

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แผนการดูแล รายบุคคลต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

ดวงใจ บุญทองแก้ว* วรัญญา จิตรบรรทัด**

บทคัดย่อ

บทนำ : การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้จัดการการดูแลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และนำมาเป็นแนวทางในการดูแลเฉพาะราย

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาระดับความรู้และทักษะ ทำการเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยแบบการทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการดูแล จำนวน 34 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และ Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัย : พบว่า หลังจากเข้าร่วมการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความรู้ และทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนแต่ละด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล : การใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แผนการดูแลรายบุคคลสามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล ระบุปัญหา/ความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล วางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล และประเมินผลการดูแลรายบุคคล

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แผนการดูแลรายบุคคล ทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุ

* โรงพยาบาลพิบูลย์ อำเภอบึงนาราง จังหวัดนครสวรรค์

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : วรัญญา จิตรบรรทัด, E-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th

The effects of a caregivers' capacity development program using individualized care plan on knowledge and skills in caring for homebound elderly in the community

Duangjai Boonthongkaew* Waranya Jitbantad**

Abstract

Background: Caring for homebound elderly involves collaborative planning between managers (CM) and caregivers (CG) to develop individualized care plans as a guideline for providing personalized approaches to care for each individual.

Objectives: To investigate the levels of knowledge and skills and compare the knowledge and skills of caregivers for homebound elderly in the community before and after implementing a caregiver capacity development program using individualized care plans.

Methods: A one-group pretest-posttest experimental design with a one-month follow-up study was conducted. The sample consisted of 34 caregivers who had completed a caregiver training program and were providing care for the homebound elderly. Research instruments included a caregiver capacity development program using individualized care plans, a caregiver knowledge assessment, and a caregiver skills evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and repeated measures ANOVA.

Results: After participating in the program, the caregivers demonstrated statistically significant improvements in their knowledge and skills in all domains ($p < 0.05$). At the one-month follow-up, caregivers' knowledge and skills were significantly higher than before the intervention ($p < 0.05$).

Conclusions: The caregiver capacity development program using individualized care plans effectively improved caregivers' knowledge and skills. This is achieved through the active involvement of caregivers in assessing the health conditions and needs of the elderly, identifying individual problems and needs, planning individualized care, implementing care plans, and evaluating care outcomes.

Keywords: caregivers, individualized care plans, caregiving skills for homebound elderly, elderly care

* Pipun Hospital, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province

** Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Waranya Jitbantad, E-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th

บทนำ

จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดสังคมผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นประเด็นที่รัฐบาลของหลายประเทศกำลังให้ความสนใจ แต่ในขณะที่ประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยเพิ่มช้าลง ในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจาก 13 ล้านคน เป็น 19 ล้านคน¹ และเมื่อแยกตามกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 9,840,839 คน ติดสังคม จำนวน 7,174,861 คน ติดบ้าน จำนวน 186,022 คน และติดเตียง จำนวน 43,885 คน²

กระทรวงสาธารณสุขได้วางระบบการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) ตามกรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยการบูรณาการทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ที่อาจเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Caregivers) หรือสมาชิกในครอบครัว 2) แผนการดูแล (Care plan) 3) ผู้จัดการดูแลระบบการดูแลระยะยาว (Care manger) ซึ่งอาจเป็นพยาบาลชุมชน หรือนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทำหน้าที่จัดการแผนการดูแล³ และสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง เพื่อให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความจำเป็นในวางแผนด้านการดูแล ส่งเสริม พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มโรคอาการ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เทคนิคการสังเกต การปฐมพยาบาล

สุขภาพองค์รวม และการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัวในการพัฒนาการทำงาน และการรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care)⁴

ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2567 พบว่า 12 เขตสุขภาพ มีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมทั้งหมด 100,828 คน หากคิดตามสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อจำนวน มีจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด จำนวน 442,400 คน คิดเป็น 1:4 โดยเขตสุขภาพที่ 11 มีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมทั้งหมด 6,671 คน จำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด จำนวน 21,828 คน คิดตามสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด จำนวน 442,400 คน คิดเป็น 1:3⁵ ซึ่งอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 5,514 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 4,406 คน กลุ่มติดบ้าน 94 คน และกลุ่มติดเตียง 39 คิดจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรอง จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 4,539⁶ ทางโรงพยาบาลพิปูน และเครือข่ายอำเภอพิปูนได้เล็งเห็นถึงสภาวะการเปลี่ยนแปลงจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2567 จึงได้จัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง⁴

จากการประเมินการดำเนินการที่ผ่านมาของเครือข่ายโรงพยาบาลพิปูน⁶ พบว่าการดูแล

ผู้สูงอายุแต่ละรายขาดความต่อเนื่องและครอบคลุม เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลรายบุคคล ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามความรู้และทักษะการดูแลอย่างครอบคลุมตามรายการนี้ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ดูแลร่วมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพัฒนา เพื่อป้องกันผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดปัญหาติดบ้านและติดเตียงต่อไป การดำเนินการครั้งนี้จึงเป็นส่วนสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาผู้สูงอายุให้แก่งานหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

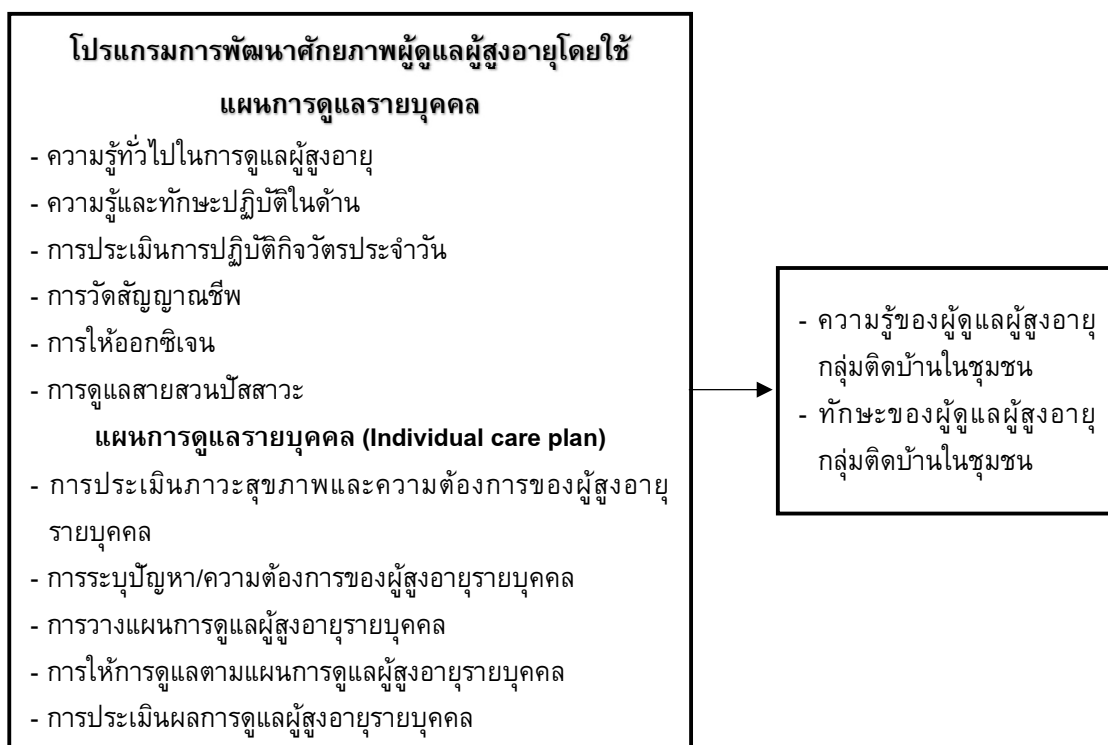
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนก่อนและหลัง

เข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล

3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมการณ์การเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยตามแนวคิดของบลูม (Bloom's taxonomy)⁷ โดยใช้พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย⁸ ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องซักประวัติข้อมูล/ความต้องการประเมินภาวะสุขภาพ ระบุปัญหา/ความต้องการเป้าหมายในการดูแล การวางแผนการดูแล อันจะนำไปสู่การปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล ประกอบด้วย

