



ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะต่อความรู้และสมรรถนะของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้น ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

ณัฏชา ตระการจันทร์ พย.ม.¹

จิรวัดน์ ประคองพันธ์ พย.ม.^{1,2}

(วันรับบทความ: 4 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 16 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อน - หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะต่อความรู้และสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินด้านความรู้ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน (CVI = 0.95, KR-20 = 0.78) และแบบประเมินสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน (CVI = 0.97, Cronbach's coefficient = 0.89) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะการดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยใช้ paired t-test

ผลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการเพิ่มสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาระบบด้านการบริการชุมชนและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน ข้อเสนอแนะ ควรจัดทำโปรแกรมระยะยาว มีการติดตามและการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

คำสำคัญ: สมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ชุมชน

¹อาจารย์ สาขากการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: jirawat.prak@gmail.com Tel: 081-0731455



Effects of a Competency Development Program on Knowledge and Competency in Primary Health Caregivers of Older People with Non-complicated Illness in the Community

Natcha Trakarnjan M.S.N.¹

Jirawat prakhongpun M.S.N.^{1,2}

(Received Date: June 4, 2025, Revised Date: July 16, 2025, Accepted Date: July 21, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group, pretest-posttest design. The objective was to examine the effects of a competency development program on the knowledge and competency of primary health caregivers for elderly individuals with non-complicated illnesses in the community. The sample group consisted of 38 primary caregivers of older people with non-complicated illnesses, with the sample size having been calculated using the G*Power program. The research instruments included: the competency development program for primary health caregivers of elderly individuals with non-complicated illnesses in the community, a personal information questionnaire, a knowledge assessment tool (content validity index [CVI] = 0.95; KR-20 = 0.78) and a competency assessment tool (CVI = 0.97; Cronbach's coefficient = 0.89). Descriptive statistics were used to analyze general data, while the differences in the mean scores for knowledge and competency before and after the program were analyzed using paired t-tests.

The results showed that, after participating in the program, caregivers had significantly higher mean scores for knowledge and basic health caregiving competency for older adults with uncomplicated illnesses in the community compared to before the program. These findings suggest that the program effectively enhances caregivers' competencies, contributing to the development of community health services for older people with non-complicated illnesses in the community. It is recommended that long-term programs with ongoing monitoring, including periodic evaluations to ensure sustained effectiveness, to empower volunteer caregivers of elderly patients be developed in collaboration with public health professionals.

Keywords: competency for primary health caregivers of older people, non-complication illness, community

¹Lecturer, Department of Adult and aging Faculty of Nursing, Ubonratchathani Rajabhat University

²Corresponding authors, Email: jirawat.prak@gmail.com Tel: 081-0731455



บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งประเทศ¹ ในจังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรทั้งหมด 1,868,794 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 318,987 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 ซึ่งมีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 5 ของประเทศ และมีอัตราการเป็นภาระวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 25.18¹ ในการกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน จะประเมินตามเกณฑ์ของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) คะแนน 0-20 คะแนน แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุติดสังคม (คะแนน 12-20) กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน (คะแนน 5-11 คะแนน) และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุติดเตียง (คะแนน 0-4 คะแนน) ซึ่งผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มภาวะพึ่งพิง ทั้ง 2 กลุ่มนั้น พบปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พิการ ทพพลภาพ สุขภาพจิต การเข้าสังคม และการใช้จ่ายจำนวนมาก² โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) คือกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยในระยะยาว เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก มีประชากรทั่วโลกประมาณ 41 ล้านคน เสียชีวิตจากโรค NCDs คิดเป็นร้อยละ 74 สาเหตุการเสียชีวิตจากโรค NCDs สูงสุด 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ³ โรค NCDs มีทั้งระยะที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน ซึ่งขึ้นอยู่กับการควบคุมโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หมายถึงผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นโรคเรื้อรัง แต่สามารถควบคุมโรคได้ และยังไม่มีความรุนแรง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถทำได้ในระดับครอบครัวและชุมชน โดยใช้การดูแลแบบปฐมภูมิ⁴ ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค⁵ รวมถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้าน สุขภาพจากเหตุของความชรา ที่ทำให้เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ต่าง ๆ ต้องเสื่อมลงตามธรรมชาติ หรือจากโรคเรื้อรัง ที่มีสาเหตุจาก โรคไม่ติดต่อต่าง ๆ⁶ ในปี พ.ศ. 2566 - 2568 นโยบายกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง เสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มศักยภาพ 3 หมอ โดยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน⁷ จากการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีความรู้สึกไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนยังอยู่ในระดับปานกลาง⁸ นอกจากนั้น การอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว บทบาทของผู้ดูแลของสังคมไทยในอดีตจะเป็นญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของไทยที่ถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว หากไม่ได้รับการเตรียมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน อาจส่งผลการดูแล ความเครียดให้กับผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว⁹

การเตรียมสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ควรต้องเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะและเจตคติ ของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทันตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผู้ดูแลต้องมีการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยกระบวนการเพิ่มและพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะ (Up-skill) และหรือการเปลี่ยนหรือเพิ่มพูนทักษะ (Re-skill)¹⁰ จะส่งผลให้สามารถยกระดับกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาวได้ นอกจากนั้นการประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson¹¹ ร่วมด้วยจะเป็นการเพิ่มพลังผลักดันที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และพัฒนาความสามารถของตนเองจนมีความรู้ความเข้าใจ และมีความเชื่อมั่นในดูแลสุขภาพเบื้องต้น อันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความสุข ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิด Up-skill และหรือ Re-skill



ควบคู่กับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดทักษะและยกระดับสมรรถนะ มีความสามารถและศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนอันจะนำไปสู่การพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะใน การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนใน ชุมชน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ในการวิจัยคือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และขอบเขตด้านประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ที่พักอาศัยในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาโปรแกรม การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนโดยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วย โรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หมายถึงผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นโรคเรื้อรังแต่สามารถควบคุมโรคได้ และยังไม่มีความแทรกซ้อนรุนแรง มีระยะเวลา 4 เดือน วันที่เริ่มต้น 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 และวันที่สิ้นสุด 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีความรู้สึกไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน และความรู้ใน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนยังอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวเกิดความเครียดและไม่มั่นใจ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นคนในครอบครัว กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรม และวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาทักษะเพื่ออนาคต (Upskill/ Reskill)¹⁰ ซึ่งทักษะ Upskill หรือการพัฒนาทักษะเดิม เป็นการเรียนรู้ทักษะเดิมหรือเสริมทักษะใหม่ที่ไม่เคยรู้มาก่อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับสายงาน ที่ทำอยู่ ทำให้เราเชี่ยวชาญในสายงานของเรา มากยิ่งขึ้น และรองรับการเติบโตในอนาคต และทักษะ Reskill หรือการเพิ่มทักษะใหม่ เป็นการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ให้เท่าทันต่อ การเปลี่ยนแปลง หรือให้สอดคล้องกับตลาดแรงงานโลก รวมถึงเป็นการยกระดับทักษะของตน เป็นการยกระดับทักษะเพื่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการทำงานในสายงานที่แตกต่างออกไป ร่วมกับประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹¹ ได้กล่าวว่าการเสริมสร้างพลัง อำนาจเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตซึ่งทำให้บุคคลตระหนักในความรับผิดชอบต่อ สุขภาพของตนเองและสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ความช่วยเหลือการมีส่วนร่วมในการประเมินความมีคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การตัดสินใจร่วมกันและความอิสระในการเลือกและยอมรับความรับผิดชอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)

