



บทความวิจัย

สมรรถนะของผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์

นิภา สุทธิพันธุ์* บุญทิพย์ สิริรังศรี**

นันทวัน สุวรรณรูป*** และ นารีรัตน์ จิตรมนตรี****

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 9/9 หมู่ 9 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) ศึกษาสมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล 2) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสาน

วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลมี 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้จัดการดูแล จำนวน 105 คน 2) ผู้ดูแล จำนวน 114 คน และ 3) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามสมรรถนะของผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล และแนวทางสนทนากลุ่ม ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณใช้สถิติพรรณนาและการถดถอยพหุคูณ ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีความสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนได้รับการดูแล มีค่าเฉลี่ยดัชนีบาร์เซลเอทีแอล 7.39 หลังได้รับการดูแล มีค่าเฉลี่ย 11.86 3) สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล ร่วมทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 12.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: สมรรถนะของผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามควรทบทวนพัฒนาสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำถึงปานกลาง

คำสำคัญ: สมรรถนะ/ ผู้จัดการดูแล/ ผู้ดูแล/ ผู้สูงอายุ/ ดัชนีบาร์เซลเอทีแอล

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2565, 34(1): 14-25

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** ผู้รับผิดชอบหลัก ศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
E-mail: boontip@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

**** รองศาสตราจารย์ ข้าราชการบำนาญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



Competencies of Care Managers and Care Givers toward the Ability to Perform Activities of Daily Living among Older Persons, Buriram Province

Nipar Suttipun* Boontip Siritarungsri**

Nantawon Suwonnaroop*** and Narirat Jitramontree****

Abstract

Purpose: 1) To explore the competency of care managers and caregivers, 2) to assess the ability to perform activities of daily living (ADL) among the older persons, and 3) to study the predictive power of competency of care managers and caregivers toward the ability to perform ADL among older persons.

Design: Mixed method research

Methods: The sample was classified into three groups: the care managers (N = 105), the caregivers (N = 114), and the older persons (N = 160). The research instruments included two parts (1) the questionnaire of management competency of care managers and caregivers and focus group guideline and (2) Barthel ADL. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyze the quantitative data while the qualitative data were interpreted from the content analysis.

Results: 1) The average scores regarding the competency of care managers and caregivers were at a high level, and these were correlated with the focus group data. 2) There was an improvement of older persons' capabilities measured by the Barthel ADL. The Barthel ADL score considerably increased from 7.39 to 11.86 compared before and after receiving care from care managers and caregivers. 3) The competencies of care managers and caregivers were able to predict the capability of ADL among older persons at 12.70% with a statistical significance ($p < .05$).

Conclusion: The average scores of the competency of care managers and caregivers were at a high level and could predict the capability of ADL among older persons. However, there should be development and reconsideration regarding the low to moderate level items

Keywords: Competency/ Care managers/ Caregivers / Older persons/ Barthel ADL

* Master of Nursing program students, Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat University.

** Corresponding author, Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat University. E-mail: boontip@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science.

**** Associate Professor, Faculty of Nursing Mahidol University.



บทนำ

ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างร้อยละ 85 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยร้อยละ 15 ของประชากรผู้สูงอายุ¹ และคาดว่าจะมีแนวโน้มผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การที่ประชากรมีอายุมากขึ้นส่งผลให้อัตราความชุกของโรคเรื้อรังและความพิการเพิ่มขึ้น จากการที่ร่างกายเสื่อมถอยลงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายโดยเฉพาะการพลัดตกหกล้ม² จนทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม

รัฐบาลไทยได้กำหนดแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพและสังคม³ ในปี พ.ศ. 2559 ได้เริ่มใช้รูปแบบการดูแลโดยผู้ดูแล (Caregiver) ที่เป็นอาสาสมัครหรือญาติที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย⁴ มีการควบคุมกำกับดูแลโดยผู้จัดการดูแล (Care manager) ที่เป็นพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Care manager ของกรมอนามัย⁵ ซึ่งกรมอนามัยได้จัดอบรมผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลเพื่อจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสุขภาพพร้อมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทดลองดำเนินการในปี พ.ศ. 2559 และขยายการดูแลให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในทุกพื้นที่รวมถึงจังหวัดบุรีรัมย์ด้วยในปี พ.ศ. 2561⁶ โดยรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเติม เพื่อจัดบริการดูแลและจัดระบบงบประมาณผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยบริการสาธารณสุข โดยกำหนดตัวชี้วัดของแผนงาน คือ อัตราผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เธลเอ็ดิแอล (Barthel activities of daily living: ADL)⁷ มากกว่า 12 คะแนน³