- 1) หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย
- 2) แผนการดูแลรายบุคคล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยดัดแปลงจากรูปแบบการดูแลเฉพาะราย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล ขั้นตอนที่ 2 การระบุปัญหา/ความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ขั้นตอนที่ 4 การให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล และขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
- 2) แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุพัฒนามาจาก วรรณภา อินตะราชา⁹ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบคำถามความรู้ในกระบวนการปฏิบัติตามแผนการดูแล เกณฑ์การให้คะแนน ตอบไม่ได้/ไม่ตรงประเด็น = 0 คะแนน ตอบได้แต่ไม่ครบถ้วน = 1 คะแนน ตอบได้ครบถ้วน = 2 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ ใช้วิธีการจัดกลุ่ม

แบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ระดับมาก

3) แบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุพัฒนามาจาก พิศมัย บุติมาลัย, แสงอรุณ อิศระมาลัย และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์¹⁰ เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่

- 1) ทักษะความสามารถในการประเมินแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 5 ข้อ
- 2) ทักษะการวัดสัญญาณชีพ จำนวน 14 ข้อ
- 3) ทักษะการให้ออกซิเจน จำนวน 6 ข้อ และ
- 4) ทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะ จำนวน 5 ข้อ

มีเกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละทักษะจะมีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการถ้า ไม่ปฏิบัติ = 0 ค่าคะแนนปฏิบัติแต่ไม่ครบถ้วน = 1 คะแนน ปฏิบัติครบถ้วน = 2 คะแนน โดยการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับดังนี้ คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และด้านการพยาบาล ชุมชน 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้องด้านเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ และปรับตามข้อเสนอแนะ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ดังนี้ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล คะแนน = 1 แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คะแนนระหว่าง 0.67-1 แบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งตามทักษะได้ดังนี้ ทักษะความสามารถในการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะการวัดสัญญาณชีพ ทักษะการให้ออกซิเจน และทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะ คะแนนระหว่าง 0.67-1 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นแบบเพียร์สันได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ปฏิบัติงานในเครือข่ายโรงพยาบาลอำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน

ตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมดจำนวน 34 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และยกเลิกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย 2) ปฏิบัติงานอยู่ในอำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครราชสีมา และ 3) ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน โดยผู้ดูแล 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน

เกณฑ์การยกเลิกตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการวิจัย และ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุที่อยูในการดูแลย้ายถิ่นฐาน

หรือมีการเปลี่ยนแปลงของโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยเรื่องนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ 176/2566 วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง โดยการขออนุญาตอธิบายวัตถุประสงค์และการรักษาความลับ และอธิบายให้ตัวอย่างทราบว่า การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบการการรับการดูแลในโรงพยาบาลแต่อย่างใด ทั้งนี้ในระหว่างที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีที่ตัวอย่างไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล สามารถแจ้งให้ผู้วิจัยเพื่อยุติการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทันที

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. จัดโครงการอบรมฟื้นฟูความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ และทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 อบรมความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล จำนวน 6 ชั่วโมง

2.2 อบรมทักษะปฏิบัติในด้านการประเมินแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การวัดสัญญาณชีพ การให้ออกซิเจน และการดูแลสายสวนปัสสาวะ จำนวน 22 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี 6 ชั่วโมง และภาคทดลอง 6 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 10 ชั่วโมง โดยมีการทำแบบทดสอบประเมินทักษะปฏิบัติ ก่อนและหลังการทดลอง

2.3 ฝึกการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และการประเมินภาวะแทรกซ้อนจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ อาหารและโภชนาการ ผลกดทับ ข้อยึดติดหรือข้อติดแข็ง การพลัดตกหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุและภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน 12 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี 6 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 6 ชั่วโมง

2.4 ฝึกการใช้แผนการดูแลรายบุคคล ตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ การวิเคราะห์ และวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และประเมินความรู้และความสามารถในการทำแผนการดูแลรายบุคคล จำนวน 30 ชั่วโมง เป็นภาคทฤษฎี 6 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 24 ชั่วโมง

3. ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ โดยกำหนดการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินผลการให้ความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน

4. เมื่อครบ 1 เดือน ผู้วิจัยประเมินความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง

และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยสถิติ Paired t-test โดยการวัดซ้ำในกลุ่มเดียวกัน ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อดูความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และ Repeated Measures ANOVA โดยข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) การวัดที่ซ้ำกัน เป็นการวิเคราะห์นี้ใช้กับข้อมูลที่วัดจากผู้เข้าร่วมการทดลองเดียวกันในหลายช่วงเวลา 2) ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูล ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ 3) ทดสอบความแปรปรวนร่วมด้วย Mauchly's Test of Sphericity ได้ค่าเท่ากับ 4) ความเป็นอิสระของการสังเกต และ 5) ทดสอบด้วย Boxplot โดยตัด Outliers

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.06 อายุ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 67.64 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.64 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 81.40 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.46 รายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 52.94 ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 61.76 มีผู้สูงอายุในการดูแล 3-4 คน ร้อยละ 35.29 ระยะเวลาที่ดูแลน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 88.23 และกิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่ คือ การประเมินสัญญาณชีพ ร้อยละ 88.23

2. ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน พบว่าในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 70.59 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 64.71 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.24

3. เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และหลังติดตามผล 1 เดือน

ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่า ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ระหว่างช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 1 เดือน ($n=34$)

ความรู้	df (ตัวเศษ)	df (ตัวส่วน)	F	Sig (p-value)
ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	2	66	61.14	<.001

*p-value<.05

4. ระดับทักษะในการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน พบว่า 1) ระดับทักษะการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.30 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.06 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.00 2) ทักษะการวัดสัญญาณชีพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85.24 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.53 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

มีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.12 3) ทักษะในการให้ออกซิเจนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85.24 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.06 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.59 และ 4) ทักษะในการดูแลสายสวนปัสสาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 73.53 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.47 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.18 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับทักษะในการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ($n=34$)

ด้าน/ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)						
มาก	29	85.30	33	97.06	34	100.00
ปานกลาง	4	11.76	1	2.94	-	-
น้อย	1	2.94	-	-	-	-
ทักษะการวัดสัญญาณชีพ						
มาก	-	-	25	73.53	32	94.12

ด้าน/ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	4	11.76	8	23.53	2	5.88
น้อย	30	88.24	1	2.94	-	-
ทักษะการให้ออกซิเจน						
มาก	-	-	16	47.06	24	70.59
ปานกลาง	4	11.76	12	35.29	8	23.53
น้อย	30	88.24	6	17.65	2	5.88
ทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะ						
มาก	1	2.94	26	76.47	31	91.18
ปานกลาง	8	23.53	8	23.53	3	8.82
น้อย	25	73.53	-	-	-	-

5. เมื่อเปรียบเทียบระดับทักษะในการปฏิบัติแต่ละด้านระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และ

หลังติดตามผล 1 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละด้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ($n=34$)

ทักษะในด้าน	df (ตัวเศษ)	df (ตัวส่วน)	F	Sig (p-value)
การประเมินแบบการปฏิบัติ	2	66	1957.94	<.001
กิจวัตรประจำวัน				
การวัดสัญญาณชีพ	2	66	252.15	<.001
การให้ออกซิเจน	2	66	134.37	<.001
การดูแลสายสวนปัสสาวะ	2	66	238.51	<.001

*p-value<.05

อภิปรายผล

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการทำแผนการดูแลรายบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับมาก ทั้งในช่วงหลังการทดลอง และช่วงติดตามผล 1 เดือน ทั้งนี้ การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการอบรม ทั้งในภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ รวม 70 ชั่วโมง จึงเป็นการช่วยเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแล

ในทุกทักษะการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสอนภาคทดลองที่ใช้วิธีสอนโดยการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความมั่นใจในตนเองและจากผู้สูงอายุ และช่วยลดปัญหาในเรื่องการไม่มีทักษะปฏิบัติในผู้สูงอายุ และสามารถประเมินอาการและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ตนดูแล รวมถึงระบุปัจจัยเสี่ยงตามสภาพปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายที่พบ ก่อให้เกิดการวางแผน

