



# การพัฒนาแบบแผนการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

## Development of Skill Development Model for Elderly Caregivers, Sukhothai Province

ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว

Saksit Bokaew

โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จ.สุโขทัย

Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province

Corresponding Author: Saksit\_med46@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมวิธีขั้นสูงแบบการประเมินผลหลายขั้นตอนครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย มีขั้นตอนการวิจัย 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) พัฒนาแบบแผนการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 4) การประเมินประสิทธิผลของแบบแผนการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน การทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ปัจจัยเสริมและการรับรู้ประโยชน์ 2) บริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุมีดังนี้ ด้านร่างกาย เช่น โรคเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน และด้านสังคม เช่น ขาดคนดูแลและถูกทอดทิ้ง ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ขาดความรู้และทักษะ ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องฝึกใหม่ สอนเพิ่มเติม 3) แบบแผนการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ พี่เลี้ยง คู่บัดดี้ เรียนรู้ร่วมกัน ถอดบทเรียน บุคคลต้นแบบ และสร้างคุณค่าและจิตอาสา และ 4) ประสิทธิภาพของแบบแผนการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามแบบแผนการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงให้เห็นว่าแบบแผนการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่

Received: February 23, 2021; Revised: June 22, 2021; Accepted: June 23, 2021



พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ จึงควรนำไปใช้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น รวมทั้งประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ตามความเหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** ทักษะ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ

---

---

## Abstract

---

---

This advanced multistage evaluation mixed research study aims to develop the skill development model for elderly caregivers in Sukhothai province. The research procedure consisted of four phases including 1) study the factors affecting skills of elderly caregivers; 2) context analysis; 3) development of the skill development model for elderly caregivers and 4) evaluating effectiveness of the skill development model. The instruments used in this study were questionnaires and group interview. The data were analyzed and described using percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, stepwise multiple regression analysis, paired t-test, independent t-test, analysis of Covariance and content analysis.

The results of the research showed that 1) factors affecting the skills of the elderly caregivers in Sukhothai province include supplementary factors and perceived benefits; 2) context and condition of elderly health care problem found that the condition of the elderly has three aspects: physical such as chronic disease and cerebrovascular disease; mental such as depression and mood disorder; and social such as lack of caretaker and abandonment. The problems of elderly caregivers were lack of confidence and decision-making, lack of knowledge and skills. 3) the skill development model for the elderly caregivers in Sukhothai province consisted of 6 activities: mentoring, buddy pairing, exchanging of ideas, taking lessons, prototyping for the elderly care, demonstrating elderly values and volunteering and 4) evaluating the effectiveness of the skill development model for elderly caregivers in Sukhothai province. It was found out that after activities were organized according to the development skill model of elderly caregivers, the experimental group had average knowledge. The attitude, satisfaction and skills of elderly caregivers were higher than before the activity and higher than the control group, and the elderly who were cared for from the experimental group had higher mean satisfaction and quality of life than before the activity and higher than the control group, statistically significant at .05. It was showed that the developed caregiver skill development model could enhance the skill of the elderly caregivers. Therefore, it should be used to cover more of the target group and apply in other areas appropriately.

**Keywords:** skill, caregivers, elderly

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด (ไม่รวมแรงงานข้ามชาติ) 66 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 ซึ่งจะมีผลทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด<sup>1</sup> จากการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ในปี พ.ศ. 2565 อัตราการเพิ่มของประชากรไทยจะเข้าใกล้ศูนย์ ขณะที่สัดส่วนวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลงเรื่อยๆ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและงบประมาณของประเทศ ในอนาคตผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มมาใช้บริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยผู้สูงอายุมักเป็นโรคเรื้อรังและปัญหาที่ซับซ้อน มีปัญหาที่หลากหลาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ทำให้ผู้สูงอายุจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ดูแลยากในการให้บริการระดับปฐมภูมิ และจากการสำรวจในประเทศไทย พบว่าร้อยละ 69.3 ประชากรในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี เป็นโรคเรื้อรังและพบเมื่ออายุมากขึ้น และเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป พบว่า มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.8<sup>2</sup> ซึ่งผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลมากขึ้น ส่วนใหญ่การดูแลผู้สูงอายุมักจะเป็นคนในครอบครัวเป็นหลักที่จะเป็นผู้ดูแล แต่ปัจจุบัน พบว่า โครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวลดลง ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้นและขาดการดูแล<sup>3</sup>

รวมถึงวัฒนธรรมการให้ความเคารพนับถือผู้อาวุโสเปลี่ยนไป คนรุ่นใหม่อาจมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลล้าสมัย ขาดความสำนึกในบุญคุณ ไม่ให้การดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุและรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว การทอดทิ้งละเลยทำให้ผู้สูงอายุด้วยคุณค่า ว่าแห้ว และเป็นส่วนเกินของครอบครัว มีความรู้สึกเสมือนว่าตนเองถูกทอดทิ้ง มองตนเองว่าไร้ค่า มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง<sup>4</sup> หากความรู้สึกเหล่านี้สะสมอยู่นานวันโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อสุขภาพกาย จิตใจ และเกิดภาวะซึมเศร้า กอปรกับเมื่อผู้สูงอายุมีอายุสูงขึ้น เกิดความเสื่อมสภาพของร่างกาย มีโรคภัยไข้เจ็บ ก็ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือพิการ เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือจากอุบัติเหตุต่างๆ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก็จะมีผลกระทบต่อชีวิตและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น คนในครอบครัว ลูกหลาน ญาติ เพื่อนบ้าน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญที่ช่วยเหลือดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม จากการศึกษาทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน การพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุดำเนินการภายใต้กองทุน Long Term Care โดยในปี พ.ศ. 2559 มีงบประมาณสนับสนุนนำร่องใน 1,000 ตำบล ที่มีความพร้อมและมีเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 100,000 คน ณ มกราคม 2561 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้าร่วมดำเนินงาน 5,115 แห่ง จากจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 7,852 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 65 ในปี พ.ศ. 2560 มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 13,920 คน ดูแลผู้สูงอายุ 139,200 คน และในปี พ.ศ. 2561 เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ 180,000 คน จึงต้องผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่ม จำนวน 18,000 คน ในปีงบประมาณ



