



## การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

### Development of the Elderly Care Model for Elderly Caregivers, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province

สุวิมลรัตน์ ครอบรูจัน<sup>1</sup>

Suwimolrat Robrujen<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแล และระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสนทนากลุ่มแบบสัมภาษณ์เชิงลึก คู่มือรูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ใช้รูปแบบ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้ม และสันถวนการ ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=12.22$  ; $p$ -value  $<.001$ ) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

**คำสำคัญ:** รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาคู่มือภาพการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

#### Abstract

The purpose of this research and development study was to develop of an elderly care model for elderly caregivers, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. The research procedure consisted of four phases including 1) context analysis, 2) developing the model, 3) testing and evaluating of the model and 4) improving the model. The instruments used in this study were a group discussion, an in-depth interview, a handbook of elderly caregiving activities, questionnaires, and behavioral observation. The data were analyzed and described using percentage, mean, standard deviation, independent t- test, and content analysis.

<sup>1</sup> วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>1</sup> Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani



The results of this study revealed that development of the elderly care model for elderly caregivers in which all activities were collaboratively designed by both researchers and 40 participants who were selected by purposive random sampling. The participants of this study were promoted to adapt their elderly caregiving through six activities as follows: The participants of this study were promoted to adapt their elderly caregiving through six activities as follows: 1) caregiving, 2) an elderly meeting at a temple, 3) demonstrating elderly values, 4) exchange ideas activities, 5) prototyping for the elderly care and the use of traditional herbal, and 6) smile and recreation. The results of the model implementation revealed that that knowledge of the elderly caregivers after using the model was higher than prior to using it, which was statistically significant ( $t = 12.22$ ;  $p\text{-value} < .001$ ). In relation this, the elderly caregivers had high levels of health care behavior of the elderly and were satisfied with the highest levels of health care for the elderly. Overall, experts were satisfied with the model, which was at a higher level, allowing caregivers to take care of the elderly's health.

**Keywords:** Elderly care model, Improving quality of care for elderly, Elderly, Elderly caregiver

## บทนำ

ประชากรโลกจำนวนทั้งหมด 6,605 ล้านคน เป็นประชาชนผู้สูงอายุจำนวน 440 ล้านคน และประมาณการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรโลกทั้งสิ้น 8,200 ล้านคน และประชากรในจำนวนนี้ จะเป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,100 ล้านคน ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากเช่นเดียวกันกับทั่วโลก และจากแนวโน้มประชากรสูงอายุระดับประเทศ พ.ศ.2503-2573(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ,2552)และมีการคำนวณประชากรแยกตามอายุ ดังนี้ วัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวน ร้อยละ 10.6 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2553 คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด และโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุของประเทศไทย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 : 2555-2559 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัวประมาณ 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2568 จากสถิติดังกล่าวเป็นข้อมูลสนับสนุนได้ว่า โครงสร้างของสังคมไทย เคลื่อนเข้าสู่ ระยะที่เรียกว่าสังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวน และสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 ในปี 2545 2550 2554 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นและต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุขเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ,2558). โดยมีนโยบายเร่งดำเนินการผลิตดูแล Caregiver 1 คน ต่อผู้สูงอายุติดบ้าน 5-7 คน และเป็นผู้ดูแล Caregiver ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสอดคล้องประสานกับการดูแลผู้สูงอายุโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีรายงานการติดตามประเมินผลการดำเนินงานแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 และผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2550-2554 โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมรวมถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของชุมชน ที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุดได้ บทบาทของผู้ดูแลจึงมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม กระทั่งเกิดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวของผู้ดูแล รวมถึงความขัดแย้งในการแบ่งเวลาทำหน้าที่หลายอย่างพร้อมกันและจากการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า บริบทการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเป็นารดูแลผู้สูงอายุแบบรายบุคคล เพราะแต่ละคนมีความต้องการหรือบริบทที่



แตกต่างกัน (สุมาลี เอี่ยมสมัย รัตนา เหมือนสิทธิ์และจรรยาตรี ทองมาก, 2555) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะมีบทบาทดูแลผู้สูงอายุในทุกด้าน ประสบการณ์การปฏิบัติของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน

จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุจำนวน 205,698 คน คิดเป็นร้อยละ 11.15 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) จำนวน 115,716 คน คิดเป็นร้อยละ 56.24) ผู้สูงอายุตอนกลาง(อายุ 70 - 79 ปี) จำนวน 62,657คน คิดเป็นร้อยละ 30.44 และผู้สูงอายุตอนปลาย(อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 27,425คน คิดเป็นร้อยละ 13.32 ของประชากรทั้งหมด มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 51 คน โดยการฝึกอบรมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 32 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2553) และฝึกอบรมโดยมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2558) จำนวน 19 คน รวมทั้งสิ้น 102 คน ปฏิบัติงานใน 25 อำเภอในจังหวัดอุบลราชธานีและอำเภอวารินชำราบ เป็นอำเภอที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด จำนวน 19,456 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 1.51 ของประชากรทั้งหมด และพบว่ามีผู้ดูแลผู้สูงอายุเพียงจำนวนน้อยไม่ถึง 10 คน รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่หลากหลายและพบปัญหาและช่องว่างของรูปแบบดังนี้ จากกลุ่มผู้สูงอายุยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นและกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน ขาดการดูแลที่ครอบคลุมรวมทั้งขาดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในเชิงรุกและขาดการบูรณาการทุกภาคส่วน ซึ่งนับเป็นวิธีการที่จะส่งเสริมผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยการกำหนดกิจกรรมหรือโครงการให้สอดคล้องกับความต้องการ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุในการส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และเนื่องมาจากการขาดการพัฒนา รูปแบบและแนวทางการดูแลที่จำเป็นและเหมาะสมต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ เริ่มตั้งแต่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ระดับครอบครัว หมู่บ้าน ชุมชน รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน (Long term care) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุขึ้น ในการที่จะสร้างให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ตระหนักและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมอันดีงามในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การที่สอดคล้องกับการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และสังคมเพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลให้มีคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเครื่องมือประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ
4. เพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ (Sanguannam, 2002) ที่ประกอบด้วยกระบวนการนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และการย้อนกลับ (Feedback) โดยศึกษา 4 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาและการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า คือ บริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 นำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพัฒนา



รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมทฤษฎีของแคปแลนด์ (Capland, 1993) มีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้ให้การดูแลได้รับการสนับสนุน ร่วมกับองค์ประกอบของพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ (Bloom, Engelhart, Furst, Hill, & Krathwohl, 1956) ได้พัฒนาแนวคิดดังกล่าวให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นได้แก่ พฤติกรรมการใช้สมองเพื่อการเรียนรู้ซึ่งมีการจัดแบ่งเป็น 6 ลำดับขั้น คือ การจำ ความเข้าใจ การปรับใช้ การวิเคราะห์ การประเมิน และการสร้างสรรค์ และองค์ประกอบของพฤติกรรมประกอบไปด้วย 3 ส่วน 1) ด้านพุทธิปัญญา 2) ด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติ และ 3) ด้านการปฏิบัติ โดยเนื้อหาการวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้เนื้อหาตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ในการปรับปรุงครั้งที่ 1 โดยทดสอบรูปแบบที่พัฒนา นำผลการประเมินมาพัฒนา และได้ดำเนินการตามรูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาครั้งที่ 2 ระยะเวลาที่ 3 ได้นำทดลองใช้และประเมินรูปแบบกิจกรรมฯ และระยะเวลาที่ 4 เป็นระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

**ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทของการดูแลผู้สูงอายุและสภาพปัญหา** เพื่อค้นหาสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 10 คน เครื่องมือใช้เป็นคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ เพื่อค้นหาปัญหาของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลในบริบทสถานการณ์ที่เป็นจริง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยรวมเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยศึกษาปัญหาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อนำข้อมูลมาเป็นเนื้อหาของการสร้างและพัฒนารูปแบบ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Frison & Procock (1992) เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่สามารถทำนายผลของการพัฒนารูปแบบได้ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 30 คน และควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อเพิ่มจำนวนตัวอย่างที่อาจเข้าร่วมวิจัยได้ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 20 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รวมทั้งสิ้น จำนวน 40 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์และอายุไม่เกิน 60 ปี และเป็นผู้สูงอายุไม่ติดเตียงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระบุว่าให้การดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นผู้นำผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลมากที่สุด 2) ต้องมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานเพียงพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้สูงอายุและเพียงพอต่อการประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุได้ 3) ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตามกลุ่มตัวอย่างและ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guideline) ใช้สัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มี 2 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตอนที่ 2 ข้อมูลสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยรวมเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ศึกษาข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2559



## ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลและเครื่องมือประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีรายละเอียดการสร้างคู่มือดังนี้(1) ยกวางรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยนำข้อมูลจากจากการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 1 และการวิเคราะห์จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาออกแบบโครงสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (2) นำคู่มือฉบับร่างไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ด้านการวัดผลและประเมินผล จำนวน 2 คน ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน/พยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยรวมเท่ากับ 0.98 และ (3) ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำรูปแบบไปใช้ใน ระยะที่ 3

### 2) เครื่องมือประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1) แบบทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบทดสอบความรู้ ชนิดเลือกตอบการประเมินผล 2 ระดับ คือ ถูกต้อง หรือ ไม่ถูกต้อง จำนวน 20 ข้อ ค่าความยากง่าย (p) เท่ากับ 0.22-0.82 และค่าอำนาจจำแนก (r) มากกว่า 0.22 ขึ้นไป ซึ่งถือได้ว่ามีความถูกต้องทางวิชาการสามารถนำไปใช้ได้ ต่อมานำแบบทดสอบความรู้ไปหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี KR-20 (Kuder-Richardson) (บุญชม ศรีสะอาด ,2553) ค่าเท่ากับ 0.89

2.2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert scale) จำนวน 5 ข้อ แบบประเมินส่วนนี้ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นการประเมินความพึงพอใจในด้านประโยชน์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านกระบวนการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และด้านการประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตอนที่ 2 เป็นความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิดและเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ หากคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยรวมเท่ากับ 0.88 นอกจากนี้ให้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าเท่ากับ 0.88

2.3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แบบประเมินมี 3 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลในกิจกรรมกระบวนการและขั้นตอนการดูแล ด้านจิตบริการของผู้ดูแล และด้านคุณภาพในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ หากคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยรวมเท่ากับ 0.96 นอกจากนี้ให้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าเท่ากับ 0.87

2.4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert scale) จำนวน 33 ข้อ โดยการสร้างแบบสอบถามทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุลักษณะแบบสอบถามทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงพัฒนามาจากแบบสอบถามของ วชิราพรพรณ เทพิน (2553) มีจำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้านได้แก่ 1) ด้านอาหาร



2) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 3) ด้านอาการกำเริบ 4) ด้านการขับถ่าย 5) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ 6) ด้านสุขภาพอนามัย และ 7) ด้านการปรับตัวต่อความเครียด หากคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยรวมเท่ากับ 0.86 และคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าเท่ากับ 0.88 แบบประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล จำนวน 4 ชุด ใช้ประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล ในระยะที่ 3

2.5) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม(Focus group discussion)ในขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ เนื้อหาและภาษาที่ใช้และเครื่องมือประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล ประโยชน์ของเครื่องมือ หากคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และความสอดคล้อง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยรวมเท่ากับ 0.88 เครื่องมือนี้ใช้ในขั้นตอนการวิจัยระยะที่ 4 ศึกษาข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2559

