การดูแลสุขภาพครอบครัวตลอดช่วงชีวิตในครอบครัวพหุวัย: บริบทการดูแลผู้สูงอายุและสมรรถนะผู้ดูแลในชุมชน

Family Health Care Across the Life Course in Multigenerational Families: Older Adult Care and Competencies of Community Caregivers.

(Received: September 19, 2026; Revised: September 20, 2026 ; Accepted: September 22, 2026)

อุมาสวรรค์ คลาร์ก[1] ชื่นชม ยุสเซน[2]
Umasawan Clarke[1] Chuenchom Joussen[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพและการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวพหุวัยที่มีผู้สูงอายุในชุมชน และ 2) ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพหุวัย ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ และครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเนื้อหาการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ครอบครัวพหุวัยมี เด็ก วัยทำงาน และผู้สูงอายุอยู่ร่วมกัน มีการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ และแบ่งบทบาทภายในบ้าน โดยผู้ดูแลหลักเป็นลูกหลานหรือผู้รับจ้างดูแล 2) สมรรถนะผู้ดูแล ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และทัศนคติ โดยครอบคลุมความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง อาหาร ยา การใช้นวัตกรรมดิจิทัลมาช่วยในการดูแล ทักษะการเคลื่อนย้าย การทำแผล การปฐมพยาบาล การจัดการความเครียด และความเข้าใจธรรมชาติของคนต่างวัย 3) ความสามารถในการดูแลได้รับอิทธิพลจากสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล ความเครียดจากการแบกรับภาระการดูแล (Caregiver Burnout) สภาพบ้านเรือน ปัญหาเศรษฐกิจ/ค่าใช้จ่าย สิ่งอำนวยความสะดวก และเครือข่ายสนับสนุน และ 4) การพัฒนาผู้ดูแลควรใช้โปรแกรมหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่และเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพครอบครัว, การดูแลตลอดช่วงชีวิต, ครอบครัวพหุวัย, ผู้สูงอายุ, สมรรถนะผู้ดูแล

Abstract

This survey research aimed to: 1)Explore the context of health care and intergenerational living among members of multigenerational families with older adults in the community; and 2) investigate the essential competencies, related factors, and approaches for developing the competencies of caregivers of older adults in multigenerational families. In-depth interviews were conducted with 20 participants selected through purposive sampling. The participants included community leaders, registered nurses/public health personnel working in subdistrict health-promoting hospitals in the study area, and members of selected families demonstrating effective care of older adults. Data were collected using semi-structured interviews. The interview data were transcribed, verified for accuracy, and analyzed using content analysis.

The findings revealed four major themes. 1) Multigenerational families consisted of children, working-age adults, and older adults living together, with communication, interaction, and shared household roles. Primary caregivers were commonly children or grandchildren of the older adults, or paid caregivers. 2) Caregiver competencies comprised knowledge, skills, and attitudes. These included knowledge of chronic diseases, nutrition, medication management, and the use of digital innovations to support caregiving; skills in transferring and mobilizing older adults, wound care, first aid, and stress management; as well as an understanding of the characteristics and needs of individuals across different generations. 3) Caregiving

[1] อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

[2] อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา Correspondent Author: chuenchom.jo@skru.ac.th

capacity was influenced by caregivers' physical and mental health, stress resulting from the burden of caregiving and caregiver burnout, housing conditions, economic and financial constraints, available facilities, and support networks. 4) Caregiver development should be implemented through programs or training curricula that are compatible with local ways of life and integrated with community support networks.
KEYWORDS: Family Health care, Life-Course Approach, Multigenerational Family, Older Person Care, Caregiver Competency

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบันพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะพบ 1 ใน 6 ของประชากรทั่วโลกเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2593 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (2,100 ล้านคน) และระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง 2593 จำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มขึ้น 3 เท่า คิดเป็นจำนวน 426 ล้านคน[1] และยังพบว่าในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 13.45 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.70 ต่อประชากรทั้งประเทศ และในปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์ (complete age society) คาดว่าประชากรสูงอายุจะมีจำนวนสูงขึ้นถึงร้อยละ 28 ในปี 2576[2] ซึ่งในขณะเดียวกันจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้มีแนวโน้มที่ลดลง[3]

อย่างไรก็ตาม กระบวนการสูงวัยสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางกายและสรีรวิทยา การลดลงของความสามารถในการดำเนินชีวิต และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ สุขภาวะของผู้สูงอายุยังสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมทางสังคม สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ตลอดจนการเข้าถึงและการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนสุขภาพและการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ[4,5]