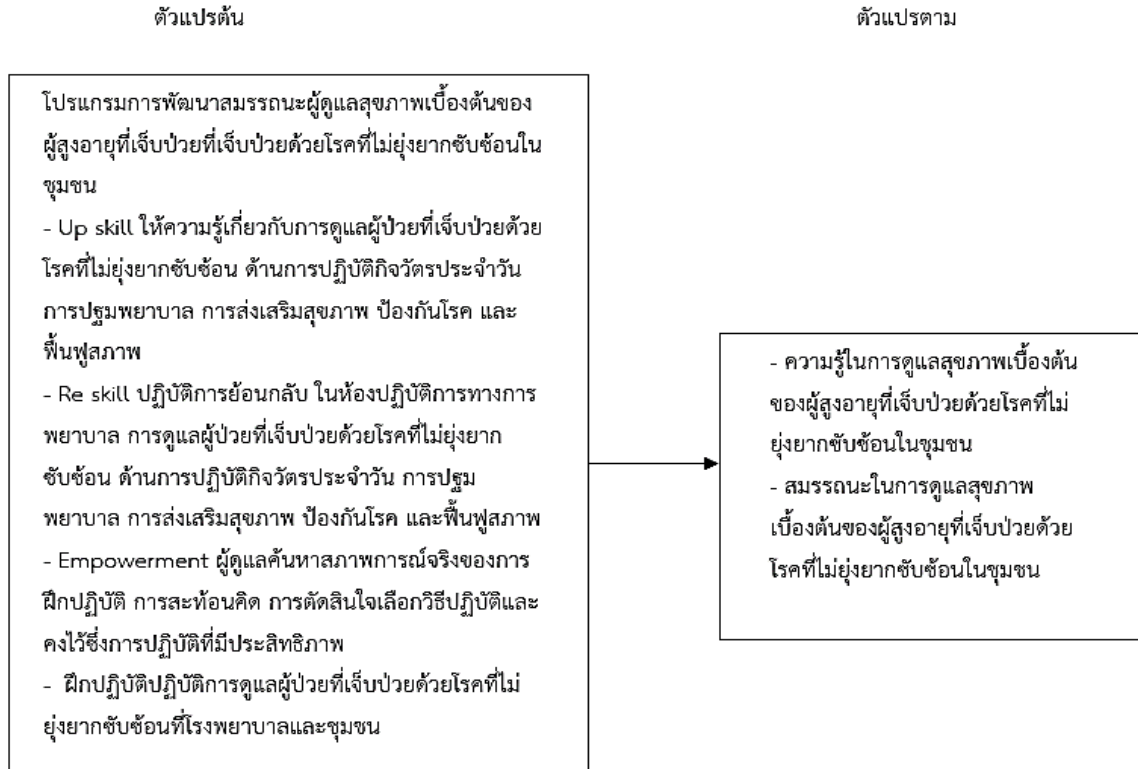
ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge)

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)



แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้ ตระหนัก แสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาความสามารถของตนเองตามบทบาทหน้าที่ เพิ่มพูนความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อน - หลัง การทดลอง (One group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G *Power กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.50, Power of test = 0.80 ได้ตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน และคำนวณเพื่อ ป้องกันการสูญหาย (Drop out) จำนวนร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างเป็น 38 คน ซึ่งการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง คือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1.1 เพศหญิงหรือเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 1.2 สุขภาพแข็งแรง
- 1.3 เป็นผู้ดูแลหรือมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน
- 1.4 ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนด้วยความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัยได้ทุกขั้นตอน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90



2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 2.1 ผู้ดูแลที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย
- 2.2 ผู้ดูแลที่ขอยุติการร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนโดยหัวข้อที่สอนและฝึกทักษะเป็นไปตามเนื้อหา หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดพัฒนาทักษะเพื่ออนาคต (Upskill/ Reskill)¹⁰ และเพิ่มเติมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹¹ ใช้ระยะเวลาต่อเนื่อง 4 เดือน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

เดือนที่ 1 (Upskill) โดยการพัฒนาเพิ่มและพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะ ซึ่งเป็นการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ดำเนินการอบรมจำนวน 75 ชม. ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น) รวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล หลักคุณธรรมจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

เดือนที่ 2 (Reskill) เป็นการเปลี่ยนหรือเพิ่มพูนทักษะ ซึ่งจัดโดยการ ปฏิบัติการย้อนกลับ ในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 45 ชม. ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น) รวมถึงแสดงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล โดยคำนึงถึงหลักคุณธรรมจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน โดยในระหว่างการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญในสถาบันการศึกษาทำการประยุกต์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลสูงอายุ ตามแนวคิดของ Gibson¹¹ โดยให้ผู้ดูแลค้นหาสภาพการณ์จริงของการฝึกปฏิบัติ การสะท้อนคิด การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพพร้อมด้วย