2559 สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ จำนวน 80,826 คน จากเป้าหมายที่วางไว้ 100,000 คน หรือร้อยละ 80 ของเป้าหมาย<sup>5</sup> แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยังไม่เพียงพอกับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทุกคนยังไม่ได้รับบริการการดูแลระยะยาว นอกจากนี้พบว่า การหาคนที่มีความสัมพันธ์ตามที่กำหนด (จบมัธยมต้นหรือเทียบเท่า) มารับการอบรมค่อนข้างยาก ระบบจิตอาสาทำให้หาคนมารับการอบรมยาก เนื่องจากผู้อบรมต้องทำงานที่ทำ หากพื้นที่ที่อิงระบบจิตอาสาต้องอบรมจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก พบปัญหาอบรมมาแล้วไม่สามารถปฏิบัติงานได้ และการเพิ่มพูนความรู้และทักษะระหว่างปฏิบัติงาน การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีช่องทางให้คำปรึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุยังไม่เป็นระบบ<sup>5</sup> ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม มิงงานวิจัยในประเทศไทยที่พัฒนากลุ่มจิตอาสาให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยจิตอาสา มีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม พบว่า จิตอาสายังขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานในพื้นที่ควรสนับสนุนให้เกิดการขยายเครือข่ายของจิตอาสาและการทำงานที่เชื่อมโยงกัน ระหว่างจิตอาสากับระบบบริการสุขภาพของรัฐ<sup>5</sup>

สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 100,826 คน โดยได้รับการตรวจคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 85,854 คน (ร้อยละ 85.15) ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (ร้อยละ 96.52) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียง จำนวน 2,580 คน (ร้อยละ 3.01) และ 405 คน (ร้อยละ 0.47) ตามลำดับ สำหรับ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงนั้น ถือว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสที่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพได้ง่ายทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ รวมทั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้<sup>6</sup> การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ภาคชุมชน รวมทั้งลูกหลาน ญาติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญอย่างมากที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยมีญาติหรือผู้ดูแลและคนในชุมชนมีส่วนร่วม โดยในปี พ.ศ. 2562 จังหวัดสุโขทัยมีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 429 คน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง ซึ่งมีจำนวน 2,985 คน (ร้อยละ 3.48) โดยเทียบสัดส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุเท่ากับ 1:7 ซึ่งยังไม่เพียงพอ เนื่องจากสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประมาณ 1:4 คน<sup>6</sup> ในการเพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนในการจัดการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หลังจากผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ออกไปดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่า มีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ไม่มั่นใจ ไม่สามารถทำหัตถการได้ถูกต้อง ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ และที่ผ่านมายังไม่มีระบบการเพิ่มทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ หลังจากจบการฝึกอบรม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุมีความต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมากทั้งด้านการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน ด้านการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ ด้านการประสานงาน ด้านการทำงานเป็นทีมภายใต้ระบบที่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษาและบัดดี้<sup>7-9</sup> ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและสังคมโดยรวม ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังลังเลและไม่มั่นใจว่าสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งชุมชนยังไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ การให้ความรู้ผู้ดูแล การพบปะผู้สูงอายุที่วัด สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การสร้างรอยยิ้มและสันตนาการ<sup>9</sup> สอดคล้องกับแนวคิดของ Simpson<sup>10</sup> และ Davies<sup>11</sup> มี 5 ชั้น ประกอบด้วย ชั้นสาธิตทักษะ ชั้นสาธิตและให้เรียนปฏิบัติย่อย ชั้นให้ผู้เรียนปฏิบัติทักษะย่อย ชั้นให้เทคนิควิธีการเมื่อผู้เรียนปฏิบัติได้แล้ว และชั้นให้ผู้เรียนเชื่อมโยงทักษะย่อยๆ เป็นทักษะที่สมบูรณ์ในการพัฒนาทักษะให้สูงขึ้น ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นจะเห็นได้ว่าแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีอายุยืนยาวมากขึ้นซึ่งไม่ได้หมายความว่าสุขภาพสมบูรณ์ดีด้วย ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยทุพพลภาพตามมาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และจำเป็นต้องได้รับช่วยเหลือดูแลจากผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรต้องได้รับการฟื้นฟูความรู้ พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุและฟื้นฟูสมรรถภาพได้

อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย เพื่อพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน มีความสุขกาย สุขใจ มีความสมดุลในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข และคุณลักษณะส่วนบุคคล
2. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

### คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. บริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
3. รูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร
4. รูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร



## สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลมีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และทักษะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และทักษะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามปกติ
4. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ ของ Bartol & Martin<sup>12</sup> ประกอบด้วย กระบวนการนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และย้อนกลับ (Feedback) โดยศึกษา 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ โดยประยุกต์แนวคิดเชิงนิเวศน์ของ McLeroy และคณะ<sup>13</sup> ได้อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลมาจากลักษณะภายในบุคคล ระหว่างบุคคล ชุมชน องค์กรและนโยบายสาธารณะ โดยปัจจัยลักษณะภายในบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น ความรู้ เจตคติ ทักษะ