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุย่อมนำมาซึ่งความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นทั้งในผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพตลอดจนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน ในภาพรวมการดูแลอาจมีความคล้ายคลึงกัน แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลในประเด็นปลีกย่อยตามลักษณะของผู้สูงอายุย่อมมีความแตกต่างกัน หากแบ่งผู้สูงอายุออกตามภาวะสุขภาพหรือความมีโรค สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุแข็งแรง ไม่มีโรค (Healthy older person) และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง (Older person with chronic diseases)[6] ในเชิงการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุอาจจำแนกอย่างกว้าง ๆ ตามระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือไม่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอาจเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการสูงวัย ภาวะสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อม ทั้งนี้ การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสมสามารถช่วยชะลอการลดลงของความสามารถและการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงได้[7,8] จากการสำรวจพบว่ามีผู้สูงอายุ 5 ใน 10 คน เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิง ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุด้วยบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จะแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง มีภาวะพึ่งพิงมาก เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ พบร้อยละ 0.3 2) กลุ่มติดบ้าน มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง พบร้อยละ 0.5 และ 3) กลุ่มติดสังคม พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้[9] สอดคล้องกับรายงานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 พบว่ามี

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.79 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 3.21[10] และรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.4 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 2.6[11] ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 22.6 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 12.9 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2567 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีร้อยละ 8.6 โดยเมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัย พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มวัยปลาย (80 ปี ขึ้นไป) มีจำนวนผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 32.8 รองลงมาคือ กลุ่มวัยกลาง (70-79 ปี) มีผู้ดูแล ร้อยละ 10.1 และกลุ่มวัยต้น (60-69 ปี) มีสัดส่วนผู้ดูแลมีเพียง ร้อยละ 3.4 แสดงให้เห็นว่า การมีผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้น[2]

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้กระทบเฉพาะผู้สูงอายุแต่เชื่อมโยงกับสมาชิกทุกช่วงวัยในครอบครัว ทั้งเด็ก วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ผ่านการจัดสรรเวลาทรัพยากร บทบาท และความสัมพันธ์ภายในครัวเรือน แนวคิดการดูแลสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (life-course approach) มองสุขภาพว่าเป็นผลสะสมของปัจจัยทางชีวภาพ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ที่เชื่อมต่อกันตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงวัยสูงอายุ รวมทั้งส่งผลข้ามรุ่น องค์การอนามัยโลกเสนอหลักสำคัญของแนวคิดนี้ ได้แก่ การดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ความเสมอภาค การดำเนินการในช่วงเวลาที่เหมาะสม การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างช่วงวัยและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และความต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต[12] ดังนั้น เมื่อครอบครัวมีสมาชิกหลายช่วงวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน การดูแลผู้สูงอายุจึงไม่ควรถูกมองเป็นภารกิจเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพครอบครัวที่สมาชิกแต่ละวัยมีบทบาทต่อกัน และต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายชุมชน[13]

ผู้ดูแลครอบครัวเป็นกำลังสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แต่บทบาทดังกล่าวต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และความสามารถในการจัดการสถานการณ์ที่ซับซ้อน จากการศึกษาของ Harvath และคณะ เสนอกรอบสมรรถนะการดูแลครอบครัวที่ครอบคลุมธรรมชาติของการดูแล การประเมินครอบครัว การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และบริบทการดูแล[14] ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการอบรมที่มีโครงสร้างสามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะของผู้ดูแลได้[15] อย่างไรก็ตาม สมรรถนะทางเทคนิคเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เพราะภาระการดูแล สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนล้วนมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง[16,17]

อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นพื้นที่ที่มีครอบครัวพหุวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน และมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยบทบาทของครอบครัวควบคู่กับการสนับสนุนจากเครือข่ายในชุมชน เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลและมีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุผ่านหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน การทำความเข้าใจบริบทการดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมกันของสมาชิกต่างช่วงวัย สมรรถนะที่จำเป็นของผู้ดูแล ตลอดจนปัจจัยที่เอื้อต่อหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแล จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางสนับสนุนผู้ดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่[18] การศึกษานี้จึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพครอบครัวตลอดช่วงชีวิต เพื่อเชื่อมโยงมิติความสัมพันธ์ระหว่างวัย การดูแลผู้สูงอายุ และระบบสนับสนุนในชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนา

หลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพและการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวพหุวัยที่มีผู้สูงอายุในชุมชน

2. เพื่อศึกษาสมรรถนะที่จำเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพหุวัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษา บริบทการดูแลสุขภาพและการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวพหุวัยที่มีผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งสมรรถนะที่จำเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพหุวัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (life-course approach) ของ WHO (World Health Organization)[12] เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ และครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ และครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้นำชุมชน อสม. ครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 2 ปี 2) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้นำชุมชน อสม. ครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี อาศัยอยู่ในชุมชนน้อยกว่า 2 ปี 2) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำงานในพื้นที่น้อยกว่า 1 ปี 3) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสัมภาษณ์หลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) สภาพจริงของการอยู่ร่วมกันของคนทุกช่วงวัย บริบทการดูแลผู้สูงอายุ และสภาพที่คาดหวัง 2) สมรรถนะที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของผู้ดูแล และ 4) วิธีการพัฒนาผู้ดูแลให้มีสมรรถนะตามที่คาดหวัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาที่ต้องการวัด โดยใช้วิธีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวคิดของ Rovinelli และ Hambleton ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.80 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ในการพิจารณารายข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยถือว่าข้อคำถามเหล่านั้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสม

สำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล[19] การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[20] ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคล้าและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูล จากนั้นสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างตามประเด็นที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) ถอดเนื้อหาการสัมภาษณ์ 2) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถอดได้ และ 3) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อจัดกลุ่มสาระสำคัญ แนวคิด ความหมาย และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับบริบทครอบครัว สมรรถนะผู้ดูแล ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล และแนวทางพัฒนาผู้ดูแล แล้วนำเสนอผลในรูปแบบเชิงพรรณนา

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ รหัสโครงการ SS1-07-2567-02 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดย ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ ที่อยู่ หมายเลขประจำตัว ตลอดจนข้อมูลอื่นๆ ที่จะเป็นการชี้นำให้เกิดการเปิดเผยทางอ้อม

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 20 คน พบสาระสำคัญ 4 ประเด็นหลัก ซึ่งสะท้อนการดูแลผู้สูงอายุในระบบสุขภาพครอบครัวพหุวัยและระบบสนับสนุนระดับชุมชน ดังนี้

1. ครอบครัวพหุวัย: การอยู่ร่วมกันและการแบ่งบทบาทในการดูแล

บริบทครอบครัวในอำเภอบางคล้ามีสมาชิกต่างช่วงวัย ได้แก่ เด็ก วัยทำงาน และผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกัน ภายในบ้านมีการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ และการแบ่งหน้าที่ระหว่างสมาชิก การดูแลผู้สูงอายุจึงเกิดขึ้นท่ามกลางกิจวัตรและบทบาทของคนหลายวัย ไม่ได้แยกออกจากชีวิตครอบครัวโดยสิ้นเชิง ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นลูกหลาน ขณะที่บางครัวเรือนใช้ผู้รับจ้างดูแลร่วมด้วย ภาพที่ผู้ให้ข้อมูลคาดหวังคือการอยู่ร่วมกันของคนต่างวัยที่มีความสุข เกื้อกูลกัน และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. สมรรถนะผู้ดูแล: ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เชื่อมโยงกัน

ผู้ให้ข้อมูลมองว่าสมรรถนะที่จำเป็นของผู้ดูแลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่ต้องพัฒนาไปพร้อมกัน ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และทัศนคติ (Attitude) ด้านความรู้ ผู้ดูแลควรเข้าใจโรคเรื้อรัง อาหาร การใช้ยา และการประยุกต์นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อช่วยดูแล ด้านทักษะ ควรมีความสามารถในการปฏิบัติที่จำเป็น เช่น การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การทำแผล การปฐมพยาบาล และการจัดการความเครียด ขณะที่ด้านทัศนคติให้ความสำคัญกับมุมมองอารมณ์ ความอดทน และความเข้าใจธรรมชาติของคนต่างวัย ซึ่งมีผลต่อคุณภาพความสัมพันธ์และการดูแลภายในบ้าน

