

## ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว

### ASSOCIATION BETWEEN HEALTH LITERACY WITH SOCIAL SUPPORT AND DEPENDENT ELDERLY CARE OF CAREGIVERS IN SA KAEO PROVINCE.

(Received: December 8,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

สุลีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ<sup>1</sup> เอมอัชมา วัฒนบุรณนที<sup>2</sup> สุนิศา แสงจันทร์<sup>3</sup> เสาวนีย์ ทองนพคุณ<sup>4</sup>

Suleerat Pechsombat<sup>1</sup> Aimutcha Wattanaburanon<sup>2</sup> Sunisa Sangjun<sup>3</sup> Saowanee Thongnopakun<sup>4</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย และปฏิบัติงานอยู่ จำนวน 320 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.0) อายุเฉลี่ย 52.41 ปี และมีประสบการณ์ 1-3 ปี (ร้อยละ 53.1) โดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 87.5) แรงสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 89.4) และการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.4) อยู่ในระดับดี ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ( $p = 0.028$ ) และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ( $p = 0.008$ ) นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ( $r = 0.707$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.687$ ) มีความสัมพันธ์ในระดับมากกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### Abstract

This survey research by cross-sectional study investigated the associations between health literacy with social support and dependent elderly care of caregivers in Sa kaeo province. The sample comprised 320 active caregivers who had completed the Ministry of Public Health's 70-hour training program, selected through stratified sampling. Data were collected via an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the chi-square test and Pearson's correlation coefficient.

Results indicated that most caregivers were female (91.0%), with a mean age of 52.41 years, and had 1-3 years of experience (53.1%). The majority demonstrated good levels of health literacy (87.5%), social support (89.4%), and caregiving for older adults (83.4%). Personal factors significantly associated with caregiving at the 0.05 level were educational attainment ( $p = 0.028$ ) and length of service ( $p = 0.008$ ). In addition, health literacy ( $r = 0.707$ ) and social support ( $r = 0.687$ ) showed strong correlations with caregiving for dependent older adults, significant at the 0.05 level.

**Keyword :** Health Literacy, Social Support, Elderly, Caregivers Dependent Elerly

<sup>1</sup> นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup> ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>3</sup> อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>4</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## บทนำ

ทั่วโลกกำลังประสบกับภาวะการเปลี่ยนผ่านทางประชากรศาสตร์ (Demographic Transition) อย่างรวดเร็ว โดยมีแนวโน้มหลักคือ อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) ของประชากรวัยทารกและเด็กได้ลดลงถึงระดับต่ำกว่าการทดแทน (Sub-replacement Level) ขณะเดียวกัน จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและต่อเนื่อง ไม่เว้นแม้แต่ประเทศไทยส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ภายใต้นโยบายระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน<sup>1</sup>

สถานการณ์ในระดับภูมิภาคเอเชีย พบว่าประเทศจีนมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และญี่ปุ่นมีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุด<sup>1</sup> สำหรับกลุ่มประเทศอาเซียน ส่วนใหญ่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด รองลงมาคือประเทศไทย<sup>1</sup> สาเหตุหลักของการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเกิดจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่สูงขึ้น โดยประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยชาย 71.9 ปี และหญิง 79.9 ปี<sup>2</sup> ได้สร้างภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพการยังชีพ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแก่รัฐบาล ชุมชน และครอบครัว<sup>3</sup> รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายระบบ LTC เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) และจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม<sup>3</sup> กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559–2566 รวมจำนวน 110,012 คน และปฏิบัติงานในโครงการ LTC จำนวน 105,877 คน<sup>4</sup> ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นทรัพยากรบุคคลสำคัญในระบบ LTC ที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพครอบครัวดีขึ้น<sup>3</sup>