เดือนที่ 3 - 4 ฝึกปฏิบัติโดยปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนที่โรงพยาบาลและชุมชน ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ฝึกปฏิบัติจำนวน 270 ชม. โดยฝึกดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในโรงพยาบาล 100 ชม. และฝึกดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนจำนวน 170 ชม. การฝึกในโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน ผู้ดูแลในชุมชน จะได้รับโอกาสเรียนรู้เชิงปฏิบัติจากบุคลากรสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญ โดยมีการฝึกปฏิบัติด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น) ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงหลักคุณธรรมจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน โดยในระหว่างการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลและในชุมชนทำการประยุกต์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลสูงอายุ ตามแนวคิดของ Gibson¹¹ โดยให้ผู้ดูแลค้นหาสภาพการณ์จริงของการฝึกปฏิบัติ การสะท้อนคิด การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพพร้อมด้วย



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ประสบการณ์เป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นแบบปรนัยเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความรู้ กำหนดดังนี้ ตอบถูกต้อง ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ตอบ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

แบบประเมินด้านความรู้ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน มีคะแนนรวมอยู่ที่ 0-30 คะแนน ซึ่งคะแนนโดยรวมมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนมาก และคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนน้อย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Bloom¹² ระดับน้อย คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คือ คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60 ถึง 79 และระดับมาก คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป¹² ผู้วิจัยสามารถแบ่งระดับคะแนนความรู้ และคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์ในการแปลผลระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

ความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่ เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน	ช่วง คะแนน	ระดับคะแนน		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
รวม 30 คะแนน (30 ข้อ)	0-30	0-18	19-24	25-30

3. แบบประเมินสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาทักษะเพื่ออนาคต (Upskill/Reskill)¹⁰ และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹¹ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้ ตระหนัก แสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาความสามารถของตนเองตามบทบาทหน้าที่ เพิ่มพูนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน



แบบประเมินสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ซึ่งคะแนนโดยรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลสุขภาพมีสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนมาก และคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง ผู้ดูแลสุขภาพมีสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนน้อย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ในการแปลผลระดับพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้น¹³ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์ในการแปลผลระดับสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

สมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่ เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน	ช่วง คะแนน	ระดับคะแนน		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
รวม (20 ข้อ)	20-80	20-40	41-60	61-80

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)¹⁴ ได้ค่าเท่ากับ 0.92 จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง

2. แบบทดสอบความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชนผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)¹⁴ ได้ค่าเท่ากับ 0.95 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้หาค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.78

3. แบบสอบถามประเมินสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)¹⁴ ได้ค่าเท่ากับ 0.97 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน โดยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน และเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้และแบบประเมินสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และ หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เสนอต่อ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล



3. ภายหลังได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 38 คน แนะนำตนเองและอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงชี้แจงให้ทราบในการรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างร่วมโครงการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน โดยมีระยะเวลาต่อเนื่อง 4 เดือน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 วันที่สิ้นสุด 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความรู้ และสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อน ในชุมชน ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน เป็นระยะเวลา 4 เดือน และในสัปดาห์ที่ 16 กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความรู้ และสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนานำเสนอค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะการดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี เลขที่ HE671021 วันที่ให้การรับรอง 14 มกราคม พ.ศ. 2568 - 14 มกราคม พ.ศ. 2569 ก่อนการดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของขั้นตอนการทำวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใบยินยอมด้วยความเต็มใจ และระยะเวลาของการวิจัยสิ้นสุดวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ก่อนวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2569 นักวิจัยได้ดำเนินการแจ้งยุติการเก็บข้อมูลต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 81.58 มีช่วงอายุค่าเฉลี่ยอายุประมาณ 34.42 ปี (Mean = 34.42, S.D. = 6.92) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 71.05) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 97.37) อาชีพส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมจำนวน 23 คน (ร้อยละ 60.53) รองลงมาคือพนักงานเอกชนจำนวน 8 คน (ร้อยละ 21.05) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 25 คน (ร้อยละ 65.79) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (Gender)		
หญิง (Female)	31	81.58
ชาย (Male)	7	18.42
สถานภาพสมรส (Marital Status)		
โสด (Single)	28	73.68
สมรส (Married)	10	26.32
อายุ (Age)		
(Max=50, Min= 21, Mean= 34.42, S.D. = 6.92)		
ระดับการศึกษาสูงสุด (Highest Level of Education)		
มัธยมศึกษา (Secondary School)	27	71.05
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (Bachelor's Degree or Equivalent)	7	18.42
ปวส. (Vocational Certificate)	4	10.53
อาชีพปัจจุบัน (Current Occupation)		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer)	23	60.53
พนักงานเอกชน (Private Sector Employee)	8	21.05
ประกอบอาชีพอิสระ (Self-Employed)	7	18.42
ศาสนา (Religion)		
ศาสนาพุทธ (Buddhism)	37	97.37
ศาสนาคริสต์ (Christianity)	1	2.63
ประสบการณ์เป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน (Experience for Primary Health Caregivers of Older people with Non-complication Illness in the community)		
มี (Yes)	38	100
ไม่มี (No)	-	-
ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Training Experience in Elderly Health Care)		
มี (Yes)	25	65.79
ไม่มี (No)	13	34.21

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยใช้แบบประเมินความรู้จำนวน 30 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 21.47 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (S.D. = 3.82) และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 26.05 คะแนน (S.D. = 2.57) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความรู้ที่ได้รับสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม



เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีอิทธิพลต่อการเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแล โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงสุด ได้แก่ ข้อที่ 3 “แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมให้มีการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว” (Mean = 0.96, S.D. = 0.14) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเกือบทั้งหมด สะท้อนถึงความเข้าใจที่ดีในประเด็นดังกล่าวในทางกลับกัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความรู้ต่ำสุด ได้แก่ ข้อที่ 29 “เมื่อผู้สูงอายุลิ้มรับประทานยาตามเวลา ควรทำอะไร” ซึ่งคำตอบที่ถูกต้อง คือ “การรับประทานทันทีที่นึกได้” (Mean = 0.76, S.D. = 0.10) สะท้อนถึงประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมองค์ความรู้เพิ่มเติมในกิจกรรมฝึกอบรมหรือการเรียนรู้ในอนาคต

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะจำนวน 20 ข้อ ซึ่งพัฒนาขึ้นในรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 63.26 คะแนน จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน (S.D. = 6.45) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 71.84 คะแนน (S.D. = 4.72) สะท้อนถึงการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของผู้ดูแลในเชิงปฏิบัติอย่างชัดเจนผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อ “ฉันประเมินและให้ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว” (Mean = 3.42, S.D. = 0.64) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อ “ฉันช่วยเหลือดูแลระหว่างการรับประทานอาหาร/การให้อาหารทางสายยาง เพื่อป้องกันการสำลักอาหารในผู้สูงอายุ” (Mean = 3.21, S.D. = 0.74) ซึ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 3.21 – 3.42 บ่งชี้ว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานในระดับ “ปฏิบัติบ่อยครั้ง” ถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ” ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะมีผลในการยกระดับสมรรถนะด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล อาทิ การจัดการกิจวัตรประจำวัน การประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น และการสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความรู้ก่อนโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.47 และหลังโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 26.05 ค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 4.58 โดยมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval) อยู่ระหว่าง 3.51 ถึง 5.65 และมีค่าสถิติ $t = 9.42$ (df = 37) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ คะแนนสมรรถนะ ก่อนโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.26 และหลังโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 71.84 ค่าความแตกต่างเฉลี่ยเท่ากับ 8.58 ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 6.72 ถึง 10.44 มีค่าสถิติ $t = 11.33$ (df = 37) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ เช่นกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังโปรแกรม ($n = 38$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 38$)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t (df = 37)	p-value
ความรู้ (Knowledge)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	21.47	1.58	9.42	p = 0 .000*
หลังเข้าโปรแกรม	26.05	1.46		
สมรรถนะ (Competency)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	63.26	.23	11.33	p = 0 .000*
หลังเข้าโปรแกรม	71.84	.55		

* p -value < 0.05



การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิด Up-Skill/ Re-Skill¹⁰ โดยผ่านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น) รวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล หลักคุณธรรมจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และการเพิ่มพูนความรู้และทักษะโดยการปฏิบัติการย้อนกลับในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล ซึ่งการฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล จะสามารถพัฒนาทักษะทางปฏิบัติ (Clinical Skills) ของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะได้ฝึกฝนทักษะพื้นฐาน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น การฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการ จะทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและมั่นใจเมื่อออกฝึกจริงในสถานพยาบาล เป็นการเพิ่มความมั่นใจในตนเอง การฝึกในห้องปฏิบัติการซ้ำ ๆ ช่วยลดความกังวลและความกลัวเมื่อต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง มีความกล้าแสดงออก กล้าตัดสินใจ และสามารถทำงานภายใต้แรงกดดันได้ดีขึ้น ร่วมกับการประยุกต์กับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson¹¹ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ร่วมติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ให้กำลังใจเสริมแรงในกรณีที่กลุ่มทดลองสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง กลุ่มทดลองที่ไม่มั่นใจในการดูแล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมให้คำแนะนำ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตัวเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้กลุ่มทดลอง ทบทวนและใช้ประกอบในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเป็นเจ้าของ และมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รับผิดชอบของตนเอง ปฏิบัติจนเกิดทักษะ ดังนั้นทั้งแนวคิด Up-Skill/ Re-Skill ควบคู่กับการเสริมพลังอำนาจจึงสามารถทำให้เกิดสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชนได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนาหลักสูตรและศึกษาประสิทธิภาพหลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดเพชรบุรีพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถปฏิบัติงานได้จริง¹⁵ และงานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการดูแลผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 21¹⁶ และสอดคล้องกับงานวิจัย ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ภายหลังการทดลอง ความรู้ และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.44, df = 58, p < .001$ และ $t = 11.01, df = 58, p < .001$ ตามลำดับ)¹⁷ และงานวิจัยเกี่ยวกับผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยสร้างจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทักษะติดต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁸ แต่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน (เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว) จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุภายในบ้าน อาจมีส่วนทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและความรู้จากประสบการณ์จริง โดยผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุจะมีความเข้าใจในพฤติกรรม สุขภาพ และความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ ประสบการณ์ รวมถึงทัศนคติและความเข้าใจทางอารมณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวช่วยให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ



เข้าใจบริบทของผู้สูงอายุ เช่น ความเหงา ความเปราะบาง และความต้องการด้านจิตใจ ผู้ที่เคยดูแลมาก่อนอาจมีความอดทนและมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานในหน่วยงานสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่ อสม.) จำนวน 23 คน (ร้อยละ 60.53) ซึ่งเคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 25 คน (ร้อยละ 65.79) การเคยผ่านการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุอาจส่งผลต่อความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ที่พบว่าการเคยผ่านการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมกันพยากรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\beta = .306, t = 4.239, p < .001$)⁸

สรุปการวิจัย

ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนหลังได้รับโปรแกรม มีความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้และสมรรถนะของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิด Up-Skill/Re-Skill⁷ ร่วมกับการประยุกต์กับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิด ของ Gibson⁸ เมื่อพิจารณารายชื่อด้านความรู้ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อที่ 29 เมื่อผู้สูงอายุลิ้มรับประทานยาตามเวลา ควรทำอย่างไร คือ การให้รับประทานทันทีที่นึกได้ (Mean = 0.76, S.D. = 0.10) แสดงถึงประเด็นที่อาจยังเป็นจุดอ่อนในองค์ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งควรได้รับการเน้นย้ำเพิ่มเติมในกิจกรรมฝึกอบรมหรือการส่งเสริมความรู้ในอนาคต และด้านสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ "ฉันทช่วยเหลือดูแลระหว่างการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลักอาหารในผู้สูงอายุ" (Mean = 3.21, S.D. = 0.74) แสดงถึง ในอนาคตควรนำมา Up-Skill/Re-Skill เกี่ยวกับสมรรถนะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน มีสมรรถนะในการดูแลได้อย่างประสิทธิภาพสูงสุด จุดแข็งของโปรแกรมนี้นี้คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ให้กำลังใจ เสริมแรงในกรณีที่กลุ่มทดลองสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง กลุ่มทดลองที่ไม่มั่นใจในการดูแล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมให้คำแนะนำ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้กลุ่มทดลอง ทบทวนและใช้ประกอบในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเป็นเจ้าของ และมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของตนเอง ปฏิบัติจนเกิดทักษะ ดังนั้นการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยใช้แนวคิด Up-Skill/Re-Skill จำเป็นต้องมีกระบวนการควบคู่กับการเสริมพลังอำนาจจึงสามารถทำให้เกิดสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชนได้

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้

1. การดำเนินโครงการวิจัยอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว เช่น ความคงทนของทักษะและความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรม
2. การเก็บข้อมูลดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ ซึ่งอาจมีบริบทด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพเฉพาะถิ่น ส่งผลต่อการนำผลลัพธ์ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างกัน
3. ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแวดล้อมภายนอก เช่น ประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ที่อาจส่งผลต่อการเรียนรู้หรือการนำทักษะไปใช้จริง



ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำโปรแกรมระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี มีการติดตามและการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน
2. ควรขยายผลโปรแกรมไปยังชุมชนอื่น ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นและนำผลการศึกษาที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ไปต่อยอดทำวิจัยในกลุ่ม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ยังขาดความรู้และทักษะในผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุ
3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการควบคุมปัจจัยแวดล้อมภายนอก เช่น ประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ที่อาจส่งผลต่อการเรียนรู้หรือการนำทักษะไปใช้จริง

References

1. Department of Older Persons. [Internet]. 2025 [cited 2025 July 12]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/statistics> (in Thai)
2. Somdet Phra Sangharaja Yan Sanvara Geriatric Medicine Institute, Department of Medical Services. Handbook for screening and health assessment of the elderly, 2021. Bangkok: War Veterans Organization Printing Press; 2021. (in Thai)
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [internet]. 2024 [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Department of Health. Long-term care guideline for older persons with chronic diseases and dependency. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health. [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/> (in Thai)
5. Sasit S. Geriatric nursing: Common problems and care approaches. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
6. Decharatanachart Y, Kochakote Y. Long-term care model for the elderly with dependency. Dhammathas Academic Journal. 2022;22(3):63-80. (in Thai)
7. Strategy and planning division of office of the permanent secretary Ministry of Public Health. Guidelines for the development of high-performance organizations, Ministry of Public Health MoPH - 4T. [internet]. 2023 [cited 12 Jul 2025]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/04/MoPH-4T.pdf> (in Thai)
8. Chananin Y, Krongyuth S, Kumpiriyapong N, Boonchuwong O, Chaisongmuang P. Factors influencing the competency of village health volunteers in caring for community-dwelling older adults living with chronic illnesses. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2024;24(2):125–37. (in Thai)
9. Kitreerawutiwong k, Kitreerawutiwong N. The development direction for long-term care giver in community. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(4): 15-24. (in Thai)
10. Sakamoto A, Sung J. Skills and the future of work: Strategies for inclusive growth in Asia and the Pacific. Bangkok: ILO Regional Office for Asia and the Pacific. [internet]. 2021[cited 2025 Jun 3] Available from: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/@sro-bangkok/documents/publication/wcms_650239.pdf



11. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16(3):354–61. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x
12. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Company; 1956.
13. Kaiyawarn Y. Statistics for research. 5th ed. Bangkok: Ramkhamhaeng University Press; 2009. (in Thai)
14. Srisatitnarakun B. Basic research in nursing science. 5th ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2012. (in Thai)
15. Nilnat N, Prasomsuk S, Kerdnu K. The curriculum development for enhancing the elderly caregivers' competencies of non-communicable diseases with community participation in Phetchaburi Province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*. 2022;29(3):27–37. (in Thai)
16. Ploysuwan C, Phetsombat R, Luang-on D, Ruamsuk T. Factors affecting the caring competency of older people among village health volunteers in eastern region: A case study of Wang Sombun District, Sa Kaeo Province. *Research and Development Health System Journal*. 2023;16(3):15–29. (in Thai)
17. Thongtang P, Sisawang C, Boonsadudee B. Effect of a competency development program for caregivers of older adults with chronic diseases on knowledge and skills in COVID-19 prevention. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2022;32(3):52–65. (in Thai)
18. Thipsungwan K, Sribenchamas N, Lamluk P. Effects of the development competency program of volunteers for taking care of the elderly in community. *Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University*. 2018;12(1):275–91. (in Thai)