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ได้ดำเนินการตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน ได้จัดทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ อปท. ประเมินผู้สูงอายุตามแบบ ADL7 ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 206,464 คน ได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ 86.51 จำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.28 ติดบ้าน ร้อยละ 1.36 และติดเตียง ร้อยละ 0.36⁸ มีผู้จัดการดูแลที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนสะสมจำนวน 272 คน ครอบคลุมสถานบริการทุกระดับ และมีผู้ดูแลผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนสะสมจำนวน 3,781 คน ซึ่งผู้ดูแลจะดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้จัดการดูแลที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล และมีการควบคุมกำกับจากผู้จัดการดูแลของหน่วยบริการสาธารณสุข โดยการดูแลมุ่งเน้นด้านความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุตามที่ สปสช. กำหนด และได้รับคำตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ส่วนผู้จัดการดูแลมีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข⁶ และต้องมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุตามที่สภาการพยาบาลประกาศไว้⁹

การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ได้มีการประชุมติดตามงานทุกไตรมาสในเรื่องการคัดกรองผู้สูงอายุ การขยายงาน และเบิกจ่ายงบประมาณ พบว่าการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลไม่ทันเวลา การทำงานเรื่องสัดส่วนผู้สูงอายุที่รับผิดชอบดูแลไม่เท่าเทียมกัน ความรู้ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน¹⁰ อย่างไรก็ดีตามยังไม่เคยมีรายงานสมรรถนะของผู้จัดการดูแลหรือผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังรับการดูแล จึงไม่มีข้อมูลการจัดการดูแลที่ผ่านมาว่าสมรรถนะทั้งของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลเป็นอย่างไร ควรปรับปรุงพัฒนาสมรรถนะด้านใด นอกจากนี้ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการอธิบายสมรรถนะในการดูแล และผลการดูแลที่น่าเชื่อถือเพียงพอที่นำมาพัฒนาการจัดการการดูแล

จากประเด็นปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง และการเพิ่มการผลิตผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล



จำนวนมากขึ้นเพื่อดูแลผู้สูงอายุ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาสมรรถนะการจัดการดูแลของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ผ่านมายังมีน้อย ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการนำไปพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานในการจัดการดูแลได้เพียงพอ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาสมรรถนะการจัดการดูแลของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล และปรับปรุงบริการการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง จะช่วยส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นข้อมูลเสนอต่อผู้บริหารในการวางแผนและกำหนดนโยบายด้านการจัดการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดการจัดการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁷ และขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสภาการพยาบาล⁹ จึงวางกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ว่าสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลที่ต้องพึ่งพา จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research)

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมี 3 กลุ่มดังนี้

1. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2561 จำนวน 268 คน⁸ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ทราบประชากรและสัดส่วน¹⁰ ได้ขนาดตัวอย่างของผู้จัดการดูแล 97 คน และเพื่อป้องกันการได้คำตอบที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมขนาดตัวอย่าง 106 คน

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2561 จำนวน 3,781 คน⁸ คำนวณเช่นเดียวกับกลุ่มผู้จัดการดูแล ได้ขนาดตัวอย่าง 104 คน เพื่อป้องกันการได้คำตอบที่ไม่สมบูรณ์ ได้เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 รวมขนาดตัวอย่าง 114 คน

3. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2561 จำนวน 3,136 คน⁸ คำนวณเช่นเดียวกับกลุ่มผู้จัดการดูแล คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 146.47 คน เพื่อป้องกันการได้คำตอบที่ไม่สมบูรณ์ เพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 รวมตัวอย่าง 160 คน

เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำแนกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้จัดการดูแล *เกณฑ์คัดเข้า* เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลของกรมอนามัย⁵ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัด ในระยะเวลา 1 ปีขึ้นไปและยังปฏิบัติงานอยู่



ไม่ได้อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาคลอด *เกณฑ์คัดออก* หยุดทำหน้าที่ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุด

2. ผู้ดูแล *เกณฑ์การคัดเลือก* เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือญาติผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย⁴ ได้รับมอบหมายจากผู้จัดการดูแลให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา 1 ปีขึ้นไปและยังปฏิบัติงานอยู่ *เกณฑ์คัดออก* หยุดทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและไม่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

3. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล *เกณฑ์คัดเลือก* มีรายชื่ออยู่ในแผนการดูแลรายบุคคลตามแบบคำขอรับงบประมาณสนับสนุนการดูแลจาก อปท.ในพื้นที่ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล สามารถสื่อสารได้ หรือมีญาติที่ดูแลใกล้ชิดช่วยสื่อสาร *เกณฑ์คัดออก* ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือไม่มีญาติที่ดูแลใกล้ชิดช่วยสื่อสาร

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มเลือกโดยวิธีแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) โดยจังหวัดบุรีรัมย์หน่วยที่จะศึกษามี 23 อำเภอ สุ่มตัวอย่างผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ ตามสัดส่วนที่แต่ละกลุ่มขึ้นทะเบียนไว้แต่ละอำเภอและขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ต่อจากนั้นสุ่มแบบง่ายจากรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนในอำเภอนั้น ๆ จนได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้ในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามกลุ่มผู้จัดการดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยประยุกต์จากสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของสภาการพยาบาล⁵ และบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแลที่ สปสช.⁶ กำหนด มาเป็นแนวทางในการสร้างคำถามโดยใช้เนื้อหาคำถามจากคู่มือการฝึกอบรมหลักสูตร Care manager ของกรมอนามัย 5 เป็นแบบ Likert scale ให้เลือกตอบ 5 ระดับ คะแนน 1-5 กำหนดให้ คะแนน 1 หมายถึง มี

สมรรถนะน้อยที่สุด และคะแนน 5 หมายถึง มีสมรรถนะมากที่สุด กำหนดช่วงระดับของสมรรถนะจากค่าเฉลี่ยตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีสมรรถนะต่ำที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีสมรรถนะต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีสมรรถนะปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีสมรรถนะสูง

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีสมรรถนะสูงที่สุด

2. แบบสอบถามกลุ่มผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะการดูแลของกลุ่มผู้ดูแล ประยุกต์จากบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลที่ สปสช.⁶ กำหนด เป็นแนวทางสร้างคำถาม ใช้เนื้อหาของคำถามจากคู่มือการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver ของกรมอนามัย⁴ เป็นแบบให้เลือกตอบแบบ Likert scale 5 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่ง กำหนดช่วงระดับสมรรถนะเช่นเดียวกับการจัดการดูแล

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ใช้แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living⁷ โดยการถามและให้ผู้สูงอายุปฏิบัติให้ดู มีคำถาม 10 ข้อ ข้อละ 1-3 คะแนน รวมทั้งหมด 20 คะแนน การแปลผลดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพิงรุนแรง

9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพิงปานกลาง

12-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพิง สามารถช่วยเหลือตนเองได้

4. คำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยสรุปประเด็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในด้านสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแลและสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล เป็นแนวในการตั้งคำถาม เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลปริมาณ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามประเมินความตรงตามเนื้อหาตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มาคำนวณหาค่าดัชนี



ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Item content validity index หรือ I-CVI) แบบสอบถามสมรรถนะผู้จัดการดูแลได้ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.8-1 เฉลี่ย 0.9 แบบสอบถามสมรรถนะผู้ดูแลได้ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.8-1 เฉลี่ย 0.88 แล้วนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงที่จังหวัดที่มีลักษณะการดำเนินงานและประชากรที่ศึกษาใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 30 คน นำข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา แบบสอบถามผู้จัดการดูแลได้ค่า Cronbach's alpha = 0.97 กลุ่มผู้ดูแลได้ค่า Cronbach's alpha = 0.88 และแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living กลุ่มผู้สูงอายุได้ค่า Cronbach's alpha = 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารเลขที่ บร 0032.002 /24 ลงวันที่ 2 มกราคม 2563 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และชี้แจงว่าสามารถหยุดให้คำตอบได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับและเปิดเผยเป็นภาพรวมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ประชุมทีมวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานผู้รับผิดชอบโครงการดูแลผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นัดหมายขอเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้จัดการดูแล หลังการประชุมในจังหวัดประจำไตรมาส และประสานผู้จัดการดูแลประจำหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ นัดหมายขอเก็บข้อมูลผู้ดูแล หลังการประชุมส่งงานประจำเดือน จัดสถานที่นั่งตอบโดยอิสระไม่รบกวนซึ่งกันและกัน ชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัยในภาพรวม

ประสานเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลผ่านผู้จัดการดูแล ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เพื่อประเมิน ADL และนัดหมายผู้จัดการดูแล 10 คน ผู้ดูแล 10 คน เป็นตัวแทนที่คัดเลือกได้ตามเกณฑ์ เพื่อการสนทนากลุ่ม โดยแจ้งให้ทุกคนมีอิสระในการให้ข้อมูล มีสิทธิในการขอยกเลิกการสนทนา ข้อมูลที่ได้รับจะไม่เปิดเผยชื่อเป็นรายบุคคล นักวิจัยบันทึกเสียงประกอบการจดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปริมาณ ที่ได้จากแบบสอบถามสมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา โดยนำค่าเฉลี่ยมาจัดกลุ่มตามระดับสมรรถนะของผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล สำหรับข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใช้สถิติเชิงพรรณนา จัดกลุ่มช่วงคะแนนตามระดับภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์อำนาจการทำนายของสมรรถนะของผู้จัดการดูแล สมรรถนะของผู้ดูแลต่อความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ

2. ข้อมูลคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการดูแลและการดูแล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล

1.1 สมรรถนะการจัดการดูแลของผู้จัดการดูแล เก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ 105 ฉบับ สมรรถนะโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 4.06$, $SD = 0.41$, $Max = 5$, $Min = 2.92$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการให้เหตุผลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ($M = 4.35$, $SD = 0.54$, $Max = 5$, $Min = 2$) และด้านใช้หลักฐานข้อมูลที่พบ ($M = 4.24$, $SD = 0.50$, $Max = 5$, $Min = 2$) รายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของคะแนนสมรรถนะรายด้านของผู้จัดการดูแล

สมรรถนะรายด้าน	M	SD	Max	Min	ระดับ
1. ให้เหตุผลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	4.35	0.54	5	2	สูงสุด
2. ใช้หลักฐานข้อมูลที่พบ	4.24	0.50	5	2	สูงสุด
3. จัดการและประเมินผลลัพธ์	4.20	0.51	5	3	สูง
4. ดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน	4.14	0.47	5	3	สูง
5. ให้คำปรึกษาทางคลินิกให้กับผู้ดูแล	4.07	0.55	5	2	สูง
6. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	4.01	0.50	5	2	สูง
7. พัฒนา จัดการ กำกับ การดูแลกลุ่มเป้าหมาย	3.92	0.45	5	2	สูง
8. การประสานงาน	3.91	0.54	5	2	สูง
9. การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน	3.76	0.59	5	2	สูง
เฉลี่ยรวมสมรรถนะทั้ง 9 ด้าน	4.06	0.42	5	2.92	สูง

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้จัดการดูแล มีความเห็นสอดคล้องในรายละเอียดของสมรรถนะรายด้าน ตัวอย่างการสนทนากลุ่ม ดังนี้ 1) ด้านการให้เหตุผลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เช่น “ดูแลให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ช่วยเหลืออย่างจริงใจ ไม่มีนอกมีใน...” 2) การใช้หลักฐานข้อมูลที่พบ เช่น “ก่อนเขียน Care plan ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ ประเมินและรับฟังปัญหา” 3) ด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ เช่น “ประเมินสภาวะผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยม ครบรอบปีก็ประเมิน ADL...” 4) ด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เช่น “...คัดกรองแล้วก็ประเมิน Functional, Activity status, Mobility, Mental status, Toileting และ Eating เพื่อวางแผนการดูแล...” 5) ให้คำปรึกษาทางคลินิกให้กับผู้ดูแลในการดูแล เช่น “...ถ้ามีปัญหาอะไรก็ให้ผู้ดูแลโทรศัพท์หรือไลน์มา...” 6) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เช่น “ผู้จัดการดูแลเป็นผู้ลงบันทึกข้อมูลการดูแลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทั้ง 4 โปรแกรม...” 7) พัฒนาการกำกับดูแลกลุ่มเป้าหมาย เช่น “ทบทวน Care Plan จากปัญหาที่พบหรือ

รายงานผู้ดูแล เรียงลำดับปัญหา แจก case ให้ผู้ดูแล...” 8) การประสานงาน เช่น “ประสานท้องถิ่นของบฯ ดูแลผู้สูงอายุ” และ 9) การเสริมสร้างพลังอำนาจ สอน ฝึก เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ เช่น “มีแบบฟอร์มรายงานหากพบปัญหาให้เขียนโน้ต ด้านหลังแผ่นให้ติดเยี่ยมก็ครั้งมีปัญหาอะไร”