จังหวัดสระแก้ว จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.99 ของประชากรทั้งหมด และจากการประเมิน Barthel ADL พบว่าเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงรวมกันร้อยละ 3.204<sup>5</sup> แม้จังหวัดสระแก้วจะมีลักษณะเศรษฐกิจฐานเกษตร มีรายได้ครัวเรือนค่อนข้างต่ำ และแรงงานวัยทำงานจำนวนมากย้ายถิ่นฐานไปยังเขตอุตสาหกรรม<sup>6</sup> ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมักขาดที่พึ่งพาและขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพตามหลักสูตรที่กำหนด สถานการณ์นี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่<sup>5</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด แม้จะพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแล<sup>7</sup> ทิศทางการพัฒนาผู้ดูแลระยะยาวในชุมชน<sup>8</sup> และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าตัวแปรด้านความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ<sup>9</sup> ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างความรู้ดังกล่าว ด้วยการศึกษารื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้ว” โดยประยุกต์กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 4 มิติ (การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, การทำความเข้าใจ, การประเมินข้อมูล/บริการ, และการนำไปใช้) ควบคู่กับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ House ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ (แรงสนับสนุนด้านอารมณ์, การให้การประเมินผล, ข้อมูลข่าวสาร, และเครื่องมือ/การ

ปฏิบัติการ)<sup>10</sup> ผลการศึกษาจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ  
จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนงานพัฒนา  
ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในระบบการ  
ดูแลระยะยาวต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้  
ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัด  
สระแก้ว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ  
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
(Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ  
(Survey Research) แบบภาคตัดขวางเพื่อ  
วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
(Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุ (Caregiver) จังหวัดสระแก้ว มีสถานะ  
ปฏิบัติงาน ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของ  
กรมอนามัย จำนวน 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง  
สระแก้ว อำเภอคลองหาด อำเภอวังน้ำเย็น อำเภอ  
โคกสูง อำเภอวังสมบูรณ์ อำเภอตาพระยา อำเภอ  
อรัญประเทศ อำเภอเขาฉกรรจ์ และอำเภอวัฒนานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่  
จังหวัดสระแก้ว โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นบุคคล  
สัญชาติไทย อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่  
มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดสระแก้ว ผ่านการอบรม  
หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง จากกรม  
อนามัย มีประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป  
ยินยอมและสมัครใจในการวิจัย

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel  
and Ross (1995)<sup>11</sup> ดังนี้

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2_{1-\alpha/2}}{d^2 (N-1) + \sigma^2 (Z^2_{1-\alpha/2})}$$

N คือ ขนาดประชากร 1,190 คน

Z คือ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือระดับ  
นัยสำคัญ 0.05 มีค่า 1.96

$Z\alpha/2$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับ  
นัยสำคัญ  $1-\alpha = 0.05$  หรือ 5% ระดับความ  
เชื่อมั่น  $1-\alpha = 0.95$  หรือ 95 % มีค่าเท่ากับ 1.96

$\sigma$  คือ ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผล  
การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัด  
อุตรดิตถ์<sup>9</sup> พบว่า บทบาทของผู้ดูแลในการดูแล  
ผู้สูงอายุ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50

d คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

n = 291 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน

ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบ  
กลับของ แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่  
กำหนดหรืออาจมีข้อมูลสูญหาย (Missing data)  
ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ร้อยละ 10<sup>9</sup>

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบ่งชั้น  
ภูมิ (stratified random sampling) ตามอำเภอ  
ทั้ง 9 อำเภอของจังหวัดสระแก้ว และจัดสรรขนาด  
ตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิง ในแต่ละอำเภอ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็น  
ตัวแทนของประชากรในการศึกษา โดยใช้โปรแกรม  
Microsoft excel จนได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ  
อำเภอ จำนวน 9 อำเภอ รวมจำนวน 320 คน  
ได้แก่ อำเภอเมืองสระแก้ว 158 คน อำเภอคลอง  
หาด 137 คน อำเภอวังน้ำเย็น 141 คน อำเภอโคก  
สูง 111 คน อำเภอวังสมบูรณ์ 125 คน อำเภอตา  
พระยา 124 คน อำเภออรัญประเทศ 119 คน  
อำเภอเขาฉกรรจ์ 85 คน และอำเภอวัฒนานคร  
190 คน