3. สุขภาวะผู้ดูแล สภาพแวดล้อม และเครือข่ายสนับสนุนเป็นเงื่อนไขของการดูแล

สมรรถนะของผู้ดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลจากสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเครียดจากการแบกรับภาระการดูแล ซึ่งอาจพัฒนาไปสู่ภาวะหมดไฟของผู้ดูแล นอกจากนี้ สภาพบ้านเรือน ปัญหาเศรษฐกิจและค่าใช้จ่าย รวมถึงความพร้อมของสิ่ง

อำนวยความสะดวกในพื้นที่ สามารถเป็นทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการดูแล ส่วนเครือข่ายสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ อสม. พี่เลี้ยงชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทำหน้าที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และหนุนเสริมศักยภาพผู้ดูแล

4. การพัฒนาสมรรถนะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและเชื่อมกับระบบชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าการพัฒนาผู้ดูแลควรจัดเป็นโปรแกรมหรือหลักสูตรอบรมที่มีวิธีการเรียนรู้เหมาะสมกับผู้ดูแล และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ไม่ควรเน้นเฉพาะการถ่ายทอดความรู้ แต่ควรเปิดโอกาสให้ฝึกทักษะที่จำเป็นจริง พร้อมมีช่องทางรับคำปรึกษาและเครือข่ายสนับสนุนต่อเนื่องในชุมชน แนวทางดังกล่าวช่วยให้การพัฒนาสมรรถนะเชื่อมต่อจากการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติในครัวเรือนและลดความรู้สึกว่าผู้ดูแลต้องรับภาระเพียงลำพัง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาประเด็นแรกสะท้อนว่า “ครอบครัวพหุวัย” เป็นพื้นที่ที่สุขภาพของสมาชิกแต่ละวัยเชื่อมโยงกันผ่านความสัมพันธ์ บทบาท และการพึ่งพาอาศัย การที่เด็ก วัยทำงาน และผู้สูงอายุอยู่ร่วมกันทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวิตครอบครัวมากกว่ากิจกรรมเฉพาะรายบุคคล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับกรอบการดูแลตลอดช่วงชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความต่อเนื่องระหว่างช่วงวัย ความร่วมมือระหว่างรุ่น และการพิจารณาปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สะสมตลอดชีวิต[9] ในทางปฏิบัติ การพยาบาลครอบครัวจึงควรประเมินไม่เฉพาะภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่รวมถึงโครงสร้างครอบครัว บทบาทของสมาชิก และทรัพยากรที่แต่ละรุ่นสามารถสนับสนุนกันได้

ประเด็นที่สองพบว่าสมรรถนะผู้ดูแลมีทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ซึ่งสะท้อนธรรมชาติของการดูแลที่ต้องใช้ความสามารถหลายมิติ Harvath และคณะเสนอว่าการสนับสนุน family caregiver ต้องครอบคลุมความเข้าใจธรรมชาติของการดูแล การประเมินครอบครัว การดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และบริบทที่การดูแลเกิดขึ้น[10] ขณะที่การศึกษาของเจษฎา อังกาบสี และคณะพบว่าโปรแกรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูและดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้[11] ดังนั้น การอบรมผู้ดูแลในชุมชนควรออกแบบให้เกิดทั้งความเข้าใจและการฝึกปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาทัศนคติและทักษะการสื่อสารระหว่างวัย

ประเด็นที่สามชี้ว่าความสามารถในการดูแลขึ้นกับสภาวะของผู้ดูแลและบริบทแวดล้อมอย่างชัดเจน การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Choi และคณะพบว่าภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนสัมพันธ์กับลักษณะของผู้รับการดูแล ผู้ดูแล และบริบทการดูแล และเสนอให้มีการจัดระบบการดูแลทางการพยาบาลแบบบูรณาการร่วมกับกลไกชุมชน[16] หลักฐานในประเทศไทยยังพบว่าบริบทที่อยู่อาศัยและชุมชนสัมพันธ์กับระดับภาระของผู้ดูแล และตอกย้ำความจำเป็นของนโยบายหรือโปรแกรมที่สนับสนุนสุขภาวะของ family caregiver[17] ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่า “การดูแลผู้ดูแล” เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ใช่กิจกรรมเสริม เพราะหากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือภาระทางเศรษฐกิจสูง ความต่อเนื่องและคุณภาพของการดูแลย่อมได้รับผลกระทบ