มโนทัศน์แห่งตน เป็นต้น ปัจจัยระหว่างบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เป็นเครือข่ายทางสังคมที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านองค์กรหรือสถาบัน เป็นสถาบันทางสังคมที่มีคุณลักษณะขององค์กร และกฎหรือระเบียบเป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ ในการดำเนินงาน เช่น กฎ ระเบียบ นโยบาย โครงสร้างที่ไม่เป็นทางการ ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร สถาบันและเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการภายในขอบเขตที่กำหนด เช่น บรรทัดฐานของชุมชน (ระเบียบปฏิบัติของชุมชน) มาตรฐานต่างๆ และปัจจัยด้านนโยบายสาธารณะ ได้แก่ กฎหมายและนโยบายของชาติที่กำกับหรือสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดี<sup>13</sup> ซึ่งในการศึกษาจึงประยุกต์โดยจัดกลุ่มที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแล กำหนดตัวแปรต้น คือ 1) ความรู้ ได้แก่ โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ทักษะ ได้แก่ บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้ดูแล 3) การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ 4) ปัจจัยเอื้อ (การสนับสนุนการทำงานในพื้นที่) ได้แก่ การได้รับการอบรมจากบุคลากรสาธารณสุข การเข้าถึงบริการสาธารณสุขและชุมชน 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และตัวแปรตาม คือ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อได้ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะที่ 3

**ระยะที่ 2** ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย ใช้การ สัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) ในกลุ่มผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งเน้นประเด็นหาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ข้อเท็จจริง หรือความคิดเห็น เกี่ยวกับบริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากคนหลายคนที่ให้สัมภาษณ์พร้อมกัน เมื่อได้ผลการวิจัยจะนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะที่ 3

**ระยะที่ 3** การพัฒนารูปแบบการพัฒนา ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย ได้ประยุกต์ ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Capland<sup>14</sup> ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบของพฤติกรรมของ Bloom<sup>15</sup> ไปใช้ในการสร้างร่างรูปแบบการพัฒนา ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากผลวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 โดยการอภิปรายกลุ่มย่อย (Group discussion) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล ระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงรูปแบบการ พัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามข้อเสนอแนะ และสรุปรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เมื่อได้ผลการวิจัยจะนำไปใช้ในการ ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในระยะที่ 4 ต่อไป

**ระยะที่ 4** การประเมินประสิทธิผลของ รูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัด สุโขทัย ใช้การวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 84 คน แบ่งออกเป็นกลุ่ม ทดลอง จำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 42 คน โดยกลุ่มควบคุมปฏิบัติแบบเดิม ซึ่งจะเก็บ รวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลองทั้งกลุ่ม ทดลอง กลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจาก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถาม จัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 หลังจาก การทดลองทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุที่ ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถาม ภายหลังจากจัดกิจกรรมตามรูปแบบ การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไปแล้ว 4 สัปดาห์ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อรูปแบบ การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถาม ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็น เครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ<sup>16</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็น คุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทาง สังคม 3 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ ส่วนข้อ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงผสมวิธีขั้นสูงแบบการประเมิน ผลหลายขั้นตอนครั้งนี้ แบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 4 ระยะตามกระบวนการวิจัย ดังต่อไปนี้

**การวิจัยระยะที่ 1** การศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

การวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) ประชากร คือ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ (Caregiver) จังหวัดสุโขทัย ที่ผ่านการ อบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 70 ชั่วโมง จำนวน 429 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน



204 คน ซึ่งได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power version 3.0.10<sup>17</sup> ใช้การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วน

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

**ส่วนที่ 2** ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ เชิงบวก 18 ข้อ เชิงลบ 12 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 1, 0 และ 0 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 0, 0 และ 1 คะแนน ตามลำดับ รวม 30 คะแนน การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom<sup>18</sup> ดังนี้ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

**ส่วนที่ 3** ทักษะจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้ดูแล จำนวน 25 ข้อ เชิงบวก 21 ข้อ เชิงลบ 4 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมาย

คะแนนระดับทัศนคติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Best<sup>19</sup> ดังนี้ ระดับสูง ( $\bar{X} = 3.67 - 5.00$ ) ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.34 - 3.66$ ) และระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.00 - 2.33$ )

**ส่วนที่ 4** การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ จำนวน 32 ข้อ เชิงบวก 26 ข้อ เชิงลบ 6 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Best<sup>19</sup> ดังนี้ ระดับสูง ( $\bar{X} = 3.67 - 5.00$ ) ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.34 - 3.66$ ) และระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.00 - 2.33$ )

**ส่วนที่ 5** การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ ได้แก่ การรับการอบรม มีสถานบริการสาธารณสุข ระบบส่งต่อ และการสนับสนุนข้อมูล อุปกรณ์ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนปัจจัยเอื้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Best<sup>19</sup> ดังนี้ ระดับสูง ( $\bar{X} = 3.67 - 5.00$ ) ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.34 - 3.66$ ) และระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.00 - 2.33$ )



**ส่วนที่ 6** การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข แบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนปัจจัยเสริมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Best<sup>19</sup> ดังนี้ ระดับสูง ( $\bar{X} = 3.67 - 5.00$ ) ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.34 - 3.66$ ) และระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.00 - 2.33$ )

**ส่วนที่ 7** ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การให้ยาทางปาก 2) การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ 3) การวัดความดันโลหิต 4) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 5) การทำแผลแบบแห้ง 6) การทำแผลแบบเปียก 7) การเช็ดตัวลดไข้ 8) การดูดเสมหะ 9) การให้อาหารทางสายยาง และ 10) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน จำนวน 52 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Best<sup>19</sup> ดังนี้ ระดับสูง ( $\bar{X} = 3.67 - 5.00$ ) ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.34 - 3.66$ ) และระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.00 - 2.33$ )

ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรง

ตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67 – 1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82, 0.72, 0.90, 0.86, 0.81 และ 0.79 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

**การวิจัยระยะที่ 2** การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

การวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) กลุ่มให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling)<sup>20</sup> การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) ใช้เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก มีแนวคำถามสำหรับแบบสัมภาษณ์กลุ่ม 7 ข้อ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1) ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเป็นอย่างไร 2) ท่านดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไร 3) ปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง 4) อุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง 5) สิ่งที่ต้องการในการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง 6) สิ่งที่เป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง 7) ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร กลุ่มผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ 1) ท่านมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร 2) ปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง 3) อุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง 4) สิ่งที่ต้องการในการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง 5) สิ่งที่เป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมี



อะไรบ้าง 6) ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ท่านรับผิดชอบ คุณดูแลผู้สูงอายุอย่างไร 7) ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร และควรพัฒนาอย่างไร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล และด้านผู้วิจัย

**การวิจัยระยะที่ 3** การพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) กลุ่มให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อย (Group discussion) ใช้เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล และด้านผู้วิจัย เป็นโครงร่างการพัฒนารูปแบบพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำไปสู่ระยะที่ 4

**การวิจัยระยะที่ 4** การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The two group, pretest-posttest design) ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 70 ชั่วโมง จำนวน 88 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 42 คน

ซึ่งได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power version 3.0.10<sup>18</sup> ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มทดลอง จำนวน 42 คนมาจัดกิจกรรมตามโครงร่างรูปแบบการพัฒนาทักษะ เป็นระยะเวลา 4 - 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1** ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ทัศนคติ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67 - 1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75, 0.81, 0.98 และ 0.80 ตามลำดับ

**ตอนที่ 2** ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา น้ำหนักส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว ระดับ ADL โรคประจำตัว อาชีพ และรายได้เฉลี่ย

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ 10 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom<sup>18</sup> ดังนี้ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61 - 79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best<sup>20</sup> ดังนี้ ระดับสูง ( $\bar{X} = 3.67 - 5.00$ ) ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.34 - 3.66$ ) และระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.00 - 2.33$ ) ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบสอบถาม ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67 - 1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86, 0.88 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ Paired t-test Independent t-test และ Analysis of Covariance: ANCOVA และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการ/รหัส IRB 46/2563 เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 วันสิ้นสุดการรับรอง

วันที่ 24 พฤษภาคม 2564 ประเด็นโครงการวิจัย  
แบบเร่งรัด (Expedited review)

#### ผลการวิจัย

##### ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

1. ความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 1) ความรู้ อยู่ในระดับต่ำ 2) ทักษะการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบทบาทของผู้สูงอายุทางสังคม ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และด้านบทบาทของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน 3) การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 4) ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง 5) ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง และ 6) ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการให้ยาทางปาก ด้านการวัดอุณหภูมิ ซีพจร อัตราการหายใจ ด้านการวัดความดันโลหิต ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ด้านการทำแผลแบบแห้ง ด้านการทำแผลแบบเปียก ด้านการเช็ดตัวลดไข้ ด้านการดูดเสมหะ ด้านการให้อาหารทางสายยาง และด้านการดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจนอยู่ในระดับสูงทั้ง 10 ด้าน ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุน การทำงานของพื้นที่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนจากบุคลากร สาธารณสุข และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n = 204)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความรู้	2.14	2.86	ต่ำ
ทัศนคติ	4.07	2.84	สูง
1. บทบาทของผู้สูงอายุทางสังคม	4.30	0.50	สูง
2. ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	3.98	0.35	สูง
3. บทบาทของผู้ดูแล	4.05	0.35	สูง
การรับรู้ด้านสุขภาพ	4.04	0.34	สูง
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	4.27	0.41	สูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	4.30	0.44	สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	4.49	0.42	สูง
4. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	2.41	0.85	ปานกลาง
การสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ (ปัจจัยเอื้อ)	4.25	0.45	สูง
การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข (ปัจจัยเสริม)	4.24	0.42	สูง
ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.08	0.64	สูง
1. การให้ยาทางปาก	4.29	0.66	สูง
2. การวัดอุณหภูมิ ซีฟจร อัตราการหายใจ	4.30	0.61	สูง
3. การวัดความดันโลหิต	4.19	0.67	สูง
4. การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	1.02	0.82	สูง
5. การทำแผลแบบแห้ง (Dry Dressing)	4.12	0.75	สูง
6. การทำแผลแบบเปียก (Wet Dressing)	4.17	0.71	สูง
7. การเช็ดตัวลดไข้	4.29	0.65	สูง
8. การดูดเสมหะ	3.81	1.06	สูง
9. การให้อาหารทางสายยาง	3.92	0.99	สูง
10. การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน	3.80	1.17	สูง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนได้ ดังนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการสนับสนุนจากบุคลากร สาธารณสุข (ปัจจัยเสริม) มีผลทางบวกต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 31.2 (R Square = 0.312) เมื่อคะแนนปัจจัยเสริมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 3.567 คะแนน (B = 3.567) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีผล

ทางบวกต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.41 เป็นร้อยละ 35.3 (R Square Change = 0.041, R Square = 0.353) เมื่อการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2.606 คะแนน (B = 2.606) ทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วมพยากรณ์ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 35.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรต้นกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย (n = 204)

ตัวแปร	R Square	R Square Change	Beta	b	s.e. of b	t	p-value
การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	0.312	0.312	0.449	3.567	0.513	6.949	< .001
การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข							
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	0.353	0.041	0.229	2.606	0.735	3.547	< .001

Constant (a) = -20.902, R = 0.594, MSE = 733.712, R Square = 0.353, Adjusted R Square = 0.346, F = 54.755, p < .05 โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ = -20.902 + 3.567 (ปัจจัยเสริม) + 2.606 (การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ)