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House(1985)<sup>10</sup> ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจากกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ และอาจารย์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่า Index of Item Objective Congruence(IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 เมื่อนำไปนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความยากง่ายที่รับได้เท่ากับ 0.2-0.8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยเป็นแบบสอบถามในลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist) เลือกได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Health Literacy) จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Access) จำนวน 5 ข้อ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Understand) จำนวน 5 ข้อ การประเมินข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Appraise) ข้อ 5 ข้อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Apply) จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์<sup>12</sup> แปลผลระดับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3 ระดับ ดังนี้

ระดับปรับปรุง (20-46 คะแนน) ระดับพอใช้ (47-73 คะแนน) และระดับดี (74-100 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.882

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) จำนวน 4 ข้อ แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล จำนวน 4 ข้อ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ และแรงสนับสนุนด้านด้านเครื่องมือ จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์เบสท์<sup>12</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับปรับปรุง (16-36 คะแนน) ระดับพอใช้ (37-57 คะแนน) และระดับดี (58-80 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.840

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน จำนวน 3 ข้อ การฟื้นฟูสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 3 ข้อ และการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์เบสท์<sup>12</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับปรับปรุง (12-27 คะแนน) ระดับพอใช้ (28-43 คะแนน) และระดับดี (44-60 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.834

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) โดยวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson Correlation

### จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย : G-HS153/2567 ณ วันที่ 27 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 320 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.9 เพศชาย ร้อยละ 8.1 อายุเฉลี่ย 52.41 ปี โดยมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.6 การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ เช่น ค้าขาย เกษตรกร ร้อยละ 64.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,550.63 บาท ระยะเวลาในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1-3 ปี ร้อยละ 53.1 และมีประสบการณ์ในการฝึกการอบรมในการฝึกการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ เช่น อบรมฟื้นฟูการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อบรมการดูแลผู้สูงอายุออนไลน์ ร้อยละ 65.9

2. ความรอบรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม(ทุกด้าน) พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.5 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับดี ทุกด้าน ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Access) ร้อยละ 75.3 ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Understand) ร้อยละ 78.8 การประเมินข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Appraise) ร้อยละ 82.5

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Apply) ร้อยละ 86.3

3.แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวม(ทุกด้าน) พบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.4 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี คือ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ร้อยละ 98.1 แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) ร้อยละ 90.3 แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ร้อยละ 93.4 แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) ร้อยละ 90.3

4.การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม(ทุกด้าน) พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.4 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทุกด้าน คือ ด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.1 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.1 ด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้น อยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.0 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.1

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5.1 การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา ( $p$  - value = 0.028) และระยะเวลาในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( $p$  - value = 0.008) มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม (ทุกด้าน) มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับมาก ( $r = 0.707$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวม (ทุกด้าน) มีความสัมพันธ์กับ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับความสัมพันธ์โดยรวมมีความสัมพันธ์กันในระดับมาก ( $r = 0.687$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในจังหวัดสระแก้ว (n = 320)

ตัวแปร	r	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access)	0.522*	< 0.001
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ(Understand)	0.601*	< 0.001
การประเมินข้อมูลข่าวสาร (Appraise)	0.631*	< 0.001
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพ (Apply)	0.599*	< 0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทุกด้าน)	0.707*	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)		
ด้านอารมณ์	0.650	<0.001
ด้านการให้การประเมินผล	0.521*	<0.001
ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.569*	<0.001
ด้านเครื่องมือ	0.459*	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทุกด้าน)	0.687*	<0.001

\*p-value < 0.05

### สรุปอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระแก้วมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Apply) และการประเมินข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Appraise) สะท้อนว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีความสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี ยืนยันด้วยผลการศึกษาศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม(ทุกด้าน) อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) มีระดับต่ำที่สุด ซึ่งแสดงถึงข้อจำกัดทั้งเชิงโครงสร้างและบริบท เช่น ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย หรือข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจในยุโรปโดย Sorensen et al.<sup>13</sup> ที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการเป็นหนึ่งในมิติที่