ประเด็นที่สี่เน้นว่าการพัฒนาสมรรถนะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ การอบรมระยะสั้นที่แยกจากระบบสนับสนุนอาจไม่เพียงพอต่อสถานการณ์จริง ผู้ดูแลต้องมีโอกาสฝึกทักษะ ได้รับคำปรึกษา และเชื่อมต่อกับ อสม. รพ.สต. พี่เลี้ยงชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง แนวทางนี้สอดคล้องกับงานด้านการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เน้น

การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง การทำงานเป็นทีม และการเชื่อมโยงแหล่งเรียนรู้ในชุมชน[21,22]

เมื่อพิจารณาผลทั้งหมดผ่านมุมมองการดูแลสุขภาพครอบครัวตลอดช่วงชีวิต จะเห็นว่าความยั่งยืนของการดูแลผู้สูงอายุเกิดจากการเชื่อม 4 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถของผู้ดูแลรายบุคคล 2) ความสัมพันธ์และการแบ่งบทบาทในครอบครัว พหุวัย 3) สุขภาวะและทรัพยากรของครัวเรือน และ 4) ระบบสนับสนุนในชุมชน การใช้กรอบนี้ช่วยลดการมองการดูแลแบบแยกส่วนตามกลุ่มอายุ และสนับสนุนให้พยาบาลประเมินครอบครัวทั้งระบบ ตั้งแต่ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นไปจนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพและทรัพยากรในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

การประเมินความต้องการจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแล และพัฒนาเป็นหลักสูตรอบรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Sep 17]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565–2580) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2569].
4. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2026 Sep 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042?utm_source=chatgpt.com
5. Bertolazzi A, Quaglia V, Bongelli R. Barriers and facilitators to health technology adoption by older adults with chronic diseases: an integrative systematic review. BMC Public Health. 2024;24(1):506. doi:10.1186/s12889-024-18036-5.
6. ปะราลี โอภาสนันท์. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุศตวรรษที่ 21. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงราย: ดาวเหนือ.
7. World Health Organization. Healthy ageing and functional ability [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 Oct 26 [cited 2026 Sep 18]. Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://datacatalog.anamai.moph.go.th/dataset/hpalliative
9. วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
10. กรมกิจการผู้สูงอายุ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุ 2566. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449
11. กรมการแพทย์. (2564). แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564 ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย หัวข้อผู้สูงอายุคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 5 รอบที่ 2/ 2564.
12. World Health Organization. Framework to implement a life course approach in practice. Geneva: World Health Organization; 2025.
13. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2nd ed [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Sep 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726?utm_source=chatgpt.com

14. Harvath T, Mongoven J, Sexson K, Bettega K. Development of competencies to strengthen support for caregivers and enhance their capacity to provide care. Gerontol Geriatr Educ. 2023;44(4):523-527. doi:10.1080/02701960.2022.2083117.
15. เจษฎา อังกาบสี, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, นิติบดี ศุขเจริญ. ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(1):35-48.
16. Choi JY, Lee SH, Yu S. Exploring factors influencing caregiver burden: a systematic review of family caregivers of older adults with chronic illness in local communities. Healthcare (Basel). 2024;12(10):1002. doi:10.3390/healthcare12101002.
17. Mulati N, Aung MN, Moolphate S, Aung TNN, Koyanagi Y, Supakankunti S, et al. Disparity in the burden of caring for older persons between families living in housing estates and traditional communities in Thailand. Eur J Investig Health Psychol Educ. 2024;14(6):1514-1526. doi:10.3390/ejihpe14060100.
18. เทศบาลตำบลบางคล้า. โครงการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ ผู้พึ่งพิง [อินเทอร์เน็ต]. ฉะเชิงเทรา: เทศบาลตำบลบางคล้า; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2569]. จากhttps://hpc6.anamai.moph.go.th/web-upload/31x1af1f7ef8d871a3c2d13d7517b0e6d77/202503/m_document/38783/44083/file_download/a00b3df6e01b022975657363c6765942.pdf?utm_source=chatgpt.com
19. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Amherst (MA): Laboratory of Psychometric and Evaluative Research, University of Massachusetts; 1976.
20. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.
21. ชัยยา นรเดชานันท์, ณัทกวี ศิริรัตน์, เพชรีย์ กุณาละสิริ. การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงเรียนผู้สูงอายุหาดเจ้าสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564; 22(1):390-401.
22. Terri, H., Jennifer, M., Kathryn, S., & Kristen B. Development of competencies to strengthen support for caregivers and enhance their capacity to provide care. Gerontology & Geriatrics education.2023; 44(4):523-527.