## ระยะที่ 2 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

บริบทและสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ นำเสนอผลวิจัย 2 ส่วน ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหา 3 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความจำเสื่อม พุดไม่ชัด ลิ้นแข็ง หูตึง กล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ท้องผูกถ่ายลำบาก มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไช้มันในเลือดสูง ไตวาย โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองตีบ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ภาวะกระดูกและข้อเสื่อม โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้สูงอายุจะมีอารมณ์แปรปรวน อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า เหงา ว่าเหว น้อยใจ ท้อแท้ เอาแต่ใจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย สิ้นหวัง เปื่อหน่าย หลงลืม นอนไม่หลับ และ 3) ด้านสังคม ผู้สูงอายุจะถูกทอดทิ้ง ไม่สนใจ อยู่เฝ้าบ้าน ต้องรอรับการช่วยเหลือในหลายๆ ด้าน เช่น การเคลื่อนไหวย่างกาย การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การเดินทางไปรับการรักษาในสถานพยาบาล การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ยังไม่เพียงพอ ไม่มั่นใจ ไม่กล้าในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีอคติกับผู้สูงอายุ ไม่อยากดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้สึกไม่ดีต่อผู้สูงอายุกันมาก่อน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไปดูแลผู้สูงอายุเพียงคนเดียว รู้สึกกลัวอันตราย ไม่ปลอดภัย ต้องมีเพื่อนไปด้วยเพื่อคอยช่วยเหลือและเพิ่มความอุ่นใจ การใช้อุปกรณ์บางอย่างทำไม่ได้ ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ แนะนำหรือสอนไม่ปฏิบัติตาม ญาติขาดความไว้วางใจต่อผู้ดูแล ไม่ให้ความร่วมมือ ผู้สูงอายุเลือกคนดูแล รอคอยผู้ดูแลไปเยี่ยม รอการช่วยเหลือ ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล เช่น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เป็นต้น



### ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

การวิเคราะห์เนื้อหา นำผลระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มากำหนดรูปแบบร่างการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการร่วมกันกำหนดร่างรูปแบบทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ 6 กิจกรรม การดำเนินกิจกรรมเริ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 พร้อมกัน และเริ่มกิจกรรมที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 และปลายสัปดาห์ที่ 4 ทำกิจกรรมที่ 4 ถึง 6 รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 พี่เลี้ยง (Care manager ในอำเภอบ้านด่านลานหอย) ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุกับผู้ดูแลผู้สูงอายุลงไปเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุร่วมกันในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นการสอนและให้คำแนะนำปรึกษาการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย มีกำหนดตารางปฏิบัติพร้อมกัน ในระยะเวลา 4 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 2 คู่บัดดี้ (Caregiver ในอำเภอบ้านด่านลานหอย) จับคู่ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหรือหมู่บ้านเดียวกัน ลงปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุพร้อมกัน จะได้ช่วยเหลือกันและให้คำปรึกษาร่วมกัน มีกำหนดตารางปฏิบัติพร้อมกัน ในระยะเวลา 4 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 3 การเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเฉพาะในพื้นที่และผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังจากได้ไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ สรุปประเด็นปัญหา แก้ไขปัญหา และวางแผนการดูแลร่วมกัน

กิจกรรมที่ 4 ถอดบทเรียน การจัดเวทีการถอดบทเรียน เพื่อสรุปบทเรียนที่ได้จากการลงไปดูแลผู้สูงอายุ ข้อค้นพบ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล สิ่งที่ต้องการให้ช่วย สิ่งที่ต้องการพัฒนา นำมาสรุปและได้เรียนรู้ร่วมกันแลกเปลี่ยนผลการดูแล และสิ่งที่ดีๆ ที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 5 บุคคลต้นแบบ กิจกรรมต่อจากการถอดบทเรียน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุได้ดี ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีสุขอนามัยที่ดีและมีสุขภาพดี โดยให้ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้คัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลต้นแบบ และนำบุคคลต้นแบบมาถ่ายทอดให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอื่นๆ ทำให้บุคคลต้นแบบเกิดความภาคภูมิใจได้รับการยกย่องสร้างแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 6 สร้างคุณค่าและจิตอาสา ใช้หลักทางพุทธศาสนาให้ทุกคนเข้าวัด ทำบุญตักบาตร ฟังเทศน์ หลังจากนั้นทำจิตอาสา เช่น ทำความสะอาดที่ต่างๆ ให้มีสมุดทำความดีเขียนเล่าสิ่งที่ประทับใจและได้ทำ เป็นการส่งเสริมให้ทุกคนอยากทำความดี และภาคภูมิใจ

### ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน และมีค่าเฉลี่ยทัศนคติและความพึงพอใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความพึงพอใจต่อรูปแบบพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 84)

ก่อนจัดกิจกรรม	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
<b>ความรู้</b>					
กลุ่มทดลอง	42	15.07	4.66	-1.908	0.061
กลุ่มควบคุม	42	16.67	2.76		
<b>ทัศนคติ</b>					
กลุ่มทดลอง	42	95.24	6.25	-4.270	0.000
กลุ่มควบคุม	42	102.57	9.21		
<b>ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ</b>					
กลุ่มทดลอง	42	230.50	47.48	0.425	0.672
กลุ่มควบคุม	42	226.69	33.45		
<b>ความพึงพอใจ</b>					
กลุ่มทดลอง	42	36.14	3.74	3.332	0.001
กลุ่มควบคุม	42	33.90	2.23		

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความพึงพอใจหลังจัดกิจกรรมสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 42)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
<b>ความรู้</b>					
ก่อนจัดกิจกรรม	42	15.07	4.66	11.518	0.000
หลังจัดกิจกรรม	42	24.10	2.38		
<b>ทัศนคติ</b>					
ก่อนจัดกิจกรรม	42	95.24	6.25	9.542	0.000
หลังจัดกิจกรรม	42	103.98	5.39		
<b>ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ</b>					
ก่อนจัดกิจกรรม	42	230.50	47.48	7.651	0.000
หลังจัดกิจกรรม	42	296.52	43.29		



**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 42) (ต่อ)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
<b>ความพึงพอใจ</b>					
ก่อนจัดกิจกรรม	42	36.14	3.74	5.645	0.000
หลังจัดกิจกรรม	42	41.64	4.46		

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 84)

หลังจัดกิจกรรม	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
<b>ความรู้</b>					
กลุ่มทดลอง	42	24.10	2.38	13.166	0.000
กลุ่มควบคุม	42	16.74	2.73		
<b>ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ</b>					
กลุ่มทดลอง	42	296.52	43.29	7.377	0.000
กลุ่มควบคุม	42	230.60	38.48		