ประชาชนเผชิญอุปสรรคมากที่สุด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือชายขอบ ในบริบทประเทศไทย งานวิจัยของ พิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์<sup>14</sup> ชี้ว่าการพัฒนาโปรแกรมเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านการอบรมและกิจกรรมกลุ่มสามารถยกระดับการค้นหาข้อมูลและบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้จริง

2. ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระแก้วได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับดี เมื่อพิจารณาเชิงรายละเอียดตามมิติของ House<sup>10</sup> พบว่า ด้านแรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสมอเมื่อรู้สึกท้อใจหรือหมดพลังในการดูแล ขณะที่ชุมชนยินดีรับฟังและพร้อมสนับสนุนงาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ลดความเครียดในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ผลการดูแลมีคุณภาพมากขึ้น ยืนยันด้วยผลการศึกษาศึกษาการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม (ทุกด้าน) อยู่ในระดับดี

3. ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในหลายด้านได้ดี โดยเฉพาะ ด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทักษะและความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และสามารถสังเกตประเมิน และวางแผนความร่วมมือในการดูแลได้อย่างไรก็ตาม การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เฉพาะด้าน เช่น การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย หรือ การดูแลด้านความปลอดภัยยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติด้านทักษะเฉพาะ และชี้ให้เห็นความจำเป็นในการเสริมสร้าง Health Literacy ด้านปฏิบัติ (Practical Health Literacy) และ แร่งสนับสนุนเชิงปฏิบัติจากครอบครัวและชุมชน<sup>10,13,14</sup>

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงเข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากกว่า สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ การพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมและการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนถือเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม<sup>9,13,15,16</sup> นอกจากนี้ การศึกษาสูงมักเกี่ยวข้องกับทักษะการอ่าน การตีความข้อมูล และความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งสำคัญต่อการเลือกใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยงานวิจัยของ Nutbeam<sup>15</sup> และ Sorensen et al.<sup>13</sup> ชี้ว่าความ

รอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและการศึกษา ซึ่งเป็นตัวกำหนดศักยภาพในการจัดการสุขภาพทั้งของตนเองและผู้สูงอายุ การศึกษาของศิวพร ชุ่มเย็น<sup>9</sup> และศุภลักษณ์ กาญจนดิษฐ์ และคณะ<sup>16</sup> พบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงสามารถเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมได้มากกว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และระยะเวลาการดูแลนานกว่า จะมีความชำนาญ ทักษะ และการปรับตัวในการรับมือกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งเริ่มปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และจัดการปัญหาสุขภาพได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>9</sup> ที่ชี้ว่าระยะเวลาการดูแลมีผลต่อคุณภาพการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลานานมีความสามารถในการให้การดูแลเชิงรุกและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ยาวนานมักมีความมั่นใจในการดูแลและสามารถจัดการทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าผู้ดูแลใหม่<sup>9</sup> นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ยาวนานยังสัมพันธ์กับการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ทั้งจากครอบครัว หน่วยงานชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น ดังที่ชุดิมา คงจันทร์<sup>17</sup> อธิบายว่าความต่อเนื่องของการดูแลและเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพการดูแลระยะยาว

4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีความสัมพันธ์มากกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าย่อมมีศักยภาพในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพ

ไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น ความสัมพันธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า Health Literacy ไม่ได้เป็นเพียงแค่ความรู้เชิงทฤษฎี แต่เป็นทักษะชีวิตที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเชิงสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ

4.3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีความสัมพันธ์มากกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง โดยได้รับการสนับสนุนจาก 4 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมศักยภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล การตีความตามกรอบแนวคิดของ House<sup>10</sup> แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถจำแนกออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งช่วยลดความเครียดและเสริมพลังใจ แรงสนับสนุนด้านการประเมินผลที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สะท้อนความคิดและประเมินตนเอง แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ที่เพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านสุขภาพ และ แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ ที่ช่วยจัดหาทรัพยากรและอุปกรณ์ที่จำเป็น ทั้งหมดนี้มีบทบาทโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลในทุกมิติ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการประสานงานเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) มีระดับความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ทุกด้าน) อยู่ในระดับดี แต่ยังมีบางเรื่องที่ยังเป็นข้อกังวลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการได้ เช่น ไม่กล้าไปพบหรือขอคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และไม่