การพยาบาลตามบริบทของผู้สูงอายุ การให้การพยาบาลและการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตกดูแล เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง จึงทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคลอยู่ในระดับมาก^๑ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุจะมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹¹ นอกจากนี้ทักษะการทำแผนการดูแลเป็นทักษะที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องใช้ประจำและต้องการความรู้ในการจัดทำแผนการดูแลที่ดี¹²

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ระดับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อบรม 70 ชั่วโมง ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงจึงมีทักษะในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การวัดสัญญาณชีพ การให้ออกซิเจน และการดูแลสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้นทุกทักษะเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และช่วงติดตามผล 1 เดือนหลังใช้แผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงควรได้รับการสนับสนุนให้ใช้ศักยภาพด้านนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น^๑ และหลังจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้อง ทำให้ทักษะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ¹³

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการพัฒนาด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล ระบุปัญหา/ความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล วางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล และประเมินผลการดูแลรายบุคคล รวมทั้งมีการเพิ่มทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ทั้งในทักษะด้านการประเมินแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) การวัดสัญญาณชีพ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การให้ออกซิเจน ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรมีการอบรมฟื้นฟูด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลได้ ตามปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่

2. โรงพยาบาล/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์การปฏิบัติงานให้เพียงพอ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลของผู้สูงอายุรายบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงให้เท่าทันต่อเปลี่ยนแปลง

การทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำไปสู่การพัฒนา
การดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล

References

1. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Situation of the Thai elderly 2022. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2023. (in Thai).
2. Health Data Center, Ministry of Public Health. Number of elderly in the responsible area categorized by ability in daily activities. [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 15]; Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51. (in Thai).
3. National Health Security Office, Ministry of Public Health. Manual to support management of long-term care service system for dependent elderly in the National Health Security System. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai).
4. Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for training courses for elderly care managers (care manager), Ministry of Public Health. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health; 2023. (in Thai).
5. Long Term Care, Department of Health, Ministry of Public Health. Report on personnel in long-term care (long term care). [Internet]. 2024 [cited 2020 Sep 16]; Available from: <https://ltc.anamai.moph.go.th/> (in Thai).
6. Phipun Public Health Office, Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC) report for fiscal year 2023. Nakhon Si Thammarat: Phipun Public Health Office; 2023. (in Thai).
7. Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Cruikshank KA, Mayer RE, Pintrich PR, et al. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York, NY: Longman; 2001.
8. Kullavaniteewat S, Sorachaimetha P, Chiarat S, Kittichaised R, Radabutr M, Boonprasop S. A development of personalized care model to prevent falling for patients with impaired mobility receiving rehabilitation in the hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2): 422-33. (in Thai).
9. Intaracha W. Performance of elderly caregivers in accordance with individual care plan who passed the 70-hour of training course in the 10th Public Health Reginal. Reginal Health Promotion Center 10 Journal. 2022;10(2):65-83. (in Thai).
10. Butimalai P, Isaramalai S, Thaniwattananon P. Development of nursing practice guidelines to preventing complications in bed-bound elders at home. Songklanagarind Journal. 2018;38(3):79-91. (in Thai).

11. Phanpratum J. Effects of health promotion program for older people on knowledge and aged care skills of caregivers in primary care units, Mueang District, Suratthani Province. *Journal of Health Research and Innovation*. 2023;6(1):e262032. (in Thai).
12. Oba N, Sihokaeo S, Naksiri A. The health service needs of dependent older adults and the essential skill of older adults caregiver in long-term care system. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok*. 2023;10(1):41-55. (in Thai).
13. Karuhadej P, Popijan M, Danpradit P. Effectiveness of increasing health volunteer ability program in basic care for the dependent elderly in the communities, Nakhon Pathom Province, Thailand. *Journal of Health Research*. 2019;33(3):219-77. doi: 10.1108/JHR-08-2018-0068.