1.2 สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแล เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบ สมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.96$, $SD = 0.69$, $Max = 5$, $Min = 2.15$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน ($M = 4.63$, $SD = 0.72$, $Max = 5$, $Min = 1$) และการเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอหน่วยงานต้นสังกัด ($M = 4.37$, $SD = 0.72$, $Max = 5$, $Min = 2$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยปานกลางและต่ำ คือ การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ($M = 3.29$, $SD = 0.82$, $Max = 5$, $Min = 1$) และการประกอบอาหารที่ถูกสุขลักษณะให้ผู้สูงอายุ ($M = 2.55$, $SD = 1.26$, $Max = 5$, $Min = 1$) รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของคะแนนของสมรรถนะบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล

สมรรถนะรายด้านตามบทบาทหน้าที่	M	SD	Max	Min	ระดับ
1. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน	4.63	0.72	5	1	สูงสุด
2. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอหน่วยงานต้นสังกัด	4.37	0.72	5	2	สูงสุด
3. สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ	4.05	0.74	5	1	สูง
4. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อม	4.03	0.61	5	2	สูง
5. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉินตามระบบการส่งต่อ	3.86	0.97	5	1	สูง
6. จัดการสิ่งปฏิกูล มูลฝอยจากการดูแลอย่างถูกต้อง	3.69	1.74	5	1	สูง
7. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	3.29	0.82	5	1	ปานกลาง
8. ประกอบอาหารที่ถูกต้องลักษณะให้ผู้สูงอายุ	2.55	1.26	5	1	ต่ำ
ค่าเฉลี่ยรวมสมรรถนะทั้ง 8 ด้าน	3.96	0.69	5	2	สูง

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในผู้ดูแล มีความเห็นสอดคล้องกับรายละเอียดในสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เช่น “ประชุมประจำเดือน พอส่งรายงานแล้วคุยแลกเปลี่ยนกัน...” 2) การเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอหน่วยงานต้นสังกัด เช่น “วัดความดัน วัดไข้ ชั่งน้ำหนัก ถามอาการ แล้วเขียนในสมุดบันทึกการเยี่ยม...” 3) การสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เช่น “ดูแลวัดความดัน วัดไข้ ประเมินอาการ...” 4) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อม เช่น “แนะนำ/สอนญาติให้ทำกายภาพบำบัด สอนออกกำลังกาย...” 5) ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉินตามระบบการส่งต่อ เช่น “ปรึกษาหมออนามัย แนะนำญาติ เรียก 1669 มารับไปโรงพยาบาล ...” 6) จัดการสิ่งปฏิกูล มูลฝอยจากการดูแลอย่างถูกต้อง เช่น “...ล้างแผล ถ่ายรูปส่นหม้อ เอาขยะไปแยกทิ้ง...” ส่วนสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยปานกลางและต่ำ ได้แก่ 7) การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น “ไปเยี่ยม ประเมินอาการ พูดคุยให้ผู้สูงอายุคลายเหงา...” และ 8) การประกอบอาหารที่ถูกต้องลักษณะให้ผู้สูงอายุ เช่น

“เคยทำกับข้าว หาข้าวให้ผู้สูงอายุกิน...”

ประเด็นที่ 2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล พบว่าคะแนน ADL ที่ประเมินครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยรวม 7.43 คะแนน สูงสุด 10 ต่ำสุด 0 คะแนน จากการศึกษาครั้งนี้ คะแนน ADL เฉลี่ยรวม 11.82 คะแนน สูงสุด 20 ต่ำสุด 0 คะแนน ดังตารางที่ 3

ประเด็นที่ 3. อำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลร่วมกันอธิบายความผันแปรความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลได้ร้อยละ 12.70 โดยที่สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (N=160)	ร้อยละ
1. ระดับ ADL ที่ได้รับการประเมินครั้งแรก		
0 - 4	30	18.80
5 - 8	52	32.40
9 - 11	78	48.80
12 - 20	0	0
M = 7.43 คะแนน, SD = 2.35, Min = 0 คะแนน, Max = 10 คะแนน		
2. ระดับ ADL จากการศึกษา		
0 - 4	30	18.10
5 - 8	12	7.50
9 - 11	30	18.80
12 - 20	88	55.00
M = 11.82 คะแนน, SD = 6.06, Min = 0 คะแนน, Max = 10 คะแนน		

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณของสมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแล

ปัจจัย	b	SE	Beta	t	P
สมรรถนะของผู้จัดการดูแล	3.000	1.398	.198	2.146	.034
สมรรถนะของผู้ดูแล	-2.871	.869	-.304	-3.303	.001
R ² adj = .127, SE = 5.881, F = 8.555*					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การศึกษาสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากการศึกษาใน 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 สมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล

1.1 สมรรถนะของผู้จัดการดูแล สมรรถนะในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากเป็นภารกิจที่ต้องทำให้สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุใน

พื้นที่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Maneewan และคณะ¹¹ ที่พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการระบบการดูแลและพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ในการจัดการดูแลรายด้านนั้นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การให้เหตุผลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของวิชาชีพพยาบาลที่มีความมีส่วนรายละเอียดของสมรรถนะรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยระดับสูงสุดและมีความสอดคล้องกับข้อมูลคุณภาพ ได้แก่ การสำรวจคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนีบาร์ธเอดิแอล การจัดการให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้ไม่เกินเกณฑ์



ซึ่งเป็นเกณฑ์ชีวิตของ สปสช.⁷ ในเรื่องสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุกับจำนวนผู้สูงอายุ ส่วนการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อไปเยี่ยมมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Junlapeeya และคณะ¹² ที่พบว่า สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ คือการประเมินสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามพบว่าผลมีความแตกต่างกับการศึกษาของ Boonnil และ Jeenjaiyen¹³ ที่พบว่าสมรรถนะด้านการประเมินจัดการปัญหาของบุคลากรสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อไปเยี่ยมจะรับฟังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้อธิบายปัญหา มีการสื่อสารกับผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาก็จะดูแลและปรึกษาได้โดยผ่านทางช่องทางต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suksabuy¹⁴ ที่พบว่าทีมหมอครอบครัวใช้การสื่อสารโทรศัพท์มือถือหรือการพบปะโดยตรงในการจัดการดูแล

1.2 สมรรถนะของผู้ดูแล สมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากได้ปฏิบัติทุกครั้งที่เป็นไปเยี่ยมผู้สูงอายุ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Kumsom และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับดี แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Wutikorn และคณะ¹⁶ ที่พบว่าสมรรถนะโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดของสมรรถนะรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและสอดคล้องกับข้อมูลคุณภาพ ได้แก่ ยินดีและเต็มใจดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความสามารถของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงบวก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และเจตคติ ทักษะของผู้ดูแลในมิติการดูแลด้านจิตใจที่มีคะแนนอยู่ในระดับดี เมื่อพบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุจะปรึกษาผู้จัดการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁷ ที่พบว่าผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุโดยการให้คำปรึกษาของผู้จัดการดูแลร่วมกัน ส่วนสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยปานกลางและต่ำคือการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและการประกอบอาหารที่ถูกสุขลักษณะให้ผู้สูงอายุ

พบว่าผู้ดูแลได้ทำเพียงการเป็นเพื่อนพูดคุยแก้เหงาและส่วนใหญ่มิได้ประกอบอาหารให้ ทั้งนี้เนื่องจากช่วงเวลาที่คุณดูแลไปเยี่ยม ผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำวันและรับประทานอาหารแล้ว จึงควรมีการทบทวนบทบาทหน้าที่ด้านนี้

ประเด็นที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การศึกษานี้จำนวนผู้สูงอายุเกินครึ่งมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต่อบทบาทชีวิตระดับพื้นที่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vajragupta และคณะ¹⁸ ที่พบว่าทำให้บริการดูแลในรูปแบบปกติภายใต้โครงการดูแลระยะยาวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองมากขึ้นและการศึกษาครั้งนี้ประเมินพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์ ร้อยละ 18.10 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Keshari และ Shankar¹⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างรุนแรงร้อยละ 13.5 การศึกษาของ Kumsom และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีสุขภาพก่อนและหลังการดูแลไม่แตกต่างกัน

ประเด็นที่ 3 อำนาจการทำนายของสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า สมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลร่วมกันอธิบายความผันแปรของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลได้ร้อยละ 12.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumsom และคณะ¹⁵ ที่พบว่าการทำกับดูแลจากผู้จัดการดูแล ความรู้และทัศนคติ สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลผู้สูงอายุ สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยที่กำหนดไว้ อีกทั้งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ คือ สมรรถนะของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ



ผู้สูงอายุ และตอบสนองผลลัพธ์เฉพาะในด้านผู้สูงอายุ ของนโยบายของรัฐบาล³ คือ การทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นการแออัดมากเกินไป และสมรรถนะทั้งของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลมีความเหมาะสมระดับหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการศึกษาสมรรถนะในการจัดการดูแลของผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลที่มีระดับปานกลางและต่ำ ไปทบทวนและพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น
2. ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลให้ชัดเจน เหมาะสม ในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ
3. ควรศึกษาสมรรถนะผู้จัดการดูแลในวิชาชีพอื่นที่ทำหน้าที่ผู้จัดการดูแลของหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลสมรรถนะการจัดการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น

สรุป

การจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้จัดการดูแลที่มีสมรรถนะสูงในการบริหารจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสามารถควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลสามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะสูงในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิม จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น เป็นเป้าหมายในการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งได้ข้อเสนอแนะเพื่อการวางแผนและกำหนดนโยบายในการพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ความอนุเคราะห์และร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะผู้จัดการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในจังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งผู้รับผิดชอบโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

References

1. National Statistical Office. What statistics tell the current elderly and the future? [Internet]. 2018 [cited 2019 August 4]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx
2. Prasitmetta T, Boosuk S, Pattarapongsathorn J. Survey report urgent, health promotion and disease prevention, Ministry of Public Health, Year 2013. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2013.
3. National Committee for the Development of the 12th National Health Plan, Ministry of Public Health. The 12th National Health Development Plan (2017-2021) [Internet]. 2016 [cited 2019 August 19]. Available from: <http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/12-2560-2564.pdf>
4. Department of Health. Guidelines for the training of elderly caregivers for 70 hours. Bangkok: National publishing house of Buddhism; 2013.
5. Department of Health. Training guide program for the care manager, Ministry of Public Health. Bangkok: Kaew chao chom media



- and Publishing center Suan sunandha Rajabhat University; 2015.
6. National Health Security Office. A guide to supporting long term care management Public health for Dependent elderly in the National Health insurance system. Bangkok: National Health Security Office; 2016.
 7. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J 1965; 14(2): 61-5.
 8. Buriram Provincial Public Health Office. Summary of operations for field supervision Health region 9, round 1, budget year 2019. Buriram: Buriram Provincial Public Health Office; 2019.
 9. Nursing Council. Announcement of the nursing council on cope and competency of performers advanced nursing, various branches [Internet]. 2009 [cited 2019 August 19]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf>
 10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970; 30(3): 607-10.
 11. Maneewan C, Kaewpan W, Sillabutra J, Moolsart S. Factors predicting to role performance as long term care manager of register nurses in Tumbon health promoting hospitals in health region 9. J Pub Health Nurse 2019; 33(1): 138-51. (in Thai)
 12. Junlapeeya P, Boonkuna T, Paisarntuksin P, Wannanai U, Kongbunkird K. Caring for the elderly in tertiary care hospitals according to the perspective of nurses. Lampang: Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang; 2015.
 13. Boonnil B, Jeenjaiyen P. Competency assessment, problem management and coordination of health workers in patient/bed-ridden elderly caring JOHSS 2017; 4(1): 59-69. (in Thai)
 14. Suksabuy P. Evaluation of long term care for dependent elders by family care teams in Chai Buri District, Surat Thani province. Reg 11 Med J 2018; 31(2): 257-69. (in Thai)
 15. Kumsom C, Lagampan S, Boonyamalik P. Factors influencing caring practices for dependent older adults in the long term care system: Roi Et province. TRCN J 2019; 12(2): 193-207. (in Thai)
 16. Wutikorn K, Wirunrat B, Suwannabon I. A competency development model for caregivers of the elderly. Sri Pathum Journal 2016; 16(2): 50-60. (in Thai)
 17. Suanrueang P, Wannasri A, Srithamrongsawat S. Community care by caregivers to dependent elderly under the community-based long-term care policy. Health Serv Res 2018; 12(3): 437-51. (in Thai)
 18. Vajragupta Y, Kunakornvong W, Phatchana P, Suriyanratakorn S. The effectiveness of long term care services for dependent elderly: A case study of Udon Thani province. J Pharm Health Serv Res 2018; 12(4): 608-24. (in Thai)
 19. Keshari P, Shankar H. Prevalence and spectrum of functional disability of urban elderly subjects: A community-based study from Central India. J Family Community Med 2017; 24(2): 86-90. Doi: 10.4103/jfcm.JFCM_80_16