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติและความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้ค่าเฉลี่ยทัศนคติและความพึงพอใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติและความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติและความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 84)

หลังจัดกิจกรรม	n	$\bar{X}$	SD	F	df1	df2	p-value
<b>ทัศนคติ</b>							
กลุ่มทดลอง	42	103.98	5.39	11.746	1	82	0.001
กลุ่มควบคุม	42	102.40	9.25				
<b>ความพึงพอใจ</b>							
กลุ่มทดลอง	42	41.64	4.46	27.216	1	82	0.000
กลุ่มควบคุม	42	33.86	2.18				



5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจัดกิจกรรมสูงกว่าก่อนจัดกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 42)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
<b>ความพึงพอใจ</b>					
ก่อนจัดกิจกรรม	42	37.69	4.82	-7.276	0.000
หลังจัดกิจกรรม	42	42.50	4.23		
<b>คุณภาพชีวิต</b>					
ก่อนจัดกิจกรรม	42	80.12	10.14	-7.288	0.00
หลังจัดกิจกรรม	42	89.86	9.14		

6. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจัดกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 84)

หลังจัดกิจกรรม	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
<b>ความพึงพอใจ</b>					
กลุ่มทดลอง	42	42.50	4.28	4.047	0.000
กลุ่มควบคุม	42	38.19	5.46		
<b>คุณภาพชีวิต</b>					
กลุ่มทดลอง	42	89.86	9.14	3.632	0.000
กลุ่มควบคุม	42	81.79	11.14		



## การอภิปรายผลการวิจัย

### การวิจัยระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

จากการศึกษาระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้อยู่ในระดับต่ำเกี่ยวกับโรคและปัญหาของผู้สูงอายุ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษามีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและวิธีการดูแล จึงเป็นส่วนทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจึงมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง และสามารถพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธฤชญ์ แสงจันทร์<sup>21</sup> ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุไทย ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีการศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีโอกาสที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 2.49 เท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีโอกาสจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.78 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสที่มีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.69 เท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา กล่าวได้ว่าการศึกษามีส่วนในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะการศึกษามีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและวิธีการดูแล จึงเป็นส่วนทำให้

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจึงมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง และสามารถพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข มีผลทางบวกต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ดังนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ คือ คนในชุมชนที่ได้รับการอบรม ดังนั้นคนในชุมชนจะสนับสนุนการดูแลกัน โดยคนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่มีความพร้อมทางด้านร่างกายและสังคม มีจิตอาสาที่ต้องการมาดูแลคนในชุมชน ถือว่าเป็นการได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวที่สละเวลามาช่วยผู้อื่นในชุมชนของตนเองและมีความเอื้อเฟื้อกันในชุมชน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญส คำโสม, สุณีย์ ละกำป็น และ เพลินพิศ บุญยมาลิก<sup>22</sup> พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้ทำหน้าที่ในการดูแลคนในชุมชน สามารถเป็นอาชีพหลักที่อาศัยอยู่ในชุมชนทำให้มีเวลารว่างตามฤดูกาล เจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดมีความเป็นสังคมชนบท เป็นลักษณะครอบครัวขยาย เป็นเครือญาติกันและคนในชุมชนมีความเอื้ออาทรต่อกัน สนับสนุนจากครอบครัวมาดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันในชุมชน การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เมื่อพบปัญหาจากการปฏิบัติงานสามารถขอรับคำปรึกษา การส่งต่อรวมทั้งการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน<sup>23</sup> พบว่า ปัจจัยการให้การสนับสนุนการ



ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดี ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพในเรื่องการเอาใจใส่ผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อม อาหารสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุทำให้ มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับกรมอนามัย<sup>2</sup> การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องรู้เพื่อนำความรู้ไปแนะนำใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี บุญฤทธิ์ธัญกุล, พัทธวี โล ศิลาละจ และ สุภาพิชญ์ แก้ววัชรรังสี<sup>24</sup> ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้เนื่องจากคนรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งรับรู้ว่าโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความรุนแรงต่อชีวิต ซึ่งการรับรู้สุขภาพด้านต่างๆ โรคที่เกิดกับผู้สูงอายุมีผลให้เกิดการเข้าใจและมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดโรคต่างๆ ได้

### การวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ โรคหลอดเลือดสมอง ความเสื่อมของร่างกาย ด้านจิตใจ มีภาวะซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน ว้าวุ่น ด้านเศรษฐกิจและสังคม ถูกทอดทิ้ง ขาดคนดูแล และส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว<sup>2</sup> อยู่ตามลำพัง ขาดการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา มีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ไม่เพียงพอ

ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าดูแลผู้สูงอายุและหัตถการบางอย่างปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ขาดภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและท้องถิ่นให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ขาดอุปกรณ์เครื่องมือ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์ และ จริญญา ทองมาก<sup>7</sup> และปภาสินี แซ่ตีว, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, ศรารุช เรืองสวัสดิ์ และ ธนิตา ทีปะปาล<sup>8</sup> พบว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีความรู้และผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีเครือข่ายช่วยเหลือการดูแลมีหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนงบประมาณการเดินทางเวชภัณฑ์ต่างๆ และการบริหารจัดการที่ดี บทบาทอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ด้านสังคมคือ ให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสม ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือการเพิ่มความรู้ รวมทั้งการปฏิบัติจริงมีครูพี่เลี้ยงคอยสอนและช่วยเหลือให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ปฏิบัติได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์ และ จริญญา ทองมาก<sup>7</sup> เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือให้คำแนะนำถึงแม้ว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุแล้วก็จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแนะนำ วิธีการให้ความรู้ เอกสารและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งพี่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษาจากการสังเกตในสถานการณ์จริง นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และ วรุฒิ ฐะคำ<sup>25</sup> พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการพัฒนาและเสริมศักยภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมาก ทั้งด้านศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการประสานงาน การสนับสนุน จากชุมชนและสังคมโดยรวม ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่