2.6) สรุปโปรแกรมที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนารูปแบบดังกล่าว ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เรื่อง การฝึกอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้แก่ธรรมชาติความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ คุณค่าผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม ความรู้เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมส่งเสริมความรู้การปฏิบัติของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการใช้ตัวแบบที่เป็นสื่อทั้งบุคคลหรือการสิ่งและประสบการณ์ โดยใช้ระยะเวลา ฐานละ 15 นาที ฐานที่ 1 ธรรมชาติความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ ฐานที่ 2 คุณค่าผู้สูงอายุ ฐานที่ 3 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และฐานที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 เรื่องกิจกรรมการพบปะผู้สูงอายุที่วัด เป็นกิจกรรมที่นัดหมายทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบปะกันรวมกิจกรรมทางศาสนาส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ในวันพระของแต่ละเดือนและวันเข้าพรรษา

กิจกรรมที่ 3 เรื่อง สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุตามหลักแนวทางแห่งวิถีพุทธ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุตระหนักถึงบุญคุณผู้ให้กำเนิด โดยจัดกิจกรรมบรรยายภาษาอีสานเรื่องคุณค่าผู้สูงอายุ เน้นการตกลงขบขัน สร้างความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุ (เวลา 15-30 นาที)

กิจกรรมที่ 4 เรื่อง กิจกรรมพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล (เวลา 30 นาที) โดยจัดกิจกรรมสันทนการ เพื่อละลายพฤติกรรม จากนั้นจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 5 เรื่องการสร้างต้นแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเน้นผู้สูงอายุที่มีองค์ความรู้ซึ่งสามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่ลูกหลาน สามารถแบ่งประเภทของภูมิปัญญาผู้สูงอายุได้ 4 กลุ่มดังนี้ 1) ภูมิปัญญาด้านการจักสาน 2) ภูมิปัญญาด้านการเกษตร 3) ภูมิปัญญาด้านการผลิตอาหารแห้งภาคอีสานเช่น ปลาแห้งแดดเดียว 4) ภูมิปัญญาด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ (เวลากลุ่มละ 15-30 นาที)

กิจกรรมที่ 6 เรื่อง กิจกรรมการสร้างรอยยิ้มและสันทนการแก่ผู้สูงอายุ เป็นการสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลินให้ผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุแสดงออก (เวลา 30 นาที)



**ระยะที่ 3 การทดลองใช้และการประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2

### ขั้นการทดลองใช้

1. จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามรูปแบบกิจกรรม 6 กิจกรรม จำนวน 9 ชั่วโมง ช่วงบ่าย จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง โดยมีการทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล ก่อนการเข้าร่วมรูปแบบกิจกรรม ด้วยแบบทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2

2. จัดผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุออกปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุที่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุคนละ 1 ราย (ผู้สูงอายุในครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง) พร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุต้นแบบที่ผ่านการอบรม (care manager) ซึ่งแจ้งการใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 เพื่อประเมินพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล ผู้สูงอายุประเมินความพึงพอใจในการออกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตามแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2

3. ทดสอบความรู้เรื่องกรดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล หลังการเข้าร่วมกิจกรรม 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบทดสอบความรู้ เรื่องกรดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ซุดเดียวกันกับก่อนการจัดกิจกรรมรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล พร้อมให้ผู้ดูแลประเมินความพึงพอใจแบบสอบถามความพึงพอใจของการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีต่อรูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเรื่องกรทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการเรียนรู้กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดสอบความรู้ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

2) พฤติกรรมกรปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและความพึงพอใจของผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมที่มีต่อรูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล หลังการจัดกิจกรรมรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบเกณฑ์ ผู้วิจัยกำหนดคะแนนไว้ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปรับปรุง

โดยศึกษาข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2559



**ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล** เป็นการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้ ความครบถ้วนสมบูรณ์มากที่สุด โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในระยะที่ 3 เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน ใน วันที่ 30 ธันวาคม 2559 เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการกลุ่ม ต่อมา ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

#### จริยธรรมหรือการพิทักษ์สิทธิ์ในกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยผ่านขั้นตอนการเสนอโครงการวิจัยและผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารการรับรองเลขที่ SSSJ.UB 59\_002 และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และให้สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล ในการตัดสินใจยินยอมเข้าเป็นกลุ่มแก่ผู้ให้ข้อมูลตามความสมัครใจ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อม ในการให้ข้อมูลและผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยให้ทราบเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล

### ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาท ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

**ระยะที่ 1 ผลการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล** ผลการวิเคราะห์ การศึกษาบริบทโดยการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) ของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลรายบุคคลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Key informant) เพื่อสะท้อนคิดถึงสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทสถานการณ์ที่เป็นจริงโดยผู้เข้าร่วมใน ระยะศึกษาบริบทจำนวน 40 คน ได้ระดมสมองและร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาในบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในบทบาท ผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลคือ 1) ไม่มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากพอ หรือไม่มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (30 คน) 2) องค์กรความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (29 คน) 3) มีความต้องการ สนับสนุนจากบุคลากรภาครัฐ เอกชนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง (27 คน) 4) ไม่มีทีมผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (20 คน) 5) การบริหาร จัดการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (19 คน)

ในส่วนความต้องการของผู้ดูแล พบว่า 1) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมา ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจเพิ่มเติมมากขึ้น 2) ต้องการได้รับความรู้เรื่องโภชนาการเพิ่มเติมมากขึ้นในกรณีผู้สูงอายุในความดูแลเป็นโรคเรื้อรังที่ รักษาไม่หายตลอดชีวิต

**ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลและเครื่องมือประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ**

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลประกอบการใช้รูปแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีรายละเอียดผลการพัฒนาคู่มือดังนี้ 1) การออกแบบพัฒนาหลักสูตรกิจกรรม 2) กำหนดประเด็น การพัฒนารูปแบบรวมกัน 3) การนำไปทดลองใช้ 4) การประเมินผล เนื้อหาโดยมีคู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้รูปแบบ เพื่อคุณภาพการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 หน่วยการเรียนรู้ หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 เรื่อง การฝึกอบรมให้ความรู้การดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ตามกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ ธรรมชาติความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ คุณค่าผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ความรู้เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหน่วยการเรียนรู้ที่ 2 กิจกรรมการพบปะ ผู้สูงอายุที่วัด หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 เรื่อง สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุตามหลักแนวทางแห่งวิถีพุทธพุทธ โดยผู้ดูแลตระหนักถึง





บุญคุณผู้ให้กำเนิด หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 เรื่อง กิจกรรมพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 เรื่อง การสร้างต้นแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ หน่วยการเรียนรู้ที่ 6 เรื่อง กิจกรรมการสร้างรอยยิ้มและสันถนาการแก่ผู้สูงอายุ ได้ผ่านการประเมินคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยรวมเท่ากับ 0.98 และกิจกรรมแต่ละครั้งจะประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแสดงประสบการณ์การสะท้อนความคิด/อภิปราย ความคิดรวบยอดจะมีการสนทนากลุ่มเพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากกรดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาการดำเนินการทดลองเป็นระยะเวลา 4 เดือน หรือทั้งหมด 16 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2559

2.2 เครื่องมือประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 2) แบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล 4) แบบประเมินพฤติกรรมผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล จำนวน 4 ชุดนี้ ใช้ประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล ในระยะที่ 3 และ 5) แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในการประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล สำหรับระยะที่ 4 เครื่องมือทั้ง 5 ชุดนี้ สามารถนำไปใช้ได้โดยผ่านการประเมินหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้ค่าตรวจสอบความตรงของเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.86-0.98 ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.8-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าอยู่ระหว่าง 0.87-0.88

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และการประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล ผลการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน และผู้สูงอายุที่ผู้ดูแล (เฉพาะญาติและลูกหลานเท่านั้น) ได้ไปปฏิบัติจริงที่บ้าน จำนวน 40 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอวารินชำราบ

1) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ( $\bar{X}$  =19.20, S.D.=0.88) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ( $\bar{X}$  =15.24, S.D.=1.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t= 12.22; p-value<0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล	$\bar{X}$	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนการทดลอง	15.24	1.78	12.22	39	<0.001
หลังการทดลอง	19.20	0.88			