สะดวกในการค้นหาสอบถามจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือโดยเร็ว ซึ่งอาจกระทบต่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จึงควรสร้างช่องทาง หรือระบบสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุข เช่น ไลน์ สื่อสาร ถามตอบรวบรวมข้อสงสัย การให้คำแนะนำที่สะดวกรวดเร็ว รวมทั้งลิงค์แหล่งข้อมูลน่าเชื่อถือได้ และนำเทคโนโลยีมาใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพออนไลน์ที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเข้าใจง่าย

2. จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทุกด้าน) ระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายด้าน จะพบว่ามีบางประเด็นที่ทำให้ไม่ได้รับสนับสนุนการดำเนินงานเท่าที่ควร เช่น ไม่มีเพื่อนร่วมงานที่พร้อมรับฟัง อาจทำให้รู้สึกไม่มั่นใจหรือขาดพลังใจในการทำงาน จึงควรมีระบบช่วยเหลือจับคู่ Buddy ทำงานช่วยกันและกัน เติมเต็มกำลังใจ แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงาน ปรึกษาหารือกันได้

3. จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีระดับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ทุกด้าน) อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ ยังมีบางประเด็นที่ควรพัฒนา เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย การทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การแนะนำแหล่งช่วยเหลือปรับปรุงบ้านให้ปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เช่น หน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรใช้ผลการวิจัยนี้ในการกำหนดนโยบาย การจัดโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาตรการในการฟื้นฟูศักยภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนอุปกรณ์ คู่มือสุขภาพ การสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และทดลองวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทชุมชน

2. การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ ระบบ e-Health หรือการจัดทำแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้น สามารถติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้สะดวกและรวดเร็ว

3. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเข้าใจประสบการณ์ ความรู้สึก และ

ความท้าทายที่พบในการรับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยอธิบายกลไกการทำงานของแรงสนับสนุนที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน

4. ควรศึกษารูปแบบแรงสนับสนุนทางสังคมเฉพาะกลุ่มเปรียบเทียบแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มใดมีอิทธิพลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงลึกในการออกแบบนโยบายและมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations.(2022). World Population Prospects 2022 Summary of Results. 2022. Available From: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022\\_summary\\_of\\_results.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf)
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2566. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. เข้าถึงจาก : <https://ipsr.mahidol.ac.th/>
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงาน.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานบุคลากรด้านการดูแลระยะยาว. 2567. เข้าถึงจาก: <http://ltc.anamai.moph.go.th>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.(2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. รายงานมาตรฐาน. การคัดกรอง จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2567, เข้าถึงจาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51>.
6. สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดสระแก้ว.(2565). รายงานคุณภาพชีวิตคนสระแก้วจากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.).
7. ประเสริฐ สาวิรัมย์.(2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เขียวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(1): 86-100.

8. กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์ และ นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. ทิศทางของการ พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(4): 15-24. เข้าถึงจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/article/view/164854>
9. ศิวพร ชุ่มเย็น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2566; 34(1): 158-171.
10. House, J. S. and Kahn, R. L. Measures and Concepts of Social Support. In: Cohen, S. and Syme, S.L., Eds., Social Support and Health, Academic Press, New York. 1985, 83-108.
11. Daniel, W. W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (6th ed.). New York: John Wiley & Sons. 1995.
12. Best, J. W., & Kahn, J. V. (1998). Research in education. Allyn and Bacon. . Available From: <https://books.google.co.th/books?id=jGgkQAAMAAJ>
13. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1–13. Available From: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
14. วิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์. การพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566; 2(พิเศษ): p. 22–30. เข้าถึงจาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/1405>
15. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 2008. 67(12), 2072–2078. Available From: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
16. ศุภลักษณ์ กาญจนดิษฐ์, อมรพรรณ ศรีสุคนธ์, และวาสนา ศรีรักษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 15(1): 45-58.
17. ชูติมา คงจันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564; 7(13): 53-67.