ยังลังเลและไม่มั่นใจว่าสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งชุมชนยังไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

### การวิจัยระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ระบบพี่เลี้ยง คู่บัดดี้ การเรียนรู้ร่วมกัน ถอดบทเรียนบุคคลต้นแบบ และสร้างคุณค่าและจิตอาสา เป็นกิจกรรมที่พัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 70 ชั่วโมง ออกไปปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุโดยไม่ผ่านกิจกรรมเพิ่มเติม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจและไม่กล้า รวมทั้งองค์ความรู้ที่ได้รับยังไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่ดูแลก็จะมีปัญหาที่แตกต่างกัน และซับซ้อนที่ไม่เหมือนกัน ตั้งแต่ปัญหาทางร่างกาย โรคเรื้อรังต่างๆ จิตใจอารมณ์ผู้สูงอายุที่แปรปรวน สิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ สภาพที่อยู่อาศัย อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องยาเบื้องต้น การประเมินสภาพผู้สูงอายุ ADL รวมทั้งการปฏิบัติกับผู้สูงอายุ เรื่องของความสะอาดร่างกายการทำแผล การดูแลแผลกดทับ ภาวะภาพบำบัด การดูแลด้านจิตใจ ให้กำลังใจผู้สูงอายุ การประเมินความเครียด การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งเรื่องของความปลอดภัยซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงต้องให้ความสำคัญส่วนนี้ด้วย และการลดความเครียดของผู้ดูแล ดังนั้นการพัฒนาทักษะจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้ เพิ่มการฝึกปฏิบัติ ซึ่งกิจกรรมพี่เลี้ยง การได้รับคำแนะนำจากผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ที่สอนปฏิบัติ ให้คำปรึกษา ช่วยคิด ช่วยตัดสินใจ ฝึกให้ตัดสินใจ วิเคราะห์ปัญหา

แก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care plan) และถ่ายทอดแผนการดูแลผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลได้เข้าใจและดูแลได้ครอบคลุม สอดคล้องกับ ปรมาโทย์ ถ่างกระโทก และคณะ<sup>26</sup> ที่พบว่า การจัดการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลนั้น แผนการดูแลผู้สูงอายุต้องครอบคลุมตามความต้องการด้านสุขภาพหรือสถานการณ์ของแต่ละบุคคล กิจกรรมคู่บัดดี้ในการออกปฏิบัติ ช่วยเหลือและให้คำปรึกษา จะช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์<sup>27</sup> พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและวิธีการทำงาน มีการทำงานเป็นทีม เป็นเครือข่าย และวิธีการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เห็นได้ชัดจากการศึกษา คือ ไม่ไปเดี่ยวแต่ทำงานร่วมกันเป็นทีม มีระบบพี่เลี้ยงและการจับคู่กันทำงาน มีตารางเยี่ยมประจำของแต่ละคนและตารางที่ถูกลงไว้ตรงกับกรปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือท้องถิ่น กิจกรรมเรียนรู้ร่วมกัน กิจกรรมการถอดบทเรียนและบุคคลต้นแบบ เป็นการพัฒนาองค์ความรู้พัฒนาทักษะให้ดีขึ้น และกิจกรรมสร้างคุณค่าและจิตอาสา เพื่อให้เกิดความสุขจากการได้ทำความดี มีความภาคภูมิใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน<sup>9</sup> ที่พบว่า คู่มือประกอบการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การฝึกอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ ธรรมชาติความเสี่ยงของผู้สูงอายุ คุณค่าผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม ความรู้เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 กิจกรรมการพบปะผู้สูงอายุที่วัด หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุตามหลักแนวทาง

แห่งวิถิพุทธ โดยผู้ดูแลตระหนักถึงบุญคุณผู้ให้กำเนิด หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 กิจกรรมพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างต้นแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และหน่วยการเรียนรู้ที่ 6 กิจกรรมการสร้างรอยยิ้มและสันถนาการแก่ผู้สูงอายุ

#### ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีพี่เลี้ยงช่วยสอน ให้คำปรึกษาแนะนำ มีคู่มือที่คอยช่วยเหลือและช่วยคิด และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่อง และสร้างความดี เกิดความภาคภูมิใจ มีจิตใจเมตตาส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะที่ดีขึ้น มีความมั่นใจ กล้าตัดสินใจ การปฏิบัติหัตถการต่างๆ ดีขึ้น สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจที่สูงขึ้น และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุขกายและใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน<sup>9</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.22; p < .001$ ) มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดีและผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เป็นความสุขใจและภูมิใจ พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในส่วนตัวความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่บ้านที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสกร สวนเรือง อาณัติ วรรณศรี และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์<sup>27</sup> พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนได้หลากหลายและเฉพาะทางมากขึ้น ที่สำคัญ คือ มีความมั่นใจมากขึ้น มีรูปแบบ

การทำงานและแผนการทำงานที่ชัดเจน มีการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย มีการทำงานเป็นทีม โดยมีระบบพี่เลี้ยงและการจับคู่บัดดี้ในการทำงาน มีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ รวมทั้งมีเครือข่ายการทำงานที่หลากหลาย ช่วยทำให้บทบาทการทำงานในพื้นที่ของคนในชุมชนสามารถดูแลคนในชุมชนได้ดีมากยิ่งขึ้น ด้านความภาคภูมิใจ ไม่ได้มีเพียงพัฒนาการของการให้การดูแลที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการหรือสภาพที่ดีขึ้นเท่านั้น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุยังได้รับการตอบแทนในรูปของคำชมและการยอมรับนับถือ ต้องการให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นรางวัลอีกรูปแบบหนึ่งที่สร้างพลังในการทำงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์ และ จริญญา ทองมาก<sup>7</sup> พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกวางมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะดูแลผู้สูงอายุไม่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจในการดูแลหรือให้คำแนะนำผู้สูงอายุ เพราะไม่ได้รับคำปรึกษา ทบทวนความรู้ และไม่ได้แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน ที่จะพัฒนาทักษะการดูแลให้ดีขึ้น