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกรดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  =3.98, S.D.=0.58 )

3) ความพึงพอใจของผู้ดูแลที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยบทบาทผู้ดูแล ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  =4.58, S.D.=0.49 ) ส่วนรายด้านทุกด้านอยู่ระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่มีคุณค่า และมีความสุขที่ได้กระทำ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากตัวผู้สูงอายุและด้านความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่สังคมยอมรับมีภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่บ้านที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  =4.61, S.D.=0.47 ) ส่วนรายด้านทุกด้านอยู่ระดับมากที่สุด ได้แก่ด้านกระบวนการ ด้านจิตบริการและด้านคุณภาพการให้บริการ



**ระยะที่ 4 ผลการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ** พบว่า จากการสนทนากลุ่ม อางอิงผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ภายหลังการศึกษาในระยะที่ 3 แล้ว ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นในประเด็นคุณภาพของคู่มือประกอบการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านเนื้อหา ภาษาที่เข้าใจง่าย และเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลที่นำไปใช้ได้จริง ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบยืนยันรูปแบบว่ามีความสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลมีความสอดคล้องกับแนวคิดของบลูม ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับมากขึ้นไป และมีความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.78 ดังนั้น รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลนี้สามารถนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้

### อภิปรายผล

#### ระยะที่ 1 ผลการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลไม่มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากพอหรือไม่มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดการติดตามจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ขาดความรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ (2555) พบว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลในบทบาทผู้ดูแลจะช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ช่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองได้ มีความต้องการสนับสนุนจากบุคลากรภาครัฐ เอกชนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการติดตามดูแลผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี เอี่ยมสมัย รัตนา เหมือนลิทธิ และจรรยาตรี ทองมาก(2555) พบว่าการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลพูกวาง ช่วยดูแลเรื่องอาหาร ความรู้สึกของอผลที่มีต่อผู้สูงอายุในชุมชน คือเป็นคนที่มีคุณค่าทุกคนต้องช่วยกันดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของโรสลิน ปุระสิริ (2551) และรัตนา แยมศรี (2553) พบว่า บทบาทอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ด้านสังคมคือให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสม

**ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ** อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีรายละเอียดผลการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) การออกแบบพัฒนาหลักสูตรกิจกรรม 2) กำหนดประเด็นการพัฒนารูปแบบรวมกัน 3) การนำไปทดลองใช้ 4) การประเมินผล โดยเนื้อหาของคู่มือประกอบด้วย 6 กิจกรรมและใช้เครื่องมือประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.80- 1.00 ตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากผู้เชี่ยวชาญ ควรมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค การสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลตามแนวคิดของบลูม ลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุ คือการดูแลระดับปฐมภูมิ โดยการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการดูแลสุขภาพ และการดูแลระดับทุติยภูมิ โดยทางสังคม นันทนาการ และการสนับสนุนด้านจิตใจ



### ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล

พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล สูงกว่าก่อน การใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t= 12.22$  ;  $p\text{-value}<0.001$ ) มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=3.98$ ,  $S.D.=0.58$ ) ซึ่งหลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ภายหลังการอบรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา (2553) พบว่า ผลการทดสอบความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับคะแนนความรู้ภายหลังการเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนความรู้ก่อนเข้าร่วมโครงการและสอดคล้องกับรัตนา แยมศรี (2553) พบว่าการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภายหลังการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของคาฟเฟรี่ (Caffrey, 1991) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวในสถานพหุกิจกรรมการเอาใจใส่สถานอารมณ์ จิตสังคม พหุกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของ บลูม และคณะ (Bloom et. al., 1956) ได้อธิบายองค์ประกอบของพหุกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับความรู้ เป็นหาที่ที่แสดงออกว่าจะปฏิบัติได้ดีในอนาคตได้ สอดคล้องกับแคปแลนด์ (Capland, 1993) กลุ่มที่มีความผูกพันกันที่ดีคือครอบครัว ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.58$ ,  $S.D.=0.49$ ) ส่วนรายดานทุกดานอยู่ระดับมากที่สุด การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่มีคุณค่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากตัวผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่สังคมยอมรับมีภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ (Cieirelli, 1981). สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา แยมศรี (2553) พบว่า การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภายหลังการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขเป็นความสุขใจและภูมิใจพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุใน ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่บ้านที่ได้รับ การดูแลจากผู้ดูแล ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.61$ ,  $S.D.=0.47$ ) ส่วนรายดานทุกดานอยู่ระดับมากที่สุด ได้แก่ด้านกระบวนการ ด้านจิตบริการและด้านคุณภาพการให้บริการ สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่าผู้ดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยม ได้รับคำแนะนำที่ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ และผู้ดูแลต้องการความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990). และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมิลรัตน์ รอบฐะเงิน (2559) พบว่าปัจจัยการให้การสนับสนุนด้านการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และจากครอบครัว

**ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ** ผลการสนทนากลุ่มพบว่าผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับมากขึ้นไปและมีความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.78 สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี เอี่ยมสมัย รัตนา เหมือนสิทธิ์ และจรรยาศรี ทองมาก (2555) พบว่าผลการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกวางมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก

### สรุป

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญเกี่ยวกับพหุกิจกรรมการดูแล โดยรูปแบบที่ได้เป็นกระบวนการกำกับผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบรรลุตามเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีส่วนที่สำคัญในการเป็นผู้ควบคุมกำกับ สนับสนุนด้านการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) จัดตั้งชมรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่และสนับสนุนกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน



2) ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล โดยจัดทำคู่มือ และวิดิทัศน์ ประกอบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตลอดจนผู้สนใจ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2) ควรศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดเตียง เพื่อให้เกิดรูปแบบที่มีความหลากหลาย น่าสนใจ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้

#### รายการอ้างอิง

บุญชม ศรีสะอาด. (2553). **การวิจัยเบื้องต้น** (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2552). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. (2558). **ผลการลงนามร่วมมือ**. เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.ubu.ac.th/new/index.php>.

รัตนา แยมศรี. (2553). **การพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขเทศบาลเมืองรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

โรสลิน ประสิริ. (2551). **อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ตำบลบางสีทอง อำเภอนางรองจังหวัดนันทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.

ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา. (2553). **รูปแบบการพัฒนาผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองและการจัดการความรู้**. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การศึกษาระดับสูง) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วชิราพรพรณ เทพิน. (2553). **ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์ และจรรยาตรี ทองมาก. (2555). **รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแล สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกวาง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี**. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 77-87.

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2559). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี**. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(2), 70-84.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชันจำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558**. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2553). **รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีปี 2553**. อุบลราชธานี (อัครา).



อรอนงค์ กุลณรงค์, เฟลีนพิศ สุานิวฒนาหนท์ และลัทธมา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์**, 4(1), 14-27.

Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick, M.R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and Preparedness as Predictors of Caregiver Role Strain. **Research in Nursing & Health**, 13(6), 375-84.

Bloom, B.J. (Ed.), Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H. & Krathwohl, D.R. (1956). **Taxonomy of Educational Objectives: Handbook I: Cognitive Domain**. New York: David McKay.

Capland., R.L. (1993). **Stock :a clinical approach**. Boston: Butterworth-Heneman.

Caffey., R.A. (1991). **Family caregiving to the elderly in Northeast Thailand: Changing Pattern**. Dissertation of Doctor for Philosophy Department of Anthropology Oregon University.

Cieirelli, V. (1981). **Helping Elderly Parents: The Role of Adult Children**. Boston:Auburn House.

Frison, L. & Procock, S.J. (1992). Repeated Measure in Medical Trials: Analysis using Mean Summary Statistics and its Implications for Designs. **Statistics in Medicine**, 11, 1685 -1704.

Sanguannam, C. (2002). **Theory and practice in educational institution**. Bangkok: Book Point.