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ระดับคะแนน: 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = ไม่แน่ใจ, 4 = เห็นด้วย, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

รายการ	ความคิดเห็น				
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
	5	4	3	2	1
1. ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior)					
1.1 ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ดีและมีคุณค่า					
1.2 ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุช่วยให้ครอบครัวและสังคมน่าอยู่ขึ้น					
1.3 ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่น่าหนักใจและลำบาก					
2. บรรทัดฐานสังคม (Subjective Norms)					
2.1 ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ					
2.2 ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ควรทำ					
2.3 ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่คนรอบตัวท่านชื่นชมบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ					
3. การควบคุมพฤติกรรมตนเอง (Perceived Behavioral Control)					
3.1 ท่านรู้สึกมั่นใจว่าท่านสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดี					
3.2 ท่านรู้สึกว่ามีข้อจำกัด เช่น อุปกรณ์การดูแล ท่านก็ยังช่วยเหลือผู้สูงอายุได้					
3.3 ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องยากเกินกว่าที่ท่านจะทำได้					
4. เจตนาพฤติกรรม (Behavioral Intention)					

รายการ	ความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	5	4	3	2	1
4.1 ท่านตั้งใจว่าจะช่วยดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวหรือชุมชน					
4.2 หากมีโอกาส ท่านอยากเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ					
4.3 ท่านอยากเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: กรุณาแสดงความเห็นของท่านต่อข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ระดับคะแนน: 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง / ไม่ได้รับเลย, 2 = ไม่เห็นด้วย / ได้รับน้อยมาก, 3 = ปานกลาง, 4 = เห็นด้วย / ได้รับมาก, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง / ได้รับมากที่สุด

รายการ	ความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง / ได้รับมากที่สุด	เห็นด้วย / ได้รับมาก	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย / ได้รับน้อยมาก	ไม่เห็นด้วย / ไม่ได้รับเลย
	5	4	3	2	1
1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support)					
1.1 เมื่อท่านเหนื่อยจากการช่วยดูแลผู้สูงอายุ มีคนให้กำลังใจท่าน					
1.2 ท่านมีคนที่จะใจให้พูดคุยปรึกษา เมื่อรู้สึกเครียด					
1.3 คนใกล้ตัวเข้าใจว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่เหนื่อย					
2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational Support)					
2.1. เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าจะดูแลผู้สูงอายุอย่างไร ท่านมีคนช่วยแนะนำท่าน					
2.2 ท่านรู้ว่าจะสอบถามใคร ถ้าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ					
2.3 ท่านมีคนบอกวิธีง่าย ๆ เช่น เรื่องอาหารหรือยาสำหรับผู้สูงอายุ					
3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือการปฏิบัติ (Instrumental Support)					
3.1 เมื่อท่านลำบาก มีคนช่วยพาไปหาหมอหรือทำธุระ					
3.2 มีคนช่วยแบ่งเบางานบ้าน เมื่อท่านดูแลผู้สูงอายุแล้วรู้สึกเหนื่อย					
3.3 ท่านได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน เช่น ผู้สูงอายุล้ม					

รายการ	ความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง / ได้รับมากที่สุด	เห็นด้วย / ได้รับมาก	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย / ได้รับน้อยมาก	ไม่เห็นด้วย / ไม่ได้รับเลย
	5	4	3	2	1
4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)					
4.1 มีคนชมว่าท่านเป็นคนที่ตั้งใจช่วยเหลือดูแลผู้อื่น					
4.2 คนรอบข้างเห็นคุณค่าในสิ่งที่ท่านทำให้กับผู้สูงอายุ					
4.3 ท่านรู้สึกว่าคุณในชุมชนให้กำลังใจฉันเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับความเห็นของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง ทำไม่ได้

คะแนน 1 หมายถึง ทำได้ แต่ไม่สมบูรณ์

คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เกือบสมบูรณ์

คะแนน 3 หมายถึง ทำได้และสมบูรณ์

หัวข้อทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ	ทำไม่ได้	ทำได้แต่ไม่สมบูรณ์	ทำได้เกือบสมบูรณ์	ทำได้และสมบูรณ์	หมายเหตุ
	0	1	2	3	
1. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน					
1.1 การรับประทานยา					
- ท่านสามารถแยกชนิดของยา และให้ยาตามที่หมอสั่ง					
- ท่านสามารถสังเกตว่าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติหลังใช้ยา (ผลข้างเคียง) เช่น เวียนหัว อาเจียน					
- ท่านตรวจวันหมดอายุของยาก่อนให้ผู้สูงอายุ					
1.2 การออกกำลังกาย					
- ท่านสามารถแนะนำการยืดเหยียดแขนขา ก่อนเริ่มออกกำลังกาย					
- ท่านสามารถสาธิตท่าออกกำลังกายง่ายๆ ได้					
- ท่านสามารถบอกอาการที่ผิดปกติ ขณะออกกำลังกาย					
2. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน					
2.1 การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)					
- ท่านสามารถโทรขอความช่วยเหลือ 1669 ก่อนหรือระหว่างการปฐมพยาบาล					

หัวข้อทักษะที่สำคัญในการดูแล ผู้สูงอายุ	ทำ ไม่ได้	ทำได้ แต่ไม่ สมบูรณ์	ทำได้ เกือบ สมบูรณ์	ทำได้ และ สมบูรณ์	หมายเหตุ
	0	1	2	3	
- ท่านสามารถประเมินการ เต้นของหัวใจและการ หายใจตามหลักการที่ ถูกต้อง ก่อนเริ่มทำ CPR					
2.2 การปฐมพยาบาลผู้ที่สำคัญ					
- ท่านสามารถบอกวิธีป้องกัน การสำลักได้ เช่น จัดท่า ศีรษะสูง แนะนำการใช้ หลอดดูดแทนการยกคีมจาก แก้ว					
- ท่านสามารถวางตำแหน่งมือ บริเวณหน้าท้องได้ถูกต้อง					
- ท่านสามารถตบหลัง (Back Blow) ได้อย่างถูกต้อง					
2.3 การทำแผล					
- ท่านสามารถล้างมือก่อน และหลังทำแผลได้ถูกต้อง ตามหลักการ					
- ท่านสามารถใช้แอลกอฮอล์ เช็ดรอบแผล และน้ำเกลือ ทำความสะอาดแผลได้ ถูกต้องตามหลักการ					
- ท่านสามารถถอดถุงมือได้ อย่างถูกต้องตามหลักการ					
3. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจ					
3.1 การจัดการความเครียด					
- ท่านสามารถบอกอาการของ ผู้ที่มีความเครียด					

หัวข้อทักษะที่สำคัญในการดูแล ผู้สูงอายุ	ทำ ไม่ได้	ทำได้ แต่ไม่ สมบูรณ์	ทำได้ เกือบ สมบูรณ์	ทำได้ และ สมบูรณ์	หมายเหตุ
	0	1	2	3	
- ท่านสามารถทำให้ผู้สูงอายุ เปิดใจระบายความรู้สึกกับ ท่าน					
- ท่านสามารถหาวิธีแก้ปัญหา ง่าย ๆ ร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น ขอความช่วยเหลือ หากคนรับ ฟัง					
3.2 การให้คำปรึกษาเบื้องต้น					
- ท่านสามารถฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดหรือถามแทรกขณะ ผู้สูงอายุกำลังเล่าเรื่องไม่ สบายใจ					
- ท่านสามารถตั้งคำถาม ปลายเปิด เช่น คุณรู้สึกอย่างไร กับเรื่องนี้					
- ท่านสามารถให้กำลังใจ ผู้สูงอายุ					
4. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุในการวางแผนชีวิตและป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ					
4.1 การเขียนความต้องการหรือ พันธียกรรม					
- ท่านสามารถอธิบาย ประโยชน์ของการเขียน ความต้องการหรือ พันธียกรรม					
- ท่านสามารถช่วยผู้สูงอายุคิด เกี่ยวกับความต้องการเมื่อไม่ สบายหนัก เช่น ไม่ต้องการ ให้ปั๊มหัวใจ ไม่ต้องการใส่ท่อ ช่วยหายใจ อยากให้ ลูกหลานรักกัน อยากให้ลูก พากลับบ้าน					

หัวข้อทักษะที่สำคัญในการดูแล ผู้สูงอายุ	ทำ ไม่ได้	ทำได้ แต่ไม่ สมบูรณ์	ทำได้ เกือบ สมบูรณ์	ทำได้ และ สมบูรณ์	หมายเหตุ
	0	1	2	3	
- ท่านสามารถเขียนความ ต้องการหรือพึงประสงค์ของ ตนเอง					
4.2 การป้องกันตัวจากมิจฉาชีพ					
- ท่านสามารถอธิบายคาถา รู้ทันสื่อ “หยุด คิด ถาม ทำ”					
- บอกวิธีป้องกันตัวจาก มิจฉาชีพได้ถูกต้อง เช่น ไม่ เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ตั้ง คำถามกับข้อความแปลกๆ ถามคนที่ไว้ใจ					
- ท่านสามารถใช้แอปพลิเคชัน (ฮูคอล) เพื่อป้องกัน มิจฉาชีพทางโทรศัพท์					

ภาคผนวก ข

สรุปแบบประเมินความพึงพอใจผู้เข้ารับการอบรม

สรุปแบบประเมินความพึงพอใจผู้เข้ารับการอบรม
(ผู้ตอบแบบสอบถาม 120 คน)

ระดับ 5 = มากที่สุดหรือดีมาก 4 = มากหรือดี 3 = ปานกลางหรือพอใช้ 2 = น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน 1 = น้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข

รายละเอียด	ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ
1. กระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ	
1.1 การประชาสัมพันธ์โครงการ ฯ	3.57
1.2 ความเหมาะสมของสถานที่	4.82
1.3 ความเหมาะสมของระยะเวลา	4.40
1.4 ความเหมาะสมของช่วงเวลา	4.56
1.5 การจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรม	4.64
รวม	4.40
2. เจ้าหน้าที่/วิทยากร/ผู้ประสานงาน	
2.1 ความรอบรู้ในเนื้อหาของวิทยากร	4.76
2.2 ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้	4.87
2.3 การตอบคำถาม	4.78
2.4 การมีใจบริการ	4.89
2.5 ความเหมาะสมของวิทยากร ในภาพรวม	4.80
รวม	4.82
3. การอำนวยความสะดวก	
3.1 สื่อการสอน	4.34
3.2 โสตทัศนูปกรณ์ เช่น เสียง ภาพ และอินเทอร์เน็ต	4.23
3.3 เจ้าหน้าที่สนับสนุน	4.45
3.4 อาหาร เครื่องดื่ม	4.54
3.5 สถานที่	4.78
รวม	4.47
4. คุณภาพการให้บริการ	
4.1 ท่านได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่ ๆ จาก	4.85
4.2 ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากโครงการ/กิจกรรมนี้ไปใช้ในการเรียน/	4.87
4.3 สิ่งที่ท่านได้รับจากโครงการ/กิจกรรมครั้งนี้ตรงตามความคาดหวังของ	4.79
4.4 สัดส่วนระหว่างการฝึกอบรมภาคทฤษฎีกับภาคปฏิบัติ มีความ	4.76
4.5 โครงการนี้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถของท่าน	4.89

4.6 โครงการนี้เป็นประโยชน์ต่อท่าน	4.88
รวม	4.84
ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจรวม	4.64

ภาคผนวก ค

เอกสารแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย
และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย



คำสั่งมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ที่ ๒๖๓๗/๒๕๖๘
เรื่อง แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย

ตามที่ อาจารย์อนัญญา อยู่สวัสดิ์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ได้ดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวาภิบาล : ๓ พื้นที่การศึกษาในจังหวัดเชียงราย นั้น เพื่อให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการทำเครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัย เป็นไปอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ (๒) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๔๗ จึงแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย ดังนี้

- | | |
|--|--|
| ๑. รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพงษ์ เรือนคำ | ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวพงษ์ ต้นสุวรรณวงศ์ | ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและ
การแพทย์ทางเลือก
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |
| ๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรา สมกำลัง | ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |

หน้าที่ ตรวจเครื่องมือการเก็บข้อมูลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดทำเครื่องมือการเก็บข้อมูลให้เป็นไปอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัชัย มุ่งไธสง)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office

COA No.071/2568
CRPPHO REC No.078/2568

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 424 หมู่ 5 บ้านหนองยาว ตำบลท่าสาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
รหัสไปรษณีย์ 57000 โทร. 053-910-328

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP)

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภิบาล: 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย
เลขที่โครงการ : CRPPHO 078/2568
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอนัญญา อยู่สวัสดิ์
สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
วิธีบทวน : การพิจารณาแบบเร็ว
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย
2. แบบสอบถามโครงการวิจัย
3. หนังสือชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ใบยินยอมให้ทำการวิจัย

(นายเอกชัย คำลือ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 6 พฤษภาคม 2568

วันหมดอายุ : 5 พฤษภาคม 2569

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไข ดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

	มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข	AF 07-06/03.0
	ตัวอย่างเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย (Information sheet) for research participant	

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิด
 ชีวบาบาส 3 พื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย

ผู้สนับสนุนการวิจัย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอนัญญา อยู่สวัสดิ์

สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงานและมือถือ) 053776526 และ 084-9199629

ผู้วิจัยร่วม

1. ชื่อ นางสาวฐิติมา ทาสวรรณอินทร์

สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงานและมือถือ) 053776526 และ 0856156541

2. ชื่อ นางสาวสายฝน สุภาศรี ตำแหน่ง อาจารย์

สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงานและมือถือ) 053776526 และ 085-0341106

3. ชื่อ นายวิพรรดิ พูลลาภ

สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงานและมือถือ) 053776526 และ 083-2444464

4. ชื่อ นางอุไรวรรณ ชัยมินทร์

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 424 ม.5 บ้านหนองยาว ต.ท่าสาย อ.เมือง จ.เชียงราย

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 053910300

Version.....1..... Date.....3/4/2568.....

	มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข	AF 08-06/03.0
	ตัวอย่างเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form)	

ตัวอย่างเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเพื่อนช่วยเพื่อน รองรับแนวคิดชีวภาพ: 3 พื้นที่
 กรณีศึกษาในจังหวัดเชียงราย

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และ

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสาร
 ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
 วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้
 รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้า มีเวลาและโอกาสเพียงพอในการ
 ชักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างถี่ถ้วน โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล
 โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วม
 การวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก ข้าพเจ้า
 เท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามา
 ตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการ
 ตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้
 ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการ
 ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการ
 ต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล
 เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

Version.....1..... Date...3/4/2568.....

ภาคผนวก ง

ภาพถ่ายกิจกรรม

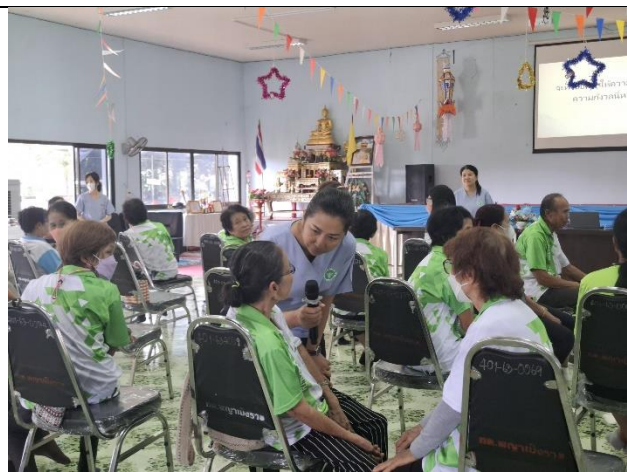
รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