## สรุป

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้ และการเชื่อมโยงข้อมูลกันอย่างต่อเนื่อง โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาวิชาชีพต่างๆ เป็นพี่เลี้ยงช่วยให้คำแนะนำ ปรึกษา ในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องทำงานเป็นทีมเพื่อทำให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมในทุกด้าน และได้รับการสนับสนุน จากหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งชุมชน ครอบครัว และได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุใน



การดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิต มีความสุขที่แท้จริง ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

### ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีกิจกรรมหลายกิจกรรม การนำไปใช้ควรต้องดำเนินการครบทุกกิจกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จัดเวทีการถอดบทเรียนเพื่อสรุปบทเรียนที่ได้จากการไปดูแลผู้สูงอายุ ข้อค้นพบ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ สิ่งที่ต้องการพัฒนา นำมาสรุปและได้แลกเปลี่ยนผลการดูแล และสิ่งที่ดีๆ ที่เกิดขึ้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในการใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะ โดยเป็นหน้าที่หลักของบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้รับผิดชอบการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

### เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology and Development Institute. Situation of Thai elderly. Bangkok: Printery; 2018. (in Thai).
2. Department of Health, Ministry of Public Health. Handbook of long-term elderly health care. Bangkok: Health Promotion Agency Ministry of Health of Thailand; 2013. (in Thai).
3. Panyapong S, Chairri A, Doungmala T, Khumchaiyaphum W, Prungchaiyaphom W. Formal of social welfare elderly in Chaiyaphom Province. Journal of MCU Peace Studies 2009;5(3):1-16. (in Thai).
4. Promjun T, Suppapatiporn S. Depression loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkae Home and private homes for the aged in Bangkok. Chula Med J 2014;58(5):545-61. (in Thai).
5. Kitteerawutwong K, Kitteerawutwong N. The direction of development of long term caregivers in the community. Journal of Nursing and Health Care 2018;36(4):15-24. (in Thai).
6. Sukhothai Provincial Health Office. Summary of annual performance of the elderly for the year 2019. Sukhothai: Sukhothai Provincial Health Office; 2020. (in Thai).

กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่สนใจสามารถนำองค์ความรู้หรือข้อค้นพบใหม่ไปประยุกต์ให้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจปรับเพิ่มระยะเวลาให้เหมาะสมมากขึ้น รวมทั้งให้ทีมสหวิชาชีพลงไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีมากยิ่งขึ้น



7. Eamsamai S, Mhuensit R, Thongmag C. An elderly care model among caregiving volunteers at Phukrang Municipality, Amphur Praputthabat, Saraburi province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2013;22(3):77-87. (in Thai).
8. Saetew P, Chinkhanaphan C, Rueangsawat S, Teepapal T. Study of the potential of caregiver for the elderly after 70 hours of elderly care program of Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. *Journal of The Royal Army Nurses* 2019;20(1):300-10. (in Thai).
9. Robrujen S. Development of the elderly care model for elderly caregivers, Warinchamrab district, Ubon Ratchathani province. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2017;9(3):57-69. (in Thai).
10. Simpson EJ. *The classification of educational objectives in the psychomotor domain.* Washington DC: Gryphon House;1972.
11. Davies IK. *The management of leaning.* London: McGraw-Hill; 1971.
12. Bartol KM, Martin DC. *Management.* 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 1998.
13. McLeroy K, Daniel B, Allan S, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q* 1988;15(4):351-77.
14. Capland RL. *Stock: a clinical approach.* Boston: Butterworth-Heneman; 1993.
15. Bloom BJ, editor. *Taxonomy of educational objectives. Vol. 1: cognitive domain.* New York: McKay; 1956.
16. Mahatnirunkun S, Tantiphiwattanasakul W, Poompaisanchai W, Wongsuwan K, Pornmanajirangul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF(26 items). Chiang Mai: Suanprung Hospital; 1997. (in Thai).
17. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral science.* 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdall, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Bloom BS. *Taxonomy of education objective, hand book 1: cognitive domain.* 2<sup>nd</sup> ed. New York: David Mckay; 1975.
19. Best JW. *Research in education.* 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
20. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis. an expanded sourcebook.* 2<sup>nd</sup> ed. CA: Sage; 1994.
21. Saengchan T. Factor association with knowledge of caregivers among elderly Thais. [Master's Thesis, College of Population Studies]. Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
22. Kumsom C, Lagampan S, Boonyamalik P. Factors influencing caring practices for dependent older adults in the long term care system: Roi Et province. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2020;12(2):193-4. (in Thai).

23. Robrujen S. Predictors of health care behaviors for the elderly among caregivers in Warinchamrap district, Ubonratchathani province. *Journal of Nursing and Health Research* 2016;17(2):70-84. (in Thai).
24. Boonritthanyakul D, Silakaji P, Kaewwacharungsi S. Factors predicting smoking among working class males. [Senior Project, Faculty of Psychology]. Chulalongkorn University; 2016. (in Thai).
25. Sukjit S, Duangthong J, Thuwakum W. Potential model of the elderly' s caregivers with participation of the community network Pa Sao sub-district, Muang district, Uttaradit province. *Journal of Council of Community Public Health* 2020;3(2):109-18. (in Thai).
26. Thangkratok P, Petchsuk R, Keinwong T, Trainattawan W, Thatdee P, Boonpradit Pl. Care management model for older adults with chronic diseases in the community. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2020;47(1):234-48. (in Thai).
27. Suanrueag P, Wannasri A, Srithamrongsawat S. Community care by caregivers to dependent elderly under the community-based long-term care policy. *Journal of Health Systems Research* 2018;12(3):437-51. (